

BESCHLUSS

**des Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V
in seiner 372. Sitzung am 11. März 2016**

**zu Empfehlungen gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 SGB V und
§ 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V i. V. m.**

**§ 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 SGB V sowie Vorgaben
zur Anpassung der kassenspezifischen Aufsatzwerte des
bereinigten Behandlungsbedarfs**

**gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 SGB V und
der Anteile der einzelnen Krankenkassen**

**gemäß § 87a Abs. 4 Satz 2 SGB V
zur Finanzierung des Leistungsanstiegs
im humangenetischen Bereich**

mit Wirkung zum 1. Juli 2016

Präambel

Der Bewertungsausschuss beschließt gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 SGB V Empfehlungen zur Bestimmung von nach § 87a Abs. 3 Satz 5 SGB V außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen zu vergütenden vertragsärztlichen Leistungen sowie gemäß § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V Empfehlungen zur Anpassung des Behandlungsbedarfs aufgrund von Veränderungen von Art und Umfang der ärztlichen Leistungen gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 SGB V. Zudem beschließt der Bewertungsausschuss gemäß § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V Vorgaben zur Ermittlung der Aufsatzwerte und Anteile der einzelnen Krankenkassen gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 und 2 SGB V.

1. Empfehlung zur Vergütung humangenetischer Leistungen außerhalb der vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen

Gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 SGB V beschließt der Bewertungsausschuss Empfehlungen zur Bestimmung der Vergütungen in den Vereinbarungen der Partner der Gesamtverträge gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 SGB V zu vertragsärztlichen Leistungen

außerhalb der vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung, wenn sie besonders gefördert werden sollen oder soweit dies medizinisch oder aufgrund von Besonderheiten bei Veranlassung und Ausführung der Leistungserbringung erforderlich ist. Der Bewertungsausschuss kann darüber hinaus gemäß § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V i. V. m. § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 SGB V Empfehlungen zu Art und Umfang der ärztlichen Leistungen beschließen.

Für die Abgrenzung der im morbiditätsbedingten Behandlungsbedarf zu berücksichtigenden Leistungsmengen empfiehlt der Bewertungsausschuss im Zusammenhang mit der Überarbeitung der Abbildung der humangenetischen Leistungen zum 1. Juli 2016, die Leistungsbereiche

- a. Umfangreiche humangenetische Analysen (Gebührenordnungspositionen 11449 und 11514 EBM),
- b. allgemeine Tumorgenetik (Abschnitt 19.4.2 EBM) sowie
- c. Companion Diagnostic (Abschnitt 19.4.4 EBM)

ab dem 1. Juli 2016 nicht einzubeziehen.

Dabei ist die Empfehlung zur Vergütung der Leistungen der allgemeinen Tumorgenetik nach Abschnitt 19.4.2 des EBM außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung befristet bis zum 30. Juni 2020. Begleitend wird eine Analyse des Leistungsgeschehens durch den Bewertungsausschuss durchgeführt.

2. Vorgabe zur Anpassung der kassenspezifischen Aufsatzwerte des bereinigten Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 4 Satz 1 und 2 SGB V ab dem 1. Juli 2016

Sofern die Gesamtvertragspartner der Empfehlung in Ziffer 1 folgen, ist die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung für die Quartale 3/2016 bis 2/2017 jeweils basiswirksam abzusenken. Dafür legt der Bewertungsausschuss fest, dass die bundesweit aufaddierte morbiditätsbedingte Gesamtvergütung dieser vier Quartale pauschal um 10 Mio. Euro je Quartal abgesenkt wird. Dabei wird abweichend vom im Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 333. Sitzung am 20. August 2014, Teil A (Aufsatzwerteabschluss) beschriebenen Verfahren wie folgt vorgegangen:

Der auf den jeweiligen KV-Bezirk entfallende quartalsbezogene Absenkungsbetrag wird entsprechend des Anteils des für Versicherte mit Wohnort im jeweiligen KV-Bezirk abgerechneten Leistungsbedarfs in Punkten aus Leistungen des Kapitels 11 EBM am insgesamt bundesweit abgerechneten Leistungsbedarf in Punkten aus Leistungen des Kapitels 11 EBM jeweils bezogen auf den Vier-Quartals-Zeitraum der Quartale 3/2014 – 2/2015 wie folgt festgelegt:

Schleswig-Holstein	305.787 €
Hamburg	418.809 €
Bremen	114.056 €
Niedersachsen	1.032.905 €
Westfalen-Lippe	807.002 €
Nordrhein	807.945 €
Hessen	690.068 €
Rheinland-Pfalz	495.813 €
Baden-Württemberg	1.246.656 €
Bayerns	1.501.423 €
Berlin	477.388 €
Saarland	95.577 €
Mecklenburg-Vorpommern	243.220 €
Brandenburg	347.287 €
Sachsen-Anhalt	327.833 €
Thüringen	357.009 €
Sachsen	731.223 €

Dieser Betrag wird von den jeweiligen Gesamtvertragspartnern für die Quartale 3/2016 bis 2/2017 mit dem jeweils gültigen regionalen Punktwert nach § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V in Punkte umgerechnet und anschließend nach der Anzahl der im jeweiligen Abrechnungsquartal für die Bestimmung des Behandlungsbedarfs der Krankenkassen im jeweiligen KV-Bezirk verwendeten Versichertenzahl auf die Krankenkassen aufgeteilt. Die so ermittelte Punktzahl wird zu dem Behandlungsbedarf der jeweiligen Krankenkasse im jeweiligen KV-Bezirk im jeweiligen Quartal des oben genannten Zeitraums ins Verhältnis gesetzt und bei der Bestimmung der Aufsatzwerte am Ende von Schritt Nr. 2.2.3 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 333. Sitzung am 20. August 2014, Teil A basiswirksam abgezogen.

3. Empfehlung zur Vergütung der Leistungen der allgemeinen Tumorgenetik nach Abschnitt 19.4.2 des EBM in der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung sowie Berücksichtigung bei der Vorgabe zur Anpassung der kassenspezifischen Aufsatzwerte des bereinigten Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 4 Satz 1 und 2 SGB V ab dem 1. Juli 2020

Sofern die Gesamtvertragspartner der Empfehlung in Ziffer 1 gefolgt sind, werden die Leistungen des Abschnitts 19.4.2 EBM mit Wirkung zum 1. Juli 2020 als Teil der entsprechend angepassten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet. Die Anpassung der kassenspezifischen Aufsatzwerte des bereinigten Behandlungsbedarfs erfolgt in diesem Fall gemäß dem dann geltenden Beschluss des Bewertungsausschusses zu Vorgaben gemäß § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V für ein Verfahren zur Ermittlung der Aufsatzwerte nach § 87a Abs. 4 Satz 1 SGB V und der Anteile der einzelnen Krankenkassen nach § 87a Abs. 4 Satz 2 SGB V.