

Entscheidungserhebliche Gründe

zum Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 389. Sitzung am 21. Februar 2017 zur Änderung des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 378. Sitzung am 10. August 2016 über indikationsspezifische Berechnungsvorgaben zur Ermittlung der durchschnittlichen indikationsspezifischen und KV-spezifischen Leistungsmenge je Patient im Rahmen der Bereinigung des Behandlungsbedarfs aufgrund ambulant spezialfachärztlicher Versorgung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 13ff. SGB V für die Indikation pulmonale Hypertonie mit Wirkung zum 1. April 2017

1. Rechtsgrundlage

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 335. Sitzung am 24. September 2014 – geändert durch den Beschluss in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016 – einen Beschluss zu Vorgaben für ein Verfahren zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 13 ff. SGB V gefasst.

Die Identifikation der an der Indikation *pulmonale Hypertonie* gemäß Anlage 2I der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V des Gemeinsamen Bundesausschusses erkrankten vertragsärztlich behandelten Patienten im Rahmen der regionalen Höchstwertbestimmung wird gemäß den genannten Beschlüssen vorgegeben.

2. Regelungsinhalte und Regelungshintergründe

Der Änderungsbeschluss führt zwei Anpassungen für die Feststellung der Anzahl der im Vorjahresquartal des Bereinigungsquartals vertragsärztlich behandelten Patienten (Höchstwert) durch die Gesamtvertragspartner auf:

2.1 Neufassung von Absatz 2 in Abschnitt 10 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 378. Sitzung

In Abschnitt 10 wird geregelt, wie die Feststellung der Anzahl der im Vorjahresquartal des Bereinigungsquartals vertragsärztlich behandelten Patienten (Höchstwert) durch die

Gesamtvertragspartner zu erfolgen hat. Dies dient den Gesamtvertragspartnern zur Begrenzung der Patientenzahlen gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 335. bzw. 383. Sitzung, Nr. 2 Ziffer 10.

Die Regelung war missverständlich und wurde klarstellend angepasst.

2.2 Ergänzung der Anlage um eine neue Tabelle 5

Die Anlage wird als Folgeänderung von 2.1 um eine neue Tabelle 5 „Vorgaben zur Identifikation der an pulmonaler Hypertonie erkrankten Versicherten: ICD-Codes in Kombination mit Gebührenordnungspositionen und ggf. Zusatzkriterien im Rahmen der Höchstwertbestimmung durch die Gesamtvertragspartner“ ergänzt.

Diese enthält abweichend von Tabelle 1, die die Vorgaben für die Berechnungen durch das Institut des Bewertungsausschusses enthält, die spezifisch für die regionalen Gesamtvertragspartner ausgestalteten Vorgaben zur Identifikation der an pulmonaler Hypertonie erkrankten vertragsärztlich behandelten Patienten im Rahmen der regionalen Höchstwertbestimmung.

3. Inkrafttreten

Der Beschluss tritt mit Wirkung zum 1. April 2017 in Kraft.