

B E S C H L U S S

des Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 430. Sitzung am 12. Dezember 2018

zur Änderung des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 53. Sitzung am 19. Dezember 2017 zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) und zu Empfehlungen gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 SGB V bzw. § 87a Abs. 5 Satz 7 i. V. m. § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 SGB V im Zusammenhang mit der Aufnahme der Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 01640, 01641 und 01642 in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM)

mit Wirkung zum 12. Dezember 2018

Der Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 53. Sitzung zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) und zu Empfehlungen gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 SGB V bzw. § 87a Abs. 5 Satz 7 i. V. m. § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 SGB V im Zusammenhang mit der Aufnahme der Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 01640, 01641 und 01642 in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) wird wie folgt geändert und das Institut des Bewertungsausschusses beauftragt, eine Lesefassung des geänderten Beschlusses zu erstellen und auf seiner Internetseite zu veröffentlichen:

- 1. Streichung von Teil B, Nr. 3 des Beschlusses**
- 2. Aufnahme eines neuen Teils C wie folgt:**

TEIL C

zu ergänzenden Vorgaben gemäß § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V für ein Verfahren zur Ermittlung der Aufsatzwerte nach § 87a Abs. 4 Satz 1 SGB V in Zusammenhang mit der Überführung der Leistung des Notfalldatenmanagements in die Versicherten-, Grund- und Konsi- liarpauschalen für das Jahr 2021

mit Wirkung zum 1. Januar 2021

Präambel

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016, geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 401. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), Vorgaben 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 ab dem Jahr 2017, beschlossen. In Teil A des vorliegenden Beschlusses ist in Protokollnotiz Nr. 1 geregelt, dass für den Fall, dass bis zum 31. Dezember 2020 festgestellt werden kann, dass für einen Großteil der Vertragsarztpraxen die technischen Voraussetzungen zur Nutzung der Anwendung gemäß § 291a Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 SGB V i. V. m. Anlage 4a zum BMV-Ä vorliegen, eine bis dahin extrabudgetär vergütete Leistung in die betroffenen Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen als deren Teilleistung überführt wird.

Der Bewertungsausschuss beschließt dazu folgende ergänzende Vorgaben zur Ermittlung der Aufsatzwerte für das Jahr 2021.

Anpassung des Behandlungsbedarfs

Wenn der Bewertungsausschuss bis zum 31. Dezember 2020 feststellt, dass für einen Großteil der Vertragsarztpraxen die technischen Voraussetzungen zur Nutzung der Anwendung gemäß § 291a Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 SGB V i. V. m. Anlage 4a zum BMV-Ä vorliegen, wird die Leistung nach der Gebührenordnungsposition 01641 zum 1. Januar 2021 durch eine basiswirksame Anhebung des Behandlungsbedarfs der vier Quartale des Jahres 2021 in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung überführt.

Dabei werden die Grundsätze des Verfahrens zur Berücksichtigung einer geänderten Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung aus Nr. 2.2.1.2 des Beschlusses des

Bewertungsausschusses in seiner 383. Sitzung, geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 401. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), 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 einzelnen Anteile der einzelnen Krankenkassen nach § 87a Abs. 4 Satz 2 SGB V ab dem Jahr 2017 angewendet unter der Maßgabe, dass die dabei angewendete Abstufungsquote der zu überführenden Leistung auf eins gesetzt wird.