

BESCHLUSS

des Erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 4 SGB V in seiner 43. Sitzung am 22. September 2015

Teil A

zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM)

mit Wirkung zum 1. Januar 2012

- 1. Aufnahme von Nr. 2 bis Nr. 5 in die Präambel zum Abschnitt 35.2 EBM**
2. Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 35251 und 35252 [ab dem 01.01.2015: 35251, 35252 und 35253] ist eine im Quartalszeitraum abgerechnete Gesamtpunktzahl der Gebührenordnungspositionen 35200 bis 35225 von mindestens 459.563 Punkten [ab 01.10.2013: 162.734 Punkten] je Vertragsarzt bzw. -therapeut (Mindestpunktzahl) nach Nummer 1 der Präambel. Sofern bei einem Vertragsarzt bzw. -therapeuten kein voller Tätigkeitsumfang vorliegt, ist die Mindestpunktzahl mit dem Tätigkeitsumfang laut Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid anteilig zu reduzieren.
3. Die Gebührenordnungspositionen 35251 und 35252 [ab 01.01.2015: 35251, 35252 und 35253] sind berechnungsfähig, sobald im Abrechnungsquartal die abgerechnete Gesamtpunktzahl der Gebührenordnungspositionen 35200 bis 35225 das Punktzahlvolumen gemäß Nummer 2 überschreitet.
4. Die Regelung gemäß Nummer 3 wird wie folgt umgesetzt: Die Kassenärztliche Vereinigung setzt die Gebührenordnungspositionen 35251 und 35252 [ab 01.01.2015: 35251, 35252 und 35253] im Quartal als Zuschläge zu allen abgerechneten Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 35200 bis 35225 zu. Die Bewertung der zugesetzten Gebührenordnungspositionen ist jeweils mit einer Quote zu multiplizieren, die sich aus der Differenz der abgerechneten Gesamtpunktzahl der Gebührenordnungspositionen 35200 bis 35225 des Vertragsarztes bzw. -therapeuten zur Mindestpunktzahl gemäß Nummer 2 im Verhältnis zur abgerechneten Gesamtpunktzahl der Gebührenordnungspositionen 35200 bis 35225 des Vertragsarztes bzw. -therapeuten ergibt und mindestens den Wert 0 annimmt.
5. Bei der Ermittlung der abgerechneten Gesamtpunktzahl gemäß den Nummern 2 und 3 sowie der Quote gemäß Nummer 4 sind die in einem Selektivvertrag

abgerechneten Leistungen inhaltlich entsprechend Kapitel 35.2 auf Nachweis des Vertragsarztes bzw. -therapeuten zu berücksichtigen.

2. Änderung der Bewertung der Gebührenordnungspositionen im Abschnitt 35.2 EBM

GOP des EBM	Bewertung in Punkten			
	bis 31.12.2011	01.01.2012 bis 30.09.2013	01.10.2013 bis 31.12.2014	ab 01.01.2015
35200	2315	2375	841	841
35201	2315	2375	841	841
35202	1150	1180	418	418
35203	1150	1180	418	418
35205				836
35208				836
35210	2315	2375	841	841
35211	1150	1180	418	418
35212				836
35220	2315	2375	841	841
35221	2315	2375	841	841
35222	1150	1180	418	418
35223	1150	1180	418	418
35224	580	595	211	211
35225	580	595	211	211

3. Aufnahme von Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 35251 und 35252 in den Abschnitt 35.2 EBM (gültig ab 01.01.2012)

35251 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 35200, 35201, 35210, 35220 und 35221** gemäß der Nummer 2 der Präambel zu Abschnitt 35.2 405 Punkte
[ab 01.10.2013: 143 Punkte]

Die Gebührenordnungsposition 35251 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt und gemäß Nummer 4 der Präambel zum Abschnitt 35.2 bewertet.

35252 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 35202, 35203, 35211, 35222, 35223, 35224 und 35225** gemäß der Nummer 2 der Präambel zu Abschnitt 35.2 165 Punkte

[ab 01.10.2013: 58 Punkte]

Die Gebührenordnungsposition 35252 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt und gemäß Nummer 4 der Präambel zum Abschnitt 35.2 bewertet.

4. Aufnahme einer Leistung nach der Gebührenordnungsposition 35253 in den Abschnitt 35.2 EBM (gültig ab 01.01.2015)

35253 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 35205, 35208 und 35212** gemäß der Nummer 2 der Präambel zu Abschnitt 35.2

114 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 35253 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt und gemäß Nummer 4 der Präambel zum Abschnitt 35.2 bewertet.

5. Aufnahme weiterer Leistungen im Anhang 3 zum EBM

GOP	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
35251	Zuschlag I	KA	./.	Keine Eignung
35252	Zuschlag II	KA	./.	Keine Eignung
35253	Zuschlag III	KA	./.	Keine Eignung

Protokollnotiz:

Der Bewertungsausschuss wird die künftige Ausgestaltung der Gebührenordnungspositionen 35251, 35252 und 35253 in Abhängigkeit von der Ausgestaltung der Psychotherapie-Richtlinie im Gemeinsamen Bundesausschuss im Hinblick auf die sachgerechte Verwendung der zur Vergütung dieser Gebührenordnungspositionen bereitgestellten Finanzmittel überprüfen.

Lesefassung des B E S C H L U S S E S

TEIL B

**zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 380. Sitzung
(schriftliche Beschlussfassung)**

zur Ausdeckelung im Rahmen der Höherbewertung der Leistungen der antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapie

mit Wirkung zum 22. September 2015

Präambel

Gemäß § 87a Abs. 5 Satz 7 i. V. m. § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 SGB V wurde vom Bewertungsausschuss in seiner 288. Sitzung am 22. Oktober 2012 empfohlen, die Leistungen gemäß Beschluss Teil A Nr. 2.2.1 Ziffer 18 für die Abgrenzung der in den Aufsatzwerten für den morbiditätsbedingten Behandlungsbedarf des Jahres 2013 zu berücksichtigenden Leistungsmengen nicht mit einzubeziehen. In diesem Falle haben die Partner der Gesamtverträge bei der Berechnung der Behandlungsbedarfe des Jahres 2013 gemäß Teil A Nr. 2.2.1 fünfter Absatz des genannten Beschlusses die für diese Leistungen im Vorjahresquartal festgestellte Punktmenge vom für das Vorjahresquartal vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarf abzuziehen (Ausdeckelung). Die in einem KV-Bezirk einvernehmlich festgestellte Punktmenge für die Leistungen nach Teil A Nr. 2.2.1 Ziffer 18 des genannten Beschlusses ist aufgrund der Anhebung der Bewertungen im einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) ab dem Jahr 2016 zu korrigieren.

Ausdeckelung aus der Gesamtvergütung aufgrund der Höherbewertung der Leistungen der antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapie für das Jahr 2016

Aufgrund der Höherbewertung der Leistungen der antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapie des Abschnitts 35.2 EBM gemäß Beschlussteil A ist bei der Ermittlung des vereinbarten bereinigten Behandlungsbedarfes für das Jahr 2016 ein Betrag von bundesweit insgesamt 54,4 Mio. Euro zzgl. Fortentwicklung abzuziehen und für das Jahr 2019 ein Betrag von bundesweit insgesamt 14,4 Mio. Euro zzgl. Fortentwicklung

wieder zuzusetzen. Die Bereinigungsbeträge je Kasse und KV werden nach dem Aufteilungsschlüssel der Leistungsmenge der antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapie des Abschnitts 35.2 EBM des Jahres 2012 durch die Partner der Gesamtverträge wie folgt bestimmt und angesetzt:¹

1. In jedem KV-Bezirk sind die quartals- und kassenspezifischen Leistungsmengen nach regionaler Euro-Gebührenordnung für das Segment „A5“ (antrags- und genehmigungspflichtige Psychotherapie des Abschnitts 35.2 EBM) aus den Daten der Satzart ARZTRG87aKA_IK gemäß Beschluss Teil B des Bewertungsausschusses in seiner 274. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), bzw. gemäß entsprechender Folgebeschlüsse unter Berücksichtigung etwaiger Korrekturlieferungen für das entsprechende Quartal des Jahres 2012 festzustellen.
2. Die Leistungsmengen gemäß Schritt 1 sind mit 5,5936 % zu multiplizieren und durch den im Jahr 2012 gültigen regionalen Punktwert zu dividieren.
3. Die kassen- und quartalsweisen Ergebnisse gemäß Schritt 2 sind mit den für die Jahre 2013, 2014 und 2015 jeweils gegenüber dem Vorjahresquartal von den Gesamtvertragspartnern vereinbarten Veränderungen des Behandlungsbedarfs gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 bis 5 SGB V – unter Berücksichtigung weiterer ggf. regional vereinbarter Anpassungen – sowie der aufgrund von Beschlüssen des Bewertungsausschusses für die Jahre 2013, 2014 und 2015 anzuwendenden Anpassungsfaktoren fortzuentwickeln.
4. Die kassen- und quartalsweisen Ergebnisse nach Anwendung des Anpassungsfaktors des Jahres 2015 gemäß Schritt 3 werden zur Abbildung der Angleichung von kalkulatorischem Punktwert und Orientierungswert mit dem Faktor 0,35363 multipliziert.
5. Die kassen- und quartalsweisen Ergebnisse aus Schritt 4 sind jeweils durch die im jeweiligen KV-Bezirk im jeweiligen Quartal des Jahres 2012 verwendete Versicherungszahl gemäß der Datenlieferung KASSRG87aMGV_IK zu teilen und mit der im jeweiligen KV-Bezirk für das jeweilige Quartal des Jahres 2016 gemäß Nr. 2.2.3 des Beschlusses Teil B des Bewertungsausschusses in seiner 333. Sitzung am 20. August 2014 auf Basis der Datenlieferung ANZVER87a_IK tatsächlich festgestellten Versicherungszahl zu multiplizieren.
6. Die kassen- und quartalsweisen Ergebnisse gemäß Schritt 5 werden mit dem Faktor 0,6800 multipliziert.
7. Von den gemäß Teil A Nr. 2.2.3 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 333. Sitzung bzw. entsprechender Folgebeschlüsse bestimmten kassenspezifischen Aufsatzwerten des bereinigten Behandlungsbedarfs für die Abrechnungsquartale des Jahres 2016 sind vor ihrer Verwendung gemäß Teil A Nr. 2.2.4 des genannten Beschlusses bzw. entsprechender Folgebeschlüsse noch die jeweiligen kassen- und quartalsweisen Ergebnisse aus Schritt 6 basiswirksam abzuziehen.

¹ Im KV-Bezirk Brandenburg können sich die Partner der Gesamtverträge aufgrund des dort getroffenen Schiedsspruchs zur Ausdeckelung der psychotherapeutischen Leistungen im Jahr 2013 auf eine abweichende Vorgehensweise im Sinne dieses Beschlusses verständigen.

Ausdeckelung aus der Gesamtvergütung aufgrund der Höherbewertung der Leistungen der antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapie für das Jahr 2019

8. Die kassen- und quartalsweisen Ergebnisse gemäß Schritt 5 sind mit den für die Jahre 2016, 2017 und 2018 jeweils gegenüber dem Vorjahresquartal von den Gesamtvertragspartnern vereinbarten Veränderungen des Behandlungsbedarfs gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 bis 5 SGB V – unter Berücksichtigung weiterer ggf. regional vereinbarter Anpassungen – sowie der aufgrund von Beschlüssen des Bewertungsausschusses für die Jahre 2016, 2017 und 2018 anzuwendenden Anpassungsfaktoren fortzuentwickeln. Die kassen- und quartalsweisen Ergebnisse nach Anwendung der Anpassungsfaktoren des Jahres 2018 sind jeweils durch die im jeweiligen KV-Bezirk im jeweiligen Quartal des Jahres 2016 verwendete Versicherungszahl gemäß der Datenlieferung KASSRG87aMGV_IK zu teilen und mit der im jeweiligen KV-Bezirk für das jeweilige Quartal des Jahres 2019 gemäß Nr. 2.2.3 des Beschlusses Teil B des Bewertungsausschusses in seiner 333. Sitzung am 20. August 2014 auf Basis der Datenlieferung ANZVER87a_IK tatsächlich festgestellten Versicherungszahl zu multiplizieren. Nach diesem Schritt sind die sich für das jeweilige Quartal ergebenden Beträge mit dem Faktor 0,18 zu multiplizieren.
9. Zu den gemäß Teil A Nr. 2.2.3 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 333. Sitzung bzw. entsprechender Folgebeschlüsse bestimmten kassenspezifischen Aufsatzwerten des bereinigten Behandlungsbedarfs für die Abrechnungsquartale des Jahres 2019 sind vor ihrer Verwendung gemäß Teil A Nr. 2.2.4 des genannten Beschlusses bzw. entsprechender Folgebeschlüsse noch die jeweiligen kassen- und quartalsweisen Ergebnisse aus Schritt 8 basiswirksam zu addieren.

Beauftragung des Institutes des Bewertungsausschusses zur Bereitstellung von Datengrundlagen

10. Das Institut des Bewertungsausschusses wird auf einvernehmlichen Wunsch der Gesamtvertragspartner durch den Bewertungsausschuss mit den Berechnungen der Ausdeckelungsbeträge je Kasse und KV beauftragt.