

B E S C H L U S S

**des Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V
in seiner 302. Sitzung am 19. März 2013**

**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 zur Anpassung der kassenspezifischen Aufsatz-
werte 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**

mit Wirkung ab dem 1. Juli 2013

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.

1. Empfehlung zur Vergütung der Leistungen der Abschnitte 4.5.4 und 13.3.6 EBM sowie der Gebührenordnungspositionen 04110 bis 04122 EBM in besonderen Fällen 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, die Leistungen der Abschnitte 4.5.4 und 13.3.6 EBM sowie die Versichertenpauschalen 04110, 04111, 04112, 04120, 04121 und 04122, wenn in demselben Behandlungsfall Leistungen des Abschnitts 4.5.4 EBM abgerechnet werden, nicht einzubeziehen.

Bei der Überführung dieser Leistungen in die extrabudgetäre Vergütung ist der vereinbarte Behandlungsbedarf gemäß dem im Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 288. Sitzung am 22. Oktober 2012, Teil A, *Vorgaben für ein Verfahren zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs in den durch das SGB V vorgesehenen Fällen und 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 gemäß § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V sowie 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 für das Jahr 2013* unter Ziffer 2.2.1 beschriebenen Verfahren anzupassen. Abweichend vom dort beschriebenen Verfahren wird als Aufsatzzeitraum das entsprechende Quartal des Jahres 2011 empfohlen.

2. Empfehlung zur Anpassung der kassenspezifischen Aufsatzwerte des bereinigten Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 4 Satz 1 und 2 SGB V ab dem 1. Juli 2013

Zusätzlich wird im Anschluss daran für das 3. Quartal 2013 bis einschließlich für das 2. Quartal 2014 zur Förderung der fachärztlichen Grundversorgung der Behandlungsbedarf je Krankenkasse basiswirksam um einen prozentualen Wert erhöht. Der Bewertungsausschuss beschließt dazu die folgenden Euro-Beträge für jeden KV-Bezirk:

Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein	in Höhe von	690.135	EUR
Für den KV-Bezirk Hamburg	in Höhe von	421.932	EUR
Für den KV-Bezirk Bremen	in Höhe von	162.493	EUR
Für den KV-Bezirk Niedersachsen	in Höhe von	1.955.616	EUR
Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe	in Höhe von	2.083.922	EUR
Für den KV-Bezirk Nordrhein	in Höhe von	2.306.914	EUR
Für den KV-Bezirk Hessen	in Höhe von	1.471.970	EUR
Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz	in Höhe von	960.786	EUR
Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg	in Höhe von	2.553.970	EUR

Für den KV-Bezirk Bayerns	in Höhe von	3.016.829	EUR
Für den KV-Bezirk Berlin	in Höhe von	818.611	EUR
Für den KV-Bezirk Saarland	in Höhe von	246.016	EUR
Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern	in Höhe von	419.943	EUR
Für den KV-Bezirk Brandenburg	in Höhe von	633.362	EUR
Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt	in Höhe von	608.569	EUR
Für den KV-Bezirk Thüringen	in Höhe von	574.696	EUR
Für den KV-Bezirk Sachsen	in Höhe von	1.074.237	EUR

Diese Beträge ergeben sich aus der Division von insgesamt 20 Mio. Euro durch die Anzahl aller Versicherten im 3. Quartal 2012 gemäß ANZVER87a-Statistik und anschließender Multiplikation mit der Anzahl aller Versicherten mit Wohnort im jeweiligen KV-Bezirk im 3. Quartal 2012 gemäß ANZVER87a-Statistik. Zugrundegelegt sind die Meldungen zur ANZVER87a-Statistik bis zum 23. Januar 2013.

Dieser Betrag wird von den jeweiligen Gesamtvertragspartnern mit dem regionalen Punktwert nach § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V in Punkte umgerechnet, auf die Quartale des oben genannten Zeitraums aufgeteilt und anschließend nach der Anzahl der im jeweiligen Abrechnungsquartal für die Bestimmung des Behandlungsbedarfs der Krankenkassen im jeweiligen KV-Bezirk verwendeten Versichertenzahl gemäß der Datenlieferung ANZVER87a-Statistik 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.

3. Empfehlung zur Anpassung der kassenspezifischen Aufsatzwerte des bereinigten Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 4 Satz 1 und 2 SGB V ab dem 1. Januar 2015

Der Bewertungsausschuss beabsichtigt, folgende Empfehlungen zur Anpassung der kassenspezifischen Aufsatzwerte des bereinigten Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 4 Satz 1 und 2 SGB V mit Wirkung zum 1. Januar 2015 zu beschließen, falls die in Teil B des Beschlusses Nr. 122 der Partner des Bundesmantelvertrages-Ärzte bzw. des Beschlusses Nr. 939 der AG Ärzte/Ersatzkassen angekündigte zweite Stufe der Anpassung der Dialysewochen- und -einzelpauschalen mit Wirkung zum 1. Januar 2015 beschlossen wird:

Zusätzlich wird für das 1. Quartal 2015 bis einschließlich für das 4. Quartal 2015 zur Förderung der fachärztlichen Grundversorgung der Behandlungsbedarf je Krankenkas-

se basiswirksam um einen prozentualen Wert erhöht, der wie folgt durch die Gesamtvertragspartner bestimmt wird: Der Bewertungsausschuss wird bis zum 30. September 2014 für jeden KV-Bezirk den Betrag beschließen und bekannt geben, der sich aus der Division von insgesamt 10 Mio. Euro durch die Anzahl aller Versicherten im 1. Quartal 2014 gemäß ANZVER87a-Statistik und anschließender Multiplikation mit der Anzahl aller Versicherten mit Wohnort im jeweiligen KV-Bezirk im 1. Quartal 2014 gemäß ANZVER87a-Statistik ergibt. Dieser Betrag wird von den jeweiligen Gesamtvertragspartnern mit dem regionalen Punktwert nach § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V in Punkte umgerechnet, auf die Quartale des o. g. Zeitraums aufgeteilt und anschließend nach der Anzahl der im jeweiligen Abrechnungsquartal für die Bestimmung des Behandlungsbedarfs der Krankenkassen im jeweiligen KV-Bezirk verwendeten Versichertenzahl gemäß der Datenlieferung ANZVER87a-Statistik 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.