

BESCHLUSS

**des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V
in seiner 288. Sitzung am 22. Oktober 2012**

**zur Änderung des Beschlusses des Erweiterten
Bewertungsausschusses in seiner 29. Sitzung am 19./25. Juni
2012 über das zur Ermittlung der diagnosebezogenen bzw.
demografischen Veränderungsdaten zu verwendende
Klassifikationsmodell für das Jahr 2013
gemäß § 87a Abs. 5 SGB V**

mit Wirkung zum 22. Oktober 2012

1. Präambel

Die für das Jahr 2013 als Empfehlung des Bewertungsausschusses geänderte inhaltliche Abgrenzung der Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung macht eine Änderung des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 29. Sitzung am 19./25. Juni 2012 zu Vorgaben zur Ermittlung der diagnosebezogenen bzw. demografischen Veränderungsdaten erforderlich.

2. Änderung der Vorgabe zur Abgrenzung des Leistungsbedarfs bei der Berechnung der Veränderungsdaten

Der Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 29. Sitzung am 19./25. Juni 2012 wird folgendermaßen geändert:

- Nr. 2.2 Ziffer 2 wird wie folgt neu gefasst: „Der Leistungsbedarf des Jahres 2010 jedes Versicherten wird gemäß der Anlage nach Versichertenquartalen annualisiert und entsprechend der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für das Jahr 2012 mit Ausnahme der antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der Richtlinienpsychotherapie (Abschnitt 35.2 des EBM) aller Arztgruppen sowie der probatorischen Sitzungen (GOP 35150) aller Arztgruppen abgegrenzt.“
- Der Text in Nr. 3.1.3.7 der Anlage wird durch folgenden Text ersetzt: „Der Leistungsbedarf zur Bestimmung der Kosten- bzw. Relativgewichte wird aus dem Leistungsbedarf gemäß Euro-Gebührenordnung berechnet. Der Leistungsbedarf wird auf die empfohlene inhaltliche Abgrenzung der Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung im Jahr 2012 gemäß Nr. 3.2 des

Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 266. Sitzung am 14. Dezember 2011 zur Weiterentwicklung der vertragsärztlichen Vergütung im Jahr 2012, mit Ausnahme der für das Jahr 2011 ergänzend in den Gesamtverträgen getroffenen Regelungen sowie der antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der Richtlinienpsychotherapie (Abschnitt 35.2 des EBM) aller Arztgruppen und der probatorischen Sitzungen (GOP 35150) aller Arztgruppen, beschränkt. Hierzu wird jeder abgerechneten Gebührenordnungsposition das zugehörige Leistungssegment gemäß nachfolgender Zuordnungsliste zugeordnet. Die Leistungssegmente sind den Bereichen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) sowie der extrabudgetären Gesamtvergütung (EGV) zugeordnet. Für die Bestimmung der Kosten- bzw. Relativgewichte werden nur die Leistungsbedarfe von Gebührenordnungspositionen der der MGV zugeordneten Leistungssegmente berücksichtigt, wobei - abweichend zur Definition der Zuordnung zum Leistungssegment PROB - die GOP 35150 aller Arztgruppen bei der Bestimmung der Kosten- und Relativgewichte unberücksichtigt bleibt.“

- Die Zuordnungsliste in Nr. 3.1.3.7 der Anlage wird durch die folgende Zuordnungsliste ersetzt:

Code	Bezeichnung ^{*)}	MGV/EGV
RA	Leistungen ohne LSK	MGV
N	Leistungen im organisierten Notfalldienst und im Notfall (Abschnitt 1.2)	MGV
L	Laborärztliche Grundpauschale (GOP 12220)	MGV
2	Regional vereinbarte Leistungen im GOP-Bereich ≥ 80000 (mit Ausnahme der in dem Segment „H1N1“ aufgeführten GOP), bundesweit vereinbarte GOP der Onkologievereinbarung (GOP 86510, 86512, 86514, 86516, 86518), bundesweit vereinbarte GOP der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung (GOP 88895) sowie Wegepauschalen (GOP 40220 bis 40230)	EGV
3	Belegärztliche Leistungen (Kap. 36, GOP 13311, 17370 sowie GOP 08410 bis 08416)	EGV
4A	Ambulantes Operieren, PTK, Koloskopie und ERCP (Leistungen der Abschnitte 31.2 und 31.5 sowie GOP 04514, 04515, 04518, 04520, 13421 bis 13431 und GOP 40680)	EGV
4B	Begleitleistungen zum Ambulanten Operieren (Leistungen der Abschnitte 31.1, 31.3, 31.4 und 31.6)	EGV

Code	Bezeichnung^{*)}	MGV/EGV
5A	Prävention (Abschnitt 1.7.1 (mit Ausnahme der GOP 01704, 01705 und 01706), Abschnitt 1.7.2 (mit Ausnahme der GOP 01745 und 01746) sowie Abschnitt 1.7.4 und GOP 32880 bis 32882)	EGV
5M	Leistungen des Mammographie-Screenings (GOP 01750, 01752 bis 01758 sowie 40850 und 40852)	EGV
7	Leistungen des Hautkrebs-Screenings (GOP 01745 und 01746)	EGV
8	Durchführung von Vakuumstanzbiopsien (GOP 01759, 34274, 40454, 40455, 40854 und 40855)	EGV
9	Strahlentherapie (Kap. 25, GOP 40840 und 40841)	EGV
11A	Begleitleistungen der Reproduktionsmedizin (GOP 01510X, 01511X, 01512X, 02100X, 02340X**, 02341X, 02343X**, 05310X, 05330X, 05331X**, 05340X, 05341X, 05350X, 08510, 08510X, 08540, 08540X, 08541, 08541X, 08542, 08542X, 08570, 08570X, 08571, 08571X, 08572, 08572X, 08573, 08573X, 08574, 08574X, 11311X, 11312X, 11320X, 11321X, 11322X, 32354X, 32356X, 32357X, 32575X, 32576X, 32577X**, 32614X, 32618X, 32660X, 32781X, 32783X**, 32850X**, 32851X**, 32852X**, 32855X**, 32856X**, 32857X**, 33043X, 33044X und 33090X)	EGV
11B	Beratungsleistungen der Reproduktionsmedizin (GOP 08520 und 08521)	MGV
12	Reproduktionsmedizin (GOP 08530, 08530X, 08531, 08531X, 08550, 08550X, 08551, 08551X, 08552, 08552X, 08560, 08560X, 08561 und 08561X)	EGV
S	Leistungen der Methadonsubstitution (GOP 01950 bis 01952)	EGV
A1	Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten (Abschnitt 30.7.1)	MGV
A2	Akupunktur (Abschnitt 30.7.3)	MGV
A3	Polysomnographie (GOP 30901)	MGV
A4	MRT-Angiographie (Abschnitt 34.4.7)	MGV

Code	Bezeichnung^{*)}	MGV/EGV
A5	Antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen der Psychotherapie (Abschnitt 35.2)	EGV
PROB	Probatorische Sitzungen (GOP 35150) der in § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppen	EGV
DS	Dialysesachkosten (Abschnitt 40.14)	EGV
LPAA	Zusatzpauschale ärztliche Betreuung bei LDL-Apherese (GOP 13622)	EGV
HIV	Leistungen der spezialisierten Versorgung HIV-infizierter Patienten (GOP 30920, 30922 und 30924)	EGV
SAPV	Verordnung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (GOP 01425, 01426, 40860 und 40862)	EGV
PAH ^{**}	Besondere Arzneimitteltherapie bei der pulmonal-arteriellen Hypertonie (GOP 40865 bis 40868)	EGV
DEL	Kostenpauschalen für ärztlich angeordnete Hilfeleistungen (GOP 40870 und 40872)	EGV
H1N1 ^{**}	Labortest neue Influenza A/H1N1 (GOP 88740 und 88741)	EGV
NHS	Neugeborenen-Hörscreening (GOP 01704, 01705 und 01706)	EGV
VZV	Varicella-Zoster-Virus-Antikörper-Nachweis (GOP 01833)	EGV
DIA	Leistungen der Diamorphinsubstitution (GOP 01955 und 01956)	EGV
BAL	Balneophototherapie (GOP 10350)	EGV

*) Die den einzelnen Leistungssegmenten zugeordneten Gebührenordnungspositionen können einen beliebigen Buchstabensuffix beinhalten. Dies gilt jedoch nicht für die Leistungssegmente 11A und 12, denen jeweils eine abschließende Liste von Gebührenordnungspositionen mit und ohne Buchstabensuffix zugeordnet ist.

***) Es handelt sich um beendete Gebührenordnungspositionen; Nachtragsfälle sind möglich.

Entscheidungserhebliche Gründe

zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 288. Sitzung am 22. Oktober 2012 zur Änderung des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 29. Sitzung am 19./25. Juni 2012 über das zur Ermittlung der diagnosebezogenen bzw. demografischen Veränderungsdaten zu verwendende Klassifikationsmodell für das Jahr 2013 gemäß § 87a Abs. 5 SGB V mit Wirkung zum 22. Oktober 2012

1. Rechtsgrundlage

Gemäß § 87a Absatz 5 SGB V hat der Bewertungsausschuss bis zum 31. August 2012 Empfehlungen zur Vereinbarung von Veränderungen der Morbiditätsstruktur nach § 87a Absatz 4 Satz 1 Nummer 2 SGB V zu beschließen. Der Erweiterte Bewertungsausschuss hat in dem Beschluss in seiner 29. Sitzung am 19./25. Juni 2012 die Vorgaben zur Berechnung der Veränderungsdaten festgelegt. Die für das Jahr 2013 als Empfehlung des Bewertungsausschusses geänderte inhaltliche Abgrenzung der Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung macht eine Änderung dieses Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses erforderlich.

2. Regelungsinhalte

Mit dem Beschluss wird in Nr. 2. die Festlegung zur Abgrenzung des Leistungsbedarfs bei der Berechnung der Veränderungsdaten geändert. Dazu wird Nr. 2.2 Ziffer 2 wie folgt neu gefasst: „Der Leistungsbedarf des Jahres 2010 jedes Versicherten wird gemäß der Anlage nach Versichertenquartalen annualisiert und entsprechend der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für das Jahr 2012 mit Ausnahme der antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der Richtlinienpsychotherapie (Abschnitt 35.2 des EBM) aller Arztgruppen sowie der probatorischen Sitzungen (GOP 35150) aller Arztgruppen abgegrenzt.“

Darüber hinaus wird der Text in Nr. 3.1.3.7 der Anlage durch folgenden Text ersetzt: „Der Leistungsbedarf zur Bestimmung der Kosten- bzw. Relativgewichte wird aus dem Leistungsbedarf gemäß Euro-Gebührenordnung berechnet. Der Leistungsbedarf wird auf die empfohlene inhaltliche Abgrenzung der Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung im Jahr 2012 gemäß Nr. 3.2 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 266. Sitzung am 14. Dezember 2011 zur Weiterentwicklung der vertragsärztlichen Vergütung im Jahr 2012, mit Ausnahme der für das Jahr 2011 ergänzend in den Gesamtverträgen getroffenen Regelungen sowie der antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der Richtlinienpsychotherapie (Abschnitt 35.2 des EBM) aller Arztgruppen und der probatorischen Sitzungen (GOP 35150) aller Arztgruppen, beschränkt. Hierzu wird jeder abgerechneten Gebührenordnungsposition das zugehörige Leistungssegment gemäß nachfolgender Zuordnungsliste zugeordnet. Die Leistungssegmente sind den Bereichen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) sowie der extrabudgetären Gesamtvergütung (EGV) zugeordnet.“

Für die Bestimmung der Kosten- bzw. Relativgewichte werden nur die Leistungsbedarfe von Gebührenordnungspositionen der der MGV zugeordneten Leistungssegmente berücksichtigt, wobei - abweichend zur Definition der Zuordnung zum Leistungssegment PROB - die GOP 35150 aller Arztgruppen bei der Bestimmung der Kosten- und Relativgewichte unberücksichtigt bleibt.“

Schließlich wird in Nr. 2. des Änderungsbeschlusses die in Nr. 3.1.3.7 der Anlage enthaltene Zuordnungsliste entsprechend der Empfehlung des Bewertungsausschusses zur inhaltlichen Abgrenzung der Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für das Jahr 2013 aktualisiert.

3. Inkrafttreten

Dieser Beschluss tritt mit Wirkung zum 22. Oktober 2012 in Kraft.