

BESCHLUSS

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

zu Grundsätzen und Eckpunkten zur Änderung und Weiterentwicklung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM)

mit Wirkung zum 22. Oktober 2012

1. Ziele und Grundsätze

- Eine am Versorgungsbedarf der Versicherten und am vertragsärztlichen Leistungsgeschehen orientierte Weiterentwicklung der Leistungsbeschreibung.
- Die Abrechnung der Leistungen nach EBM soll unter Beachtung bestehender ärztlicher Dokumentationspflichten soweit wie möglich entbürokratisiert werden.
- Ein auf dem anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik basierender Leistungskatalog.
- Vergütung des tatsächlichen Ressourcenverbrauchs bei bedarfsgerechter und wirtschaftlicher Leistungserbringung.
- Sicherstellung der flächendeckenden hausärztlichen Versorgung und der fachärztlichen Grundversorgung.
- Beibehaltung des hohen Qualitätsniveaus unter Berücksichtigung der notwendigen Qualitätsstandards.
- Einführung von nach Behandlungsanlässen und nach Alter differenzierten Versicherten- und Grundpauschalen, ggf. differenziert nach Patienten, die erstmals diagnostiziert und behandelt werden, sowie nach Patienten, bei denen eine begonnene Behandlung fortgeführt wird. Ausgliederung notwendiger Einzelleistungen.
- Berücksichtigung unterschiedlicher Zielsetzungen haus- und fachärztlicher Versorgung bei Bewertung und Pauschalierungsgrad der Leistungen.
- Kurze Wartezeiten bei besonderen Behandlungsanlässen (in Ergänzung zu Regelungen nach § 75 Abs. 1 Satz 4 SGB V).

- Erhöhung der Honorargerechtigkeit zwischen und innerhalb der Arztgruppen.
- Weiterentwicklung der betriebswirtschaftlichen Kalkulationsmethode des EBM mit dem Ziel einer wirtschaftlichen und bedarfsgerechten Leistungserbringung.
- Berücksichtigung der Verantwortung von Vertragsärzten für eine bedarfsgerechte und wirtschaftliche Veranlassung von Leistungen.

2. Maßnahmen

2.1 Ausgabenneutrale Angleichung von Orientierungswert und kalkulatorischem Punktwert

Orientierungswert und kalkulatorischer Punktwert des EBM werden mit Wirkung zum 1. Juli 2013 ausgabenneutral angeglichen. Die hierfür erforderlichen Anpassungen der Bewertungen im EBM, der Behandlungsbedarfe, der für die Bereinigung heranzuziehenden Leistungsmengen sowie der Ein- und Ausdeckelungspunktmengen und die Angleichung von kalkulatorischem Punktwert und Orientierungswert haben keine Auswirkungen auf die Höhe der von den Krankenkassen zu zahlenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gemäß § 87a SGB V. Die Ausgabenneutralität wird zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des EBM auf der Bundesebene jeweils getrennt für die Leistungen innerhalb und außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gewährleistet. Die gesetzlichen Regelungen zur Veränderung und Anpassung der Gesamtvergütungen bleiben davon unberührt.

2.2 Gezielte Förderung im haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich

Auf der Grundlage der am 9. Oktober 2012 zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband geschlossenen Vereinbarung zur Vergütung des Jahres 2013 wird der Bewertungsausschuss Änderungen des EBM beschließen, aus denen eine Leistungsmengensteigerung entsprechend der basiswirksamen Anhebung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung von insgesamt 250 Millionen Euro jährlich resultiert. Dieses Ausgabenvolumen ist dabei gemäß § 87b Abs. 1 Satz 1 SGB V dem haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich gesondert zuzuweisen und soll der Förderung der geriatrischen und palliativmedizinischen Versorgung und der Versorgung von Kindern mit chronischen Erkrankungen und/oder Behinderungen im hausärztlichen Versorgungsbereich sowie der Förderung der fachärztlichen Grundversorgung dienen. Die festzulegenden Punktbewertungen der entsprechenden Gebührenordnungspositionen sind dabei so zu bemessen, dass durch ihre Inanspruchnahme das festgelegte Ausgabenvolumen in Höhe von insgesamt 250 Millionen Euro jährlich möglichst exakt ausgeschöpft wird.

2.3 Aktualisierung und Weiterentwicklung des Standardbewertungssystems

Der EBM wird auf Grundlage der vorliegenden und noch zu beauftragenden Analysen des Instituts des Bewertungsausschusses neu kalkuliert. Die betriebswirtschaftliche Kalkulationsmethode wird dabei beibehalten und weiterentwickelt.

Folgende Parameter des Standardbewertungssystems¹ werden überprüft und ggf. angepasst bzw. ergänzt:

- Kalkulatorischer Arztlohn
- Aktualisierung der Praxiskosten. Datengrundlage sind die Daten des Statistischen Bundesamts. Hilfsweise können weitere einschlägige repräsentative Daten herangezogen werden.
- Es wird geprüft, inwieweit eventuell bestehende Über- oder Unterkapazitäten bzw. ggf. zu hohe oder zu niedrige Investitionskosten in die Aktualisierung der Praxiskosten einbezogen werden müssen.
- Leistungsbezogener Zeitbedarf
- Häufigkeit der Kostenstellen im Praxisbetriebsmodell
- Auslastung von Gerätschaften und Räumen. Die Überprüfung der Auslastung findet auf einer empirischen Datengrundlage statt und wird ggf. unter Beachtung von wirtschaftlicher und bedarfsgerechter Leistungserbringung korrigiert.
- Die Delegationsfähigkeit einzelner Leistungen wird berücksichtigt.

Die Bewertung der ärztlichen Leistung und die Vergütung der bei der Leistungserbringung entstehenden Kosten werden weiterhin getrennt kalkuliert. Die Vergütung der Fixkosten wird neu geregelt: Die fixen Kosten werden fallbezogen bis zu einem Höchstwert abgerechnet. Nach Überschreitung des Höchstwertes soll keine weitere Vergütung von Fixkosten erfolgen. Die variablen Kosten werden getrennt von der Bewertung der ärztlichen Leistung ausgewiesen. Soweit durch diese Umstellung Einsparungen erzielt werden, stehen diese für Verbesserungen der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten zur Verfügung.

¹ Die betriebswirtschaftliche Kalkulation des EBM mittels des Standardbewertungssystems basiert auf der Annahme einer Modellpraxis mit einem Vollzeit tätigen Praxisinhaber, der in dieser Zeit ausschließlich GKV-Patienten behandelt. Der EBM ist so kalkuliert, dass die Modellpraxis aus den Erlösen ihre Kosten vollständig deckt und einen Überschuss in Höhe des kalkulatorischen Arztlohnes erzielt.

Die vom Institut des Bewertungsausschusses entwickelte quantitative Bewertungsmethodik wird weiterentwickelt und angewendet. Bei der Anpassung der leistungsbezogenen Zeitansätze werden medizinische Plausibilität und ggf. durch Qualitätssicherungsvereinbarungen und/oder Richtlinien des G-BA vorgegebene Leistungsinhalte je Gebührenordnungsposition berücksichtigt.

Die sich verändernde sektorenübergreifende Patientenversorgung und Kooperation sowie der gestiegene Anteil der Berufsausübungsgemeinschaften werden berücksichtigt.

2.4 Ausgabenneutralität der Weiterentwicklung des EBM

Mit einem geeigneten Überprüfungs- und Korrekturverfahren wird sichergestellt, dass die Anpassungen an der Struktur des EBM und an den Bewertungen der Leistungen im EBM zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des EBM auf der Bundesebene ausgabenneutral erfolgen. Außerdem sind Parameter des Standardbewertungssystems dahingehend anzupassen, dass sich bei unveränderten Abrechnungshäufigkeiten und unverändertem Orientierungswert die Höhe der Bewertungen der extrabudgetären Leistungen (EGV) in Summe und die Höhe der Bewertungen der Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen (MGV) in Summe aufgrund der Weiterentwicklung des EBM grundsätzlich getrennt betrachtet nicht verändern. Die Neukalkulation der Sachkosten gemäß Abschnitt 2.5 und das zusätzliche Finanzvolumen gemäß Abschnitt 2.2 sind von den Vorgaben der Sätze 1 und 2 nicht betroffen.

2.5 Neubewertung der Sachkostenpauschalen

Die Sachkostenpauschalen werden zeitnah überprüft und ggf. angepasst. Insbesondere wird überprüft, ob Einsparungen bei den Ausgaben für Sachkosten durch die Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven zu erreichen sind.

Mögliche Einsparungen aus der Anpassung der Sachkostenpauschalen verbleiben in der GKV und stehen für Verbesserungen der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten zur Verfügung.

3. Sonstige Maßnahmen

- a. Die Bewertungen von Leistungen des ambulanten Operierens sollen überprüft werden. Es sollen die Grundlagen für die Übermittlung von OP-Zeiten, Schnitt-Naht-Zeiten und OPS-Kodes für ambulante und belegärztliche Operationen an den Bewertungsausschuss geschaffen werden, um den durchschnittlichen Zeitbedarf je operativen Eingriff bei der Bewertung sachgerecht abbilden zu können.

- b. Delegationsfähige ärztliche Leistungen und telemedizinische Maßnahmen werden versorgungsgerecht und rechtssicher im EBM berücksichtigt.
- c. Die Anreize zur indikationsgerechten Veranlassung und wirtschaftlichen Erbringung von Leistungen insbesondere der Laboratoriumsmedizin, Humangenetik, Schnittbilddiagnostik und von Krankenhauseinweisungen sollen erhöht werden.
- d. Besonders förderungswürdige Leistungen und Leistungen, deren Erbringung nicht angemessen über Pauschalen abgebildet werden kann, werden als Einzelleistungen ausgegliedert.
- e. Die Struktur der Leistungen soll indikationsgerecht differenziert werden, ggf. differenziert nach Patienten, die erstmals diagnostiziert und behandelt werden, sowie nach Patienten, bei denen eine begonnene Behandlung fortgeführt wird.
- f. Neben den Qualitätssicherungsvereinbarungen soll in geeigneten Fällen die qualitätsorientierte Bewertung mittels zweckmäßiger Qualitätsindikatoren in den EBM aufgenommen werden.

4. Evaluation

Die Auswirkungen der Weiterentwicklung des EBM auf die medizinische Versorgung, die Entwicklung der Ausgaben für vertragsärztliche Leistungen, die ärztlichen Vergütungsstrukturen und die Bürokratiekosten werden gemeinsam überprüft.

5. Zeitplan

Bis Ende 2012

- 1. Beschluss zur Anpassung der Dialysesachkosten und ggf. damit zusammenhängender ärztlicher Leistungen mit Wirkung zum 1. April 2013.
- 2. Beauftragung des Instituts des Bewertungsausschusses mit der Entwicklung eines Verfahrens zur kostenneutralen Angleichung von kalkulatorischem Punktwert und Orientierungswert sowie zur erforderlichen Anpassung der Leistungsbewertungen.

Bis Ende März 2013

- 1. Beschlussfassung des Bewertungsausschusses zu einer auf Abschnitt 2.1 basierenden Version des EBM, zur Angleichung des Orientierungswertes an den kalkulatorischen Punktwert, sowie zum Verfahren der erforderlichen Anpassungen der Behandlungsbedarfe, der Ein- und Ausdeckelungspunktmengen und

- der der Bereinigung zugrunde liegenden Punktmengen mit Wirkung zum 1. Juli 2013.
2. Beschlussfassung des Bewertungsausschusses zur Anpassung des EBM gemäß Abschnitt 2.2 mit Wirkung zum 1. Juli 2013.
 3. Beschlussfassung des Bewertungsausschusses zu weiteren strukturellen Anpassungen der Leistungen und Vergütungen im hausärztlichen und fachärztlichen Versorgungsbereich mit Wirkung zum 1. Juli 2013 unter Beachtung der Festlegungen in Abschnitt 2.4.
 4. Einvernehmliche Festlegung der ggf. erfolgenden Schritte zur Beschlussfassung.

Bis Ende 2013

1. Beauftragung des Instituts des Bewertungsausschusses mit einer Prüfung der Auswirkungen einer ausgabenneutralen Neubewertung im Rahmen der derzeit gültigen Bewertungssystematik.
2. Festlegung der Strukturen der EBM-Kapitel und der Bewertung der Gebührenordnungspositionen.
3. Überprüfung der Auswirkungen und Steuerungsanreize der geplanten Weiterentwicklung (inklusive Trennung Fixkosten und variable Kosten).
4. Beauftragung des Instituts des Bewertungsausschusses mit der Entwicklung eines Korrekturverfahrens, das die unter Abschnitt 2.4 beschriebene Ausgabenneutralität der Weiterentwicklung des EBM zum Zeitpunkt der Einführung auf der Bundesebene gewährleistet. Die in den ersten vier Quartalen nach dem Zeitpunkt des Inkrafttretens des EBM festgestellten Auswirkungen der Weiterentwicklung des EBM auf das Kodierverhalten und die bewertete Prävalenz werden darüber hinausgehend zu gegebener Zeit durch das Institut des Bewertungsausschusses analysiert. Sollte die Veränderungsrate gemäß § 87a SGB V dabei durch nicht aus der Morbiditätsveränderung heraus erklärte Effekte beeinflusst werden, so wird der Bewertungsausschuss einen Beschluss zur Berücksichtigung dieser Effekte bei der Ermittlung der Veränderungsrate fassen.

Beschlussfassung zur Änderung und Inkraftsetzung des EBM im Jahr 2014

Die Beschlussfassung des Bewertungsausschusses zum in Kraft setzen der Änderungen des EBM sowie zu den für die Sicherung der Ausgabenneutralität erforderlichen weiteren Anpassungen erfolgt bis zum 31. März 2014, ggfs. einvernehmlich schrittweise für einzelne EBM-Kapitel vorgezogen.