

Entscheidungserhebliche Gründe

zum Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 309. Sitzung am 27. Juni 2013 zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) mit Wirkung zum 1. Oktober 2013

1. Rechtsgrundlage

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband vereinbaren gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V im Bewertungsausschuss den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM). Dabei sollen die Leistungen der hausärztlichen Versorgung nach § 87 Abs. 2b Satz 1 SGB V als Versichertenpauschalen abgebildet werden; für Leistungen, die besonders gefördert werden sollen oder nach Absatz 2a Satz 6 telemedizinisch erbracht werden können, sind Einzelleistungen oder Leistungskomplexe vorzusehen.

In seiner 288. Sitzung am 22. Oktober 2012 hatte der Bewertungsausschuss den Beschluss zu Grundsätzen und Eckpunkten zur Änderung und Weiterentwicklung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes gefasst, der Vorgaben zur gezielten Förderung der geriatrischen und palliativmedizinischen Versorgung und der Versorgung von Kindern mit chronischen Erkrankungen und/oder Behinderungen im hausärztlichen Versorgungsbereich beinhaltet. In seiner 303. Sitzung am 31. Mai 2013 hat der Bewertungsausschuss nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V einen Beschluss zur Weiterentwicklung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) im hausärztlichen Versorgungsbereich in den Jahren 2013 und 2014 gefasst.

Mit dem vorliegenden Beschluss erfolgt die Umsetzung der EBM-Änderungen zum 1. Oktober 2013 im hausärztlichen Versorgungsbereich gemäß Nr. I des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 303. Sitzung am 31. Mai 2013.

2. Regelungshintergründe

Die hausärztliche Versichertenpauschale wird nach fünf Altersklassen (bisher drei) differenziert. Die stärkere Altersdifferenzierung dient der verbesserten Abbildung des unterschiedlichen Behandlungsaufwandes der Patienten in den jeweiligen Lebensjahren. Das hausärztliche Gespräch ist als Einzelleistung neben der Versichertenpauschale wieder berechnungsfähig. Die Gesprächsleistung war bisher anteilig in der Versichertenpauschale beinhaltet. Mit Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 288. Sitzung am 22. Oktober 2012 wurde in Nr. 2.4 die Ausgaben- bzw. Punktsammenneutralität bei der Weiterentwicklung des EBM zum Zeitpunkt des Inkrafttretens festgelegt. Mit dem Ziel einer Mengensteuerung der

Gesprächsleistung erfolgt die Aufnahme einer Regelung zur Bildung eines Gesprächsbudgets in die Präambeln 3.1 und 4.1 des EBM.

Für die Vorhaltung der zur Erfüllung von Aufgaben der hausärztlichen Grundversorgung notwendigen Strukturen wird eine Zusatzpauschale für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrags gemäß § 73 Abs. 1 SGB V aus der Versichertenpauschale ausgegliedert. Diese Zusatzpauschale kann einmal im Quartal abgerechnet werden. Die Berechnungsfähigkeit der Vorhaltepauschale dient der Stärkung der Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrages. In Behandlungsfällen, in denen Leistungen berechnet werden, die definitionsgemäß vom grundsätzlichen hausärztlichen Versorgungsauftrag abweichen, ist die Zusatzpauschale daher nicht berechnungsfähig. Die Bewertung der Zusatzpauschale wird für Praxen mit stark unterdurchschnittlicher bzw. mit hoher Behandlungsfallzahl je Arzt mit einem Ab- bzw. Zuschlag angepasst, um die größenabhängigen Strukturen entsprechend zu berücksichtigen.

Die Behandlung und Betreuung eines Patienten mit chronischer Erkrankung wird zukünftig nach der Anzahl der Arzt-Patienten-Kontakte im Behandlungsfall differenziert. Hierfür erfolgt für die Abbildung bei nur einem persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt die Aufnahme eines Zuschlags zu der Versichertenpauschale nach der Gebührenordnungsposition 03220 bzw. 04220 sowie für die Abbildung bei mindestens zwei persönlichen Arzt-Patienten-Kontakten die Aufnahme eines Zuschlags zu der Versichertenpauschale nach der Gebührenordnungsposition 03221 bzw. 04221. Die genannten Gebührenordnungspositionen ersetzen die bisherigen Gebührenordnungspositionen 03212 und 04212, die nicht nach dem Aufwand der Behandlung der chronischen Erkrankungen differenzierten.

Für die hausärztlich-geriatrische, die palliativmedizinische und die sozialpädiatrische Versorgung werden in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab die Abschnitte 3.2.4, 3.2.5, 4.2.4 und 4.2.5 aufgenommen. Die in den Abschnitten aufgenommen Leistungen bilden die Förderung der genannten Versorgungsbereiche gemäß des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 288. Sitzung am 22. Oktober 2012 ab.

Der Bewertungsausschuss hat die angegebenen Punktzahlen zu den Gebührenordnungspositionen auf der Grundlage des ab 1. Oktober 2013 gültigen kalkulatorischen Punktwertes, der durch Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 304. Sitzung einheitlich mit dem Orientierungswert in der Höhe von 10 Cent vereinbart wurde, festgesetzt.

3. Inkrafttreten

Der Beschluss tritt mit Wirkung zum 1. Oktober 2013 in Kraft.