

BESCHLUSS

des Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 139. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

- zur Änderung der Beschlüsse des Bewertungsausschusses gem. § 85 Abs. 4a SGB V zur Festlegung von Regelleistungsvolumen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen gemäß § 85 Abs. 4 SGB V (Teil A)
- zur Änderung der Beschlüsse des Bewertungsausschusses gem. § 85 Abs. 4a SGB V zur Festlegung der angemessenen Höhe der Vergütung ausschließlich psychotherapeutisch tätiger Vertragsärzte und -therapeuten (Teil B)

mit Wirkung zum 1. Januar 2008

Präambel

Im Zusammenhang mit dem Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses zur Neufassung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) in der 6. Sitzung am 19. Oktober 2007 hat der Bewertungsausschuss in seiner 137. Sitzung ebenfalls am 19. Oktober 2007 in den Beschlussteilen E bis F die Anpassung der Beschlüsse zur Festlegung von Regelleistungsvolumen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen gemäß § 85 Abs. 4 SGB V und der Beschlüsse nach § 85 Abs. 4a SGB V zur Festlegung der angemessenen Höhe der Vergütung ausschließlich psychotherapeutisch tätiger Vertragsärzte und -therapeuten vorgesehen. In den nachfolgenden Beschlussteilen A und B beschließt hierzu der Bewertungsausschuss die dort angeführten Änderungen zu den Beschlüssen zur Festlegung von Regelleistungsvolumen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen (Teil A) und zur Festlegung der angemessenen Höhe der Vergütung ausschließlich psychotherapeutisch tätiger Vertragsärzte und -therapeuten (Teil B).

Teil A

**Beschluss zur Änderung des Beschlusses des
Bewertungsausschusses gem. § 85 Abs. 4a SGB V in seiner 93.
Sitzung am 29. Oktober 2004,
geändert und ergänzt durch Beschlüsse des Bewertungsausschusses
in der 106., 111., 112., 115. und 117. Sitzung**

**zur Festlegung von Regelleistungsvolumen durch die Kassenärztlichen
Vereinigungen gemäß § 85 Abs. 4 SGB V**

1. II. wird wie folgt neu gefasst:
„Der Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 106. Sitzung zur Ergänzung des Beschlusses zur Festlegung von Regelleistungsvolumen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen gemäß § 85 Abs. 4 SGB V wird aufgehoben.“
2. III. wird wie folgt geändert:
 - 2.1 Der erste Satz wird wie folgt neu gefasst:
„Im Zeitraum vom 1. Januar 2008 bis 31. Dezember 2008 gilt folgende Regelung für die Bildung von Regelleistungsvolumen gemäß § 85 Abs. 4 SGB V:“
 - 2.2 In 1. wird im ersten Absatz das Datum „1. April 2005“ in „1. Januar 2008“ geändert.
 - 2.3 In 1. wird der erste Satz im zweiten Absatz wie folgt neu gefasst:
„Diese Anpassung der Arztgruppentöpfe im Rahmen der Honorarverteilung wird dann in den Folgequartalen (ggf. in Schritten) notwendig, wenn der für eine Arztgruppe gemäß Anlage 1 für das Vorquartal ermittelte rechnerische Punktwert (Vergütung für Leistungen des Regelleistungsvolumen im Arztgruppentopf zu Leistungsbedarf in Punkten für Leistungen des Regelleistungsvolumen (Leistungsbedarf im Regelleistungsvolumen und Leistungsbedarf, der über das Regelleistungsvolumen hinausgeht)) den über alle Arztgruppen eines Versorgungsbereichs gleichermaßen (ohne Berücksichtigung der Arztgruppentöpfe) ermittelten durchschnittlichen rechnerischen Punktwert um mehr als 10 % über- oder unterschreitet.“
 - 2.4 In 2.1 wird der erste Absatz wie folgt neu gefasst:
„Die Vergütung der im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) aufgeführten ärztlichen Leistungen erfolgt für alle Vertragsärzte und medizinische Versorgungszentren auf der Grundlage des gesamten abgerechneten anerkannten Leistungsbedarfs einer Arztpraxis des jeweiligen aktuellen Abrechnungsquartals nach Maßgabe des vereinbarten Honorarverteilungsvertrages.“

- 2.5 In 2.1 werden im ersten Satz des zweiten Absatzes die Worte „oder einem medizinischen Versorgungszentrum (Arzt-Abrechnungsnummer)“ gestrichen.
- 2.6 In 2.2 wird im ersten Satz das Datum „31. Dezember 2005“ in „31. Dezember 2008“ geändert.
- 2.7 In 2.2 wird im zweiten Satz das Datum „1. April 2005“ in „1. Januar 2008“ geändert.
- 2.8 In 3.1 werden im ersten Satz des ersten Absatzes die Worte „oder das medizinische Versorgungszentrum“ und „bzw. das“ gestrichen.
- 2.9 In 3.1 werden im ersten Satz des zweiten Absatzes die Worte „bzw. eines medizinischen Versorgungszentrums“ und „bzw. des medizinischen Versorgungszentrums“ gestrichen.
- 2.10 In 3.1 wird der dritte Absatz wie folgt neu gefasst:
„Zur Sicherstellung einer ausreichenden medizinischen Versorgung und zur Zielerreichung einer Maßnahme in 1. sind darüber hinaus im Honorarverteilungsvertrag Anpassungen des Regelleistungsvolumens insbesondere unter Berücksichtigung der Neufassung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) zum 01.01.2008 vorzunehmen. Die Vorgaben des Bewertungsausschusses zur Anpassung der Regelleistungsvolumen und des diesbezüglichen Punktwertes gemäß Anlage 3 sind dabei zu beachten.“
- 2.11 In 3.1 wird ein neuer vierter Absatz wie folgt eingefügt:
„Für Vertragsärzte, die neben ihrer Arztpraxis auch in einer oder mehreren Teilberufsausübungsgemeinschaften tätig sind, wird ein gesamtes Regelleistungsvolumen für die vom jeweiligen Vertragsarzt in der Arztpraxis und in der(n) Teilberufsausübungsgemeinschaft(en) erbrachten Leistungen ermittelt. Dem so ermittelten Regelleistungsvolumen werden die Leistungen des Vertragsarztes in der Vertragsarztpraxis und in der(n) Teilberufsausübungsgemeinschaft(en) gegenübergestellt.“
- 2.12 In 3.1 werden im ersten Satz des sechsten Absatzes (neu) das Wort „Vertragsarztpraxis“ in „Arztpraxis“ geändert und die Worte „oder das zugelassene medizinische Versorgungszentrum“ gestrichen.
- 2.13 In 3.2.2 wird ein neuer zweiter Satz wie folgt eingefügt:
„Bei der Ermittlung der Fallpunktzahl sind die Ärzte im Umfang ihrer Tätigkeit lt. Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid zu berücksichtigen.“
- 2.14 In 3.3.1 werden im ersten Satz des dritten Absatzes das Wort „Praxis“ in „Arztpraxis“ geändert und die Worte „bzw. ein medizinisches Versorgungszentrum“ gestrichen.

- 2.15 In 3.3.1.1 wird der erste Satz des ersten Absatzes wie folgt neu gefasst:
„Die Fallzahlobergrenze in Gemeinschaftspraxen, medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten ergibt sich aus der gewichteten Addition der arztgruppenbezogenen Fallzahlobergrenzen je Arzt gemäß 3.3.1 der dort tätigen Vertragsärzte und angestellten Ärzte.“
- 2.16 In 3.3.1.1 wird ein zweiter Satz im ersten Absatz wie folgt eingefügt:
„Dabei sind die Ärzte im Umfang ihrer Tätigkeit lt. Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid zu berücksichtigen.“
- 2.17 In 4.1 wird die Aufzählung wie folgt geändert:
- 2.17.1 In 1.1 wird die Nr. „01110“ in „01102“ geändert.
- 2.17.2 In 1.4 wird die Nr. „01415“ eingefügt und die Nr. 01420 mit dem Zusatz „bis 01424“ ergänzt. Die Beschreibung wird wie folgt neu gefasst: „Dringende Besuche, Prüfung und Verordnung der häuslichen Krankenpflege“
- 2.17.3 In 1.7 wird die Nr. „01914“ in „01912“ geändert.
- 2.17.4 3.2.1 wird gestrichen.
- 2.17.5 „3.3.3“ wird in „3.2.3“ und die Nr. „03323“ wird in „03241“ geändert.
- 2.17.6 4.2.1 wird gestrichen.
- 2.17.7 „4.3.3“ wird in „4.2.3“ und die Nr. „04323“ wird in „04241“ geändert.
- 2.17.8 In 12.2 wird das Wort „Labor-Konsiliarkomplex“ in „Labor-Konsiliarpauschale“ geändert.
- 2.17.9 „31.2.2 bis 31.2.13“ wird in „31.2“ geändert und die Worte „und belegärztliche“ gestrichen.
- 2.17.10 „31.6.1“ wird in „31.6.2“ geändert.
- 2.17.11 „34.2.1 bis 34.2.9“ wird in „34.2“ geändert.
- 2.17.12 „35.2“ wird durch „***“ ergänzt.
- 2.18 In 4.1 wird ein neuer Satz als vierter Absatz nach der Aufzählung eingefügt:
„Die mit *** gekennzeichneten Leistungsbereiche unterliegen bei Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie dem Regelleistungsvolumen.“
- 2.19 In 4.2 wird in der Aufzählung der erste Spiegelstrich „Hausärztliche Grundvergütung“ gestrichen.
- 2.20 5. wird gestrichen.

3. Anlage 1 zum Teil III wird wie folgt geändert:
 - 3.1 In der Aufzählung der Arztgruppen wird der erste Spiegelstrich wie folgt neu gefasst:
„Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören“
 - 3.2 In der Aufzählung der Arztgruppen wird der 30. Spiegelstrich wie folgt neu gefasst:
„Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“.
4. Eine neue Anlage 3 zum Teil III wird wie folgt eingefügt:

„Vorgaben aus dem Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 137. Sitzung am 19. Oktober 2007 zum Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses zur Neufassung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) in der 6. Sitzung am 19. Oktober 2007, Teil E Anpassung der Beschlüsse zur Festlegung von Regelleistungsvolumen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen gemäß § 85 Abs. 4 SGB V:

 1. Der Bewertungsausschuss stellt fest, dass aufgrund der Entscheidung des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 19.10.2007 zur Höhe der Bewertung der ärztlichen Leistungen im Rahmen der Neufassung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) zum 01.01.2008 eine Erhöhung des insgesamt abgerechneten Punktzahlvolumens zu erwarten ist.
 2. Zur Sicherstellung einer ausreichenden medizinisch notwendigen Versorgung der Versicherten in der GKV mit ärztlichen Leistungen sind die in den Honorarverteilungsverträgen gemäß § 85 Abs. 4 SGB V getroffenen Regelungen zur Begrenzung der von einer Arztpraxis bzw. einem Arzt abgerechneten Leistungen an die Erhöhung des Punktzahlvolumens ggf. in geeigneter Weise anzupassen, wenn eine solche Veränderung in einer Kassenärztlichen Vereinigung für eine für den jeweiligen Honorarverteilungsvertrag relevante Arztgruppe gemäß den nachstehenden Regelungen zu erwarten ist.
 3. Der Bewertungsausschuss gibt für diesen Fall den Partnern der Honorarverteilungsverträge nachfolgendes Verfahren vor:
 - 3.1 Es werden auf der Basis der Abrechnungsquartale 3/2005 bis 2/2006 jeweils im Durchschnitt der vier Quartale die absoluten Häufigkeiten je Quartal je Leistung ermittelt. Die Berechnung erfolgt je für die Honorarverteilung relevanter Arztgruppe für kurativ-allgemeine Fälle für diejenigen Leistungen, die einer Obergrenze unterliegen.
 - 3.2 Für diese Leistungen werden je Leistung die bis zum 31. Dezember 2007 gültigen Leistungsbewertungen in Punkten mit den ab 1. Januar 2008 gegenübergestellt. Hierzu wird die noch zu beschließende Transcodierungstabelle des Bewertungsausschusses verwendet. Auf dieser Grundlage wird ein mit der Häufigkeit der jeweiligen Leistungen gewichteter Mittelwert der Steigerungsfaktoren je Leistung für jede Arztgruppe ermittelt.

- 3.3 Daraus ergibt sich ein Anpassungsfaktor für die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung und die jeweilige Arztgruppe, der durch die Partner der Honorarverteilungsverträge auf die in den Honorarverteilungsverträgen verankerten Steuerungsinstrumente anzuwenden ist.
4. Soweit sich nach Anwendung des Anpassungsfaktors nach 3.3 eine Veränderung des innerhalb von Punktzahl-Obergrenzen zu vergütenden Punktzahlvolumens ergibt, ist der diesbezügliche Punktwert durch die Partner der Honorarverteilungsverträge entsprechend anzupassen.“

Teil B

Beschluss zur Änderung des Beschlusses des Bewertungsausschusses gem. § 85 Abs. 4a SGB V in seiner 93. Sitzung am 29. Oktober 2004, geändert durch Beschluss des Bewertungsausschusses in der 96. Sitzung

zur Festlegung der angemessenen Höhe der Vergütung ausschließlich psychotherapeutisch tätiger Vertragsärzte und -therapeuten durch den Bewertungsausschuss gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V

1. In 2.2.1 wird nach „des Abschnittes G IV.“ „bzw. 35.2“ eingefügt.
2. In 2.2.1.3 wird „2.244.600“ in „2.716.740“ geändert.
3. In 2.2.1.6 werden im letzten Satz nach „Kapitel O“ „bzw. 32“ und nach „U“ „bzw. 40“ eingefügt.
4. In 2.2.2 wird „G IV.“ in „35.2“ und „561.150“ in „679.185“ geändert.
5. In 2.7 wird im letzten Satz nach „des Abschnitts G IV.“ „bzw. 35.2“ eingefügt.
6. Es wird folgende Protokollnotiz zum Änderungsbeschluss des Bewertungsausschusses in seiner 139. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) mit Wirkung zum 1. Januar 2008 eingefügt:
„Weder die Neubewertung der psychotherapeutischen Leistungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) mit Wirkung zum 1. Januar 2008 noch die Änderungen des Beschlusses des Bewertungsausschusses zur Festlegung der angemessenen Höhe der Vergütung ausschließlich psychotherapeutisch tätiger Vertragsärzte und -therapeuten mit Wirkung zum 1. Januar 2008 haben Auswirkungen auf die Höhe der Gesamtvergütungen im Jahr 2008.“