

## **BESCHLUSS**

### **des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 303. Sitzung am 31. Mai 2013**

### **zur Weiterentwicklung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) im hausärztlichen Versorgungsbereich in den Jahren 2013 und 2014**

---

#### **Präambel**

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 288. Sitzung am 22. Oktober 2012 einen Beschluss zu Grundsätzen und Eckpunkten zur Änderung und Weiterentwicklung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) getroffen und einen Zeitplan zur Umsetzung dieses Beschlusses mit Wirkung zum 22. Oktober 2012 festgelegt.

Zur konkreten Umsetzung dieses Beschlusses im hausärztlichen Versorgungsbereich wird das folgende Vorgehen vereinbart:

#### **I. EBM-Änderungen zum 1. Oktober 2013 im hausärztlichen Versorgungsbereich**

1. Die Anzahl der Versichertenpauschalen wird auf fünf Altersklassen erhöht. Die Festlegung der Altersklassen erfolgt auf der Basis von Analysen des Instituts des Bewertungsausschusses unter Berücksichtigung medizinischer Sachverhalte.
2. Es wird eine fallzahlabhängige versorgungsbereichsspezifische Grundpauschale eingeführt. Die Versichertenpauschalen sind entsprechend zu bereinigen. Die versorgungsbereichsspezifische Grundpauschale wird gegen Leistungen ausgeschlossen, die nicht zum grundsätzlichen hausärztlichen Versorgungsumfang zählen. Die weitere Ausgestaltung und die Definition dieser Leistungen erfolgt nach Vorgaben des Bewertungsausschusses auf der Basis von Analysen des Instituts des Bewertungsausschusses. Hierzu wird der Arbeitsausschuss des Bewertungsausschusses beauftragt. Die ausgeschlossenen Leistungen werden im EBM aufgeführt.
3. Es erfolgt die teilweise Ausgliederung einer Gesprächsleistung aus der Versichertenpauschale. Die Versichertenpauschalen sind entsprechend zu bereinigen. Es ist eine Begrenzung der Abrechnungshäufigkeit möglichst

auf Arzteebene sicherzustellen. Hierbei ist zu prüfen, ob Unterschiede in der Struktur der Behandlungsfälle berücksichtigt werden können.

4. Die derzeitige Vergütungsstruktur aus Pauschalen und Einzelleistungen im hausärztlichen Versorgungsbereich setzt die von den Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses gewünschten Anreize für eine medizinisch hochwertige und zugleich wirtschaftliche Versorgung der Versicherten und wird beibehalten. Über die Ausgliederung weiterer Einzelleistungen aus der Versichertenpauschale wird im Rahmen der EBM-Änderungen zum 1. Juli 2014 entschieden.
5. Die bestehende Regelung zur Chronikerpauschale gemäß der Gebührenordnungsposition 03212 wird aufgehoben. Zur Abbildung des zusätzlichen Ressourcenaufwands bei der Behandlung chronisch Kranker werden zwei Gebührenordnungspositionen geschaffen, die in der ersten Gebührenordnungsposition an einen persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt und in der zweiten Gebührenordnungsposition an mindestens zwei persönliche Arzt-Patienten-Kontakte gebunden sind. Die Inhalte der Leistungslegenden werden so gestaltet, dass sie u. a. auf eine leitliniengerechte Therapie hinwirken. Für diese Leistungen sind Prüfzeiten im Anhang 3 des EBM festzulegen.
6. Die Bewertung der Leistungen erfolgt nach dem aktuell gültigen Standardbewertungssystem und zum Zeitpunkt der Umsetzung mit der Ausnahme der Leistungen entsprechend der Punkte 7. bis 9. punktsummenneutral.
7. Geriatrische Versorgung: Um die geriatrische Versorgung gezielt zu fördern, werden Gebührenordnungspositionen zum Assessment und zur Betreuung für Patienten, die aufgrund der Art, Schwere und Komplexität ihrer Krankheitsverläufe einen besonders aufwändigen ambulanten geriatrischen Versorgungsbedarf aufweisen, eingeführt.
8. Durch die Aufnahme einer Gebührenordnungsposition in Kapitel 4 des EBM soll dem zusätzlichen kinderärztlichen Aufwand bei der Erhebung und Beurteilung anamnestischer Angaben zur Berücksichtigung von entwicklungsabhängigen, krankheitsspezifischen und/oder behinderungsbezogenen Faktoren sowie der Erfassung des sozialen, familiären Umfeldes von Kindern mit chronischen Erkrankungen und/oder Behinderungen sowie der Einleitung und Koordination störungsspezifischer Maßnahmen Rechnung getragen werden.
9. Zur Förderung der hausärztlichen Palliativversorgung werden Gebührenordnungspositionen zur Eingangsdiagnostik und zur Betreuung im häuslichen Umfeld in die Kapitel 3 und 4 des EBM aufgenommen. Bei der Beschreibung der Gebührenordnungspositionen sollen besondere Aspekte der palliativmedizinischen Versorgung herausgestellt werden. Es erfolgt eine Definition der zu versorgenden Patienten sowie eine Abgrenzung der Leistungen zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV).

10. Der Beschluss zu den EBM Änderungen nach den Punkten 1. bis 9. wird bis zum 30. Juni 2013 gefasst.

## **II. EBM-Änderungen zum 1. Juli 2014 im hausärztlichen Versorgungsbereich, Aktualisierung und Weiterentwicklung des Standardbewertungssystems**

1. Die Leistungen des hausärztlichen Versorgungsbereichs werden gemäß Nr. 2.3 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 288. Sitzung unter Berücksichtigung der genannten Parameter und auf Grundlage der vorliegenden und noch zu beauftragenden Analysen des Instituts des Bewertungsausschusses neu kalkuliert. Die Kalkulation anhand des Standardbewertungssystems wird durch das Institut des Bewertungsausschusses umgesetzt.
2. Die Vergütung der Fixkosten bestimmter Leistungen erfolgt bis zu einem Höchstwert. Nach Überschreitung des Höchstwertes erfolgt keine weitere Vergütung von Fixkosten. Es erfolgt eine Zuordnung sämtlicher Kosten in fixe und variable Kosten. Es wird geprüft, ob die Finanzierung der Fixkosten für bestimmte Leistungen in der hausärztlichen Versorgung an die Erbringung einer aus Gründen der Qualität und der Versorgung erforderlichen Mindestzahl von erbrachten Leistungen gebunden werden kann.
3. Die im Standardbewertungssystem hinterlegten Praxiskosten einschließlich der Abschreibungszeiten werden für den hausärztlichen Versorgungsbereich auch anhand einer Marktanalyse zur Ausstattung, zu realen Marktpreisen sowie zur realen Nutzungsdauer durch das Institut des Bewertungsausschusses überprüft. Hierbei werden, sofern möglich, insbesondere mögliche Unterschiede zu der Ausstattung im fachärztlichen Versorgungsbereich analysiert. Dem flächendeckenden und wohnortnahen Versorgungsauftrag ist dabei Rechnung zu tragen.
4. Die Überprüfung der Auslastung von Geräten und Räumen erfolgt auf einer empirischen Datengrundlage und wird gegebenenfalls unter Beachtung von Wirtschaftlichkeit unter Berücksichtigung des hausärztlichen Versorgungsauftrages angepasst.
5. Der leistungsbezogene Zeitbedarf wird überprüft. Bei der Anpassung der leistungsbezogenen Zeitansätze wird die medizinische Plausibilität berücksichtigt.
6. Die vom Institut des Bewertungsausschusses entwickelte quantitative Bewertungsmethodik wird hierfür weiterentwickelt und angewendet.
7. Die Delegationsfähigkeit einzelner Leistungen wird bei der Neubewertung von Gebührenordnungspositionen berücksichtigt.
8. Die Umsetzung der Maßnahmen des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 288. Sitzung sowie des vorliegenden Beschlusses erfolgt (mit

Ausnahme der gezielten Förderung der geriatrischen und der palliativmedizinischen Versorgung sowie der Versorgung von Kindern mit chronischen Erkrankungen und/oder Behinderungen) insgesamt ausgabenneutral. Aufgrund der Aktualisierung und Weiterentwicklung des EBM und des Standardbewertungssystems werden sich weder das Volumen des Leistungsbedarfs (nach Euro-Gebührenordnung) aller Leistungen, die innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) vergütet werden noch das Volumen des Leistungsbedarfs aller extrabudgetären Leistungen (EGV) verändern. Die Höhe der MGV wird sich durch die Maßnahmen nicht verändern.

### **III. Simulationen zu den Auswirkungen**

1. Das Institut des Bewertungsausschusses simuliert vor der Umsetzung der im Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 288. Sitzung bzw. der in diesem Beschluss genannten Maßnahmen die Auswirkungen der Aktualisierung und Weiterentwicklung des Standardbewertungssystems sowie weiterer möglicher Anpassungen im EBM. Die Simulation erfolgt auf Basis der Abrechnungsdaten aus 2011. Abrechnungsdaten aus weiteren Jahren können z. B. zur gezielten Simulation des Abrechnungsverhaltens bei Einzelleistungen verwendet werden. Das Institut des Bewertungsausschusses simuliert insbesondere auch die Auswirkungen der Umstellung der Fixkostenvergütung unter Berücksichtigung der hierdurch entstehenden ökonomischen Anreize auf die vertragsärztliche Versorgung anhand von höchstens sechs Szenarien je Verhandlungsseite (Szenarioanalyse), die neben dem Status Quo auch mögliche Veränderungen der Leistungserbringung durch Vertragsärzte antizipieren.
2. Die Auswirkungen der Weiterentwicklung des EBM und der Kalkulationssystematik auf die vertragsärztliche Versorgung und die Entwicklung der Ausgaben für vertragsärztliche Leistungen werden durch das Institut des Bewertungsausschusses evaluiert.

#### **Protokollnotizen:**

1. Die Anlage 5 des Bundesmantelvertrags Ärzte soll im Rahmen der derzeit stattfindenden EBM-Weiterentwicklung aktualisiert werden.
2. Bis zum 1. Juli 2014 wird geprüft, ob die Hausbesuche von qualifizierten nichtärztlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern auch in nicht unterversorgten Regionen vergütet werden können. Die Finanzierung erfolgt im Rahmen der MGV, sofern die Partner der Gesamtverträge keine andere Regelung getroffen haben.