

Entscheidungserhebliche Gründe

zum 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 mit Wirkung zum 22. Oktober 2012

1. Rechtsgrundlage

Der Bewertungsausschuss hat gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V einen einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) zu beschließen. Der EBM ist gemäß § 87 Abs. 2 Satz 2 SGB V regelmäßig daraufhin zu überprüfen, ob er noch dem Stand von Wissenschaft und Technik sowie dem Erfordernis der Rationalisierung im Rahmen wirtschaftlicher Leistungserbringung entspricht. Der Bewertungsausschuss hat darüber hinaus gemäß § 87 Abs. 3a Satz 1 SGB V die Auswirkungen seiner Beschlüsse unter anderem auch auf die vertragsärztlichen Honorare regelmäßig zu analysieren.

2. Aufbau des Beschlusses

Der Beschluss des Bewertungsausschusses zu Grundsätzen und Eckpunkten zur Änderung und Weiterentwicklung des EBM gliedert sich in fünf Eckpunkte:

1. Ziele und Grundsätze
2. Maßnahmen
3. Sonstige Maßnahmen
4. Evaluation
5. Zeitplan

3. Regelungshintergründe

Der vorliegende Beschluss des Bewertungsausschusses gibt für die Weiterentwicklung des EBM in den Jahren 2012 bis 2014 den Rahmen vor. Der Bewertungsausschuss legt mit seinem Beschluss Grundsätze und Eckpunkte für die Weiterentwicklung des EBM fest und bildet somit die Arbeitsgrundlage für die Änderungen des EBM sowie für eine Weiterentwicklung des Standardbewertungssystems, das der betriebswirtschaftlichen Kalkulation der Bewertungen der Leistungen zugrunde liegt.

Verschiedene Untersuchungen, die der Bewertungsausschuss in den letzten Jahren im Rahmen seiner Aufgabe zur Überprüfung seiner Beschlüsse durchgeführt hat, haben die Notwendigkeit gezeigt, den EBM weiterzuentwickeln. Zu nennen ist hier zum einen

die Begleitstudie zur Einführung des EBM 2008, eine vom Institut des Bewertungsausschusses, dem Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung (ZI) und dem wissenschaftlichen Institut der AOK (WIÖ) gemeinsam durchgeführte Studie. Zum anderen hat das Institut des Bewertungsausschusses - teilweise im Auftrag des Erweiterten Bewertungsausschuss nach § 87 Abs. 4 SGB V, teilweise im Auftrag des Bewertungsausschusses - dem Bewertungsausschuss Analysen zur Höhe der Bewertung der Leistungen im EBM vorgelegt. Insgesamt hat sich gezeigt, dass Handlungsbedarf für eine Weiterentwicklung des EBM besteht. Mit dem vorliegenden Beschluss bringt der Bewertungsausschuss nun die Vorbereitungen zur Weiterentwicklung des EBM mit dem Ziel auf den Weg, die Versorgung der Versicherten mit vertragsärztlichen Leistungen auch in Zukunft bestmöglich zu gewährleisten und dabei die Vertragsärzte und -psychotherapeuten angemessen und leistungsorientiert zu vergüten.

Mit der Weiterentwicklung des EBM sollen darüber hinaus auch neue Regelungen bzw. Änderungen durch das Versorgungsstrukturgesetz vom 22. Dezember 2011 (GKV-VStG), die Auswirkungen auf das ärztliche Vergütungssystem haben, umgesetzt werden.

3.1 Ziele und Grundsätze der Weiterentwicklung des EBM

Mit den in Abschnitt 1 des vorliegenden Beschlusses genannten Zielen legt der Bewertungsausschuss Grundsätze und Eckpunkte zur Änderung und Weiterentwicklung des EBM fest. Diese ergeben sich zum einen direkt aus den gesetzlichen Regelungen. Zum anderen gestaltet der Bewertungsausschuss durch Formulierung seiner Ziele die gesetzlichen Vorgaben aus.

Insbesondere aufgrund der Änderung des SGB V durch das GKV-VStG zum 1. Januar 2012 hat der Bewertungsausschuss für die Weiterentwicklung des EBM die nachfolgenden Ziele, die sich direkt aus den gesetzlichen Neuregelungen ergeben, formuliert:

- Wesentlich für die Weiterentwicklung des EBM sind die Einführung von nach Behandlungsanlässen und nach Alter differenzierten Versicherten- und Grundpauschalen, gegebenenfalls differenziert nach Patienten, die erstmals diagnostiziert und behandelt werden, sowie nach Patienten, bei denen eine begonnene Behandlung fortgeführt wird. Notwendige Einzelleistungen werden ausgegliedert.
- Weiterhin sollen die unterschiedlichen Zielsetzungen haus- und fachärztlicher Versorgung bei Bewertung und Pauschalierungsgrad der Leistungen berücksichtigt werden.
- Schließlich soll erreicht werden, dass kurze Wartezeiten bei besonderen Behandlungsanlässen ermöglicht werden. Dieses Ziel wird in Ergänzung zu § 75 Abs. 1 Satz 4 SGB V aufgenommen.

3.2 Maßnahmen

3.2.1 Ausgabenneutrale Angleichung von Orientierungswert und kalkulatorischem Punktwert

Orientierungswert und kalkulatorischer Punktwert sind derzeit nicht identisch. Der Bewertungsausschuss wird im Rahmen der geplanten Weiterentwicklung des EBM diese beiden Punktwerte angleichen. Die Angleichung dieser beiden Punktwerte erfolgt insgesamt ausgabenneutral. Hierfür ist zum einen sicherzustellen, dass die Höhe der von den Krankenkassen zu entrichtenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen (MGV) gemäß § 87a SGB V durch die Angleichung von kalkulatorischem Punktwert und Orientierungswert unverändert bleibt. Zum anderen werden zeitgleich mit der Angleichung von kalkulatorischem Punktwert und Orientierungswert die Leistungsbewertungen des EBM (in Punkten) so angepasst, dass sich weder das Volumen des Leistungsbedarfs (nach Euro-Gebührenordnung) für Leistungen, die innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen (MGV) vergütet werden, noch das Volumen des Leistungsbedarfs aller extrabudgetären Leistungen (EGV) als Folge der Angleichung von kalkulatorischem Punktwert und Orientierungswert verändern.

Führt die Angleichung von kalkulatorischem Punktwert und Orientierungswert zu einer Erhöhung des Orientierungswerts, dann ist eine einmalige zeitgleiche rechnerische Absenkung der Aufsatzwerte des Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 4 Satz 1 i. V. m. Abs. 5 Satz 7 SGB V notwendig, um zu gewährleisten, dass die MGV aufgrund der Angleichung von kalkulatorischem Punktwert und Orientierungswert unverändert bleibt. Der Bewertungsausschuss wird hierzu sowie zu weiteren in diesem Zusammenhang gegebenenfalls notwendigen Regelungen zur Gewährleistung der Ausgabenneutralität beschließen.

Die Ausgabenneutralität der beschriebenen Maßnahmen bezieht sich dabei auf den Zeitpunkt der Angleichung der beiden Punktwerte. Die bis zum Zeitpunkt der Angleichung durch den Bewertungsausschuss oder den Erweiterten Bewertungsausschuss beschlossenen Anpassungen der Höhe der Gesamtvergütungen, insbesondere aufgrund der in § 87a Abs. 4 SGB V aufgeführten Sachverhalte sowie aufgrund von Änderungen des Orientierungswertes gemäß § 87 Abs. 2e SGB V bleiben von der hier beschlossenen Ausgabenneutralität der beschriebenen Maßnahme unberührt.

Abschnitt 5 des vorliegenden Beschlusses sieht vor, dass die Angleichung von kalkulatorischem Punktwert und Orientierungswert zum 1. Juli 2013 erfolgt.

3.2.2 Gezielte Förderung im haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich

Für die gezielte Förderung der Grundversorgung im fachärztlichen Versorgungsbereich und zur Förderung der geriatrischen und palliativmedizinischen Versorgung sowie der Versorgung von Kindern mit chronischen Erkrankungen und/oder Behinderungen im hausärztlichen Versorgungsbereich werden die morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen in Höhe von insgesamt 250 Mio. Euro im Jahr 2013 basiswirksam angehoben. Die Förderung wird im Jahr 2013 mit der Einführung oder Höherbewertung von entsprechenden Gebührenordnungspositionen im EBM umgesetzt.

3.2.3 Aktualisierung und Weiterentwicklung des Standardbewertungssystems

Die Bewertungen der Leistungen werden auch künftig auf betriebswirtschaftlicher Basis mit dem Standardbewertungssystem kalkuliert. Dabei wird für die Bewertung der Leistung weiterhin jeweils der ärztliche und technische Leistungsanteil kalkuliert. Über den technischen Leistungsanteil der Gebührenordnungsposition sollen künftig allerdings nur noch die leistungsbezogenen Kosten (variable Kosten) vergütet werden. Die Vergütung der nicht unmittelbar leistungsbezogenen Kosten (Fixkosten) wird neu geregelt. Die Fixkosten sollen zukünftig fallbezogen bis zu einem Höchstwert berechnungsfähig sein.

Der Bewertungsausschuss strebt diese Neuregelung an, da sich gezeigt hat, dass die derzeitige Vergütungssystematik Anreize zur Ausweitung von Leistungen - insbesondere von Leistungen mit hohem technischen Leistungsanteil - setzt, weil mit jeder zusätzlichen Leistung nicht nur die unmittelbar leistungsbezogenen Kosten, sondern auch die gegebenenfalls bereits gedeckten Fixkosten zusätzlich vergütet werden.

Die der Kalkulation zugrunde liegenden Daten, insbesondere Praxiskosten, kalkulatorischer Arztlohn, leistungsbezogener Zeitbedarf, Häufigkeiten von Kostenstellen, Auslastung von Geräten und Räumen werden überprüft und gegebenenfalls aktualisiert. Das Bewertungsverfahren soll somit weiterentwickelt und einschließlich der aktuellen Datengrundlagen den Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses sowie dem Institut des Bewertungsausschusses zur Verfügung gestellt werden.

Das Institut des Bewertungsausschusses hat im Rahmen des Auftrages zur Überprüfung der EBM-Kalkulationsgrundlagen gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses aus seiner 12. Sitzung am 20. Mai 2009 eine quantitative Bewertungsmethode zur Neubewertung der EBM-Leistungen entwickelt. Mit Einführung des Standardbewertungssystems wurden wesentliche Stellgrößen (zum Beispiel Kalkulationszeiten, Auslastung und Häufigkeit von Kostenstellen) zur Kalkulation der Bewertungen der Leistungen auf Basis von Expertenwissen ermittelt. Mittels der vom Institut des Bewertungsausschusses entwickelten und gegebenenfalls weiter zu entwickelnden quantitativen Bewertungsmethode können nunmehr diese Stellgrößen im Standardbewertungssystem datengestützt überprüft und angepasst werden. Der Bewertungsausschuss beschließt, die quantitative Bewertungsmethode zur Neubewertung der Leistungen im EBM für die Änderung und Weiterentwicklung des EBM anzuwenden und bei Bedarf weiterzuentwickeln.

3.2.4 Ausgabenneutralität der Weiterentwicklung des EBM

Die Umsetzung der in Abschnitt 2.3 des vorliegenden Beschlusses beschriebenen Maßnahmen soll ausgabenneutral erfolgen. Zur Erreichung dieses Ziels soll sich allein aufgrund der Aktualisierung und Weiterentwicklung des Standardbewertungssystems weder das Volumen des Leistungsbedarfs (nach Euro-Gebührenordnung) aller Leistungen, die innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen (MGV) vergütet werden, noch das Volumen des Leistungsbedarfs aller extrabudgetären Leistungen (EGV) verändern.

Die Aktualisierung und Weiterentwicklung des Standardbewertungssystems als Folge der Umsetzung der Maßnahmen in Abschnitt 2.3 des vorliegenden Beschlusses und die daraus resultierenden Neubewertungen von Leistungen des EBM haben keinen direkten Einfluss auf die Höhe der von den Krankenkassen gezahlten morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen. Die Höhe der MGV wird sich damit durch die in Abschnitt 2.3 des vorliegenden Beschlusses beschriebenen Maßnahmen nicht verändern. Neubewertungen von Leistungen des EBM können jedoch dazu führen, dass sich das Volumen des Leistungsbedarfs aller extrabudgetären Leistungen und damit die Höhe der Ausgaben für extrabudgetäre Leistungen auch bei theoretisch unveränderten Abrechnungshäufigkeiten und unverändertem Orientierungswert nach oben oder unten verändert. Daher kann es notwendig werden, Parameter des Standardbewertungssystems entsprechend anzupassen, so dass das Volumen des Leistungsbedarfs aller extrabudgetären Leistungen aufgrund der Weiterentwicklung des EBM bei theoretisch unveränderten Abrechnungshäufigkeiten und unverändertem Orientierungswert konstant bleibt.

Die Neubewertung der Sachkostenpauschalen gemäß Abschnitt 2.5 sowie das zusätzliche Ausgabenvolumen gemäß Abschnitt 2.2 sind von der hier beschriebenen Ausgabenneutralität ausgenommen.

3.2.5 Neubewertung der Sachkostenpauschalen

Außerdem werden die Bewertungen der Sachkostenpauschalen zeitnah überprüft und gegebenenfalls angepasst. Mögliche Einsparungen aus der Anpassung der Sachkostenpauschalen sollen in der GKV verbleiben und für die vertragsärztliche Versorgung der Versicherten zur Verfügung stehen.

3.3 Sonstige Maßnahmen

Die in Abschnitt 3.a des vorliegenden Beschlusses genannte Überprüfung der Kalkulationszeiten der Operationen gestaltet sich schwierig, da den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 31.2 und 36.2 EBM mehrere Operationen über OPS-Kodes zugeordnet werden. Der Bewertungsausschuss strebt an, seine Datenbasis zum tatsächlichen Zeitbedarf in diesem Leistungsbereich zu verbreitern.

Die weiteren unter Abschnitt 3 des vorliegenden Beschlusses genannten Maßnahmen dienen insbesondere zur Umsetzung der Ziele, die der Bewertungsausschuss infolge der gesetzlichen Änderungen durch das GKV-VStG formuliert hat. Darüber hinaus sollen indikationsgerechte Veranlassungen von Leistungen und qualitätsorientierte Vergütungen gestärkt werden. Diese im Beschluss genannten Maßnahmen zielen vorrangig auf die Weiterentwicklung der Leistungsbeschreibungen des EBM ab.

3.4 Evaluation

Der Bewertungsausschuss wird die Auswirkungen von Änderungen des EBM analysieren. Damit kommt er auch einem gesetzlichen Auftrag nach (§ 87 Abs. 3a Satz 1 SGB V). Darüber hinaus kündigt der Bewertungsausschuss im Sinne des GKV-VStG

an, dass ebenfalls die mit der Weiterentwicklung des EBM entstehenden Bürokratiekosten überprüft werden.

3.5 Zeitplan

Der Zeitplan beschreibt den zeitlichen Ablauf der EBM-Reform. Er bindet zum einen die an der Erarbeitung der Änderungen des EBM Beteiligten, und zum anderen wird angekündigt, bis wann die Änderungen des EBM beschlossen werden sollen. Aus dem Zeitplan geht hervor, dass die EBM-Reform in mehreren Stufen umgesetzt wird.

4. Inkrafttreten

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