

## **Entscheidungserhebliche Gründe**

### **zum 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**

---

#### **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. In seiner 288. Sitzung am 22. Oktober 2012 hatte der Bewertungsausschuss einen Beschluss zu Grundsätzen und Eckpunkten zur Änderung und Weiterentwicklung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) getroffen und einen Zeitplan zur Umsetzung festgelegt. 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. Regelungshintergründe**

Nachdem der Bewertungsausschuss in der 288. Sitzung am 22. Oktober 2012 Grundsätze und Eckpunkte zur Änderung und Weiterentwicklung sowie einen Zeitplan zur Umsetzung beschlossen hat, legt er auf Basis dessen mit diesem Beschluss konkrete Maßnahmen zur Umsetzung der Änderungen im EBM im hausärztlichen Versorgungsbereich für die Jahre 2013 und 2014 fest. Der Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 288. Sitzung am 22. Oktober 2012 bildet zudem die Grundlage für die Weiterentwicklung des Standardbewertungssystems, das zur betriebswirtschaftlichen Kalkulation der Bewertung der Leistungen herangezogen wird. Die Umsetzung der Maßnahmen für den hausärztlichen Versorgungsbereich erfolgt in zwei Schritten, zum 1. Oktober 2013 sowie zum 1. Juli 2014. Hierdurch werden darüber hinaus die Vorgaben des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes (GKV-VStG) umgesetzt. Diese betreffen insbesondere die Einführung von nach Behandlungsanlässen und nach Alter differenzierte Versicherten- und Grundpauschalen, ggf. differenziert nach Patienten, die erstmals diagnostiziert und behandelt werden, sowie nach Patienten, bei denen eine begonnene Behandlung

fortgeführt wird. Ebenso beinhalten die Neuregelungen im GKV-VStG das Ziel, notwendige Einzelleistungen auszugliedern.

## **2.1 Maßnahmen zum 1. Oktober 2013**

Folgende Änderungen sind Inhalt der Maßnahmen zum 1. Oktober 2013:

Mit der Einteilung in fünf Altersklassen erhält die Versichertenpauschale eine stärkere Altersgewichtung. Diese Differenzierung der Altersklassen bildet den unterschiedlichen Behandlungsaufwand der Patienten in den jeweiligen Lebensjahren besser ab.

Die versorgungsbereichsspezifische Grundpauschale vergütet die hausärztlichen Grundstrukturen. Diese Pauschale wird daher gegen Leistungen ausgeschlossen, die nicht zum grundsätzlich hausärztlichen Versorgungsumfang zählen.

Die Ausgliederung einer Gesprächsleistung soll für eine angemessenere Abbildung des erforderlichen Leistungsbedarfs bei zeitintensiven Gesprächen sorgen.

Zur Abbildung des zusätzlichen Ressourcenaufwandes bei der Behandlung chronisch kranker Patienten werden zwei neue Gebührenordnungspositionen geschaffen. Dabei wird differenziert zwischen der Behandlung mit einem persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt und mindestens zwei persönlichen Arzt-Patienten-Kontakten.

Zur gezielten Förderung der geriatrischen und palliativmedizinischen Versorgung sowie der Versorgung von Kindern mit chronischen Erkrankungen und/oder Behinderungen werden neue Gebührenordnungspositionen in den EBM aufgenommen. Das mit den Krankenkassen vereinbarte zusätzliche Honorarvolumen gemäß des Beschlusses des Bewertungsausschusses in der 288. Sitzung am 22. Oktober 2012 wird für die gezielte Verbesserung dieser drei Versorgungsbereiche verwendet.

## **2.2 Maßnahmen zum 1. Juli 2014**

Die EBM-Änderungen zum 1. Juli 2014 beinhalten die Aktualisierung und Weiterentwicklung des Standardbewertungssystems. Dabei wird die betriebswirtschaftliche Kalkulationsmethode weiterentwickelt. Die der betriebswirtschaftlichen Kalkulation zugrunde liegenden Parameter des Standardbewertungssystems, insbesondere Praxiskosten, kalkulatorischer Arztlohn, leistungsbezogener Zeitbedarf, Häufigkeiten von Kostenstellen, Auslastung von Geräten und Räumen werden auf Basis aktueller bereits erhobener und vorliegender sowie noch zu beauftragenden Analysen des Instituts des Bewertungsausschusses überprüft und neu kalkuliert. Das Bewertungsverfahren soll somit weiterentwickelt werden. Die Kalkulation anhand des Standardbewertungssystems wird durch das Institut des Bewertungsausschusses durchgeführt. Die Vergütung der Fixkosten bestimmter Leistungen erfolgt nur noch bis zu einem Höchstwert. Nach Überschreitung

ist keine weitere Vergütung der Fixkosten vorgesehen. Damit soll erreicht werden, dass sich die Anschaffungskosten der technischen Praxisausstattung mit der in hausärztlichen Praxen üblichen Anzahl an Untersuchungen amortisieren lassen.

### **2.3 Simulation zu den Auswirkungen und ergänzende Festlegungen**

Das Institut des Bewertungsausschusses wird die Auswirkungen der geplanten Maßnahmen zur Aktualisierung und Weiterentwicklung des Standardbewertungssystems sowie weiterer Anpassungen des EBM simulieren. Darüber hinaus wird das Institut des Bewertungsausschusses die Auswirkungen der Weiterentwicklung des EBM und der Kalkulationssystematik auf die vertragsärztliche Versorgung sowie die Entwicklung der Ausgaben für vertragsärztliche Leistungen evaluieren. Damit kommt er dem gesetzlichen Auftrag gemäß § 87 Abs. 3a Satz 1 SGB V nach.

Die Aktualisierung der Anlage 5 des Bundesmantelvertrags Ärzte soll im Rahmen der derzeit stattfindenden EBM-Weiterentwicklung erfolgen. Bis zum 1. Juli 2014 wird geprüft, ob Hausbesuche von qualifizierten nichtärztlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern auch in nicht unterversorgten Regionen vergütet werden können.