

Entscheidungserhebliche Gründe

zum Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 311. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) mit Wirkung zum 1. Oktober 2013

1. Rechtsgrundlage

Gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V vereinbarten die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen im Bewertungsausschuss den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM). Gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 288. Sitzung am 22. Oktober 2012 zu Grundsätzen und Eckpunkten zur Änderung und Weiterentwicklung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes beschließt der Bewertungsausschuss Vorgaben zur Umsetzung der in dem Beschluss genannten Vorgaben zur Förderung der Grundversorger im fachärztlichen Bereich.

Mit dem vorliegenden Beschluss erfolgt die Umsetzung der gezielten Förderung im fachärztlichen Versorgungsbereich gemäß Nr. 2.2 des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 22. Oktober 2012, anhand der Einführung von Zuschlägen für zu fördernde Facharztgruppen der fachärztlichen Grundversorgung.

2. Regelungshintergründe

Im 1. Abschnitt dieses Beschlusses wird die fachärztliche Grundversorgung definiert und geregelt, dass ein Zuschlag zu den entsprechenden Grundpauschalen nur dann berechnungsfähig ist, wenn im Behandlungsfall ausschließlich Leistungen erbracht werden, die gemäß der Kennzeichnung des Anhangs 3 des EBM der fachärztlichen Grundversorgung zugerechnet werden können. Die Protokollnotiz des Beschlusses regelt darüber hinaus, dass diese in Abschnitt 1 des Beschlusses vorliegende Definition der fachärztlichen Grundversorgung kein Präjudiz für die Regelungen zur Bereinigung im Rahmen der Einführung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung gemäß § 116b SGB V ist.

Die Abschnitte 2. bis 17. dieses Beschlusses sehen die Aufnahme von sechzehn neuen Leistungen vor, in denen die Zuschläge für die folgenden Arztgruppen der fachärztlichen Grundversorger geregelt sind:

1. Anästhesiologische Grundversorgung
2. Augenärztliche Grundversorgung
3. Chirurgische Grundversorgung
4. Gynäkologische Grundversorgung
5. Hals-Nasen-Ohrenärztliche

6. Hautärztliche Grundversorgung
7. Allgemeine internistische Grundversorgung
8. Kinder- und jugendpsychiatrische Grundversorgung
9. Neurologische Grundversorgung
10. Orthopädische Grundversorgung
11. Phoniatrich-pädaudiologische Grundversorgung
12. Psychiatrische und nervenheilkundliche Grundversorgung
13. Psychotherapeutisch-medizinische Grundversorgung
14. Psychotherapeutische Grundversorgung
15. Urologische Grundversorgung
16. Physikalisch rehabilitative Grundversorgung

Der Abschnitt 18. dieses Beschlusses regelt in Form einer 3. Anmerkung im Anhang 3 des EBM, welche Gebührenordnungspositionen, die in Abschnitt 19. dieses Beschlusses nummerisch in aufsteigender Reihenfolge aufgelistet sind, nicht der fachärztlichen Grundversorgung entsprechen. Weiterhin wird in Abschnitt 18. geregelt, dass neben den Gebührenordnungspositionen auch die Kostenpauschalen des Abschnitts 32.3 nicht der fachärztlichen Grundversorgung zugerechnet werden und zu keiner Berechnungsfähigkeit der Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung führen dürfen.

Bezogen auf die Vergütung der Laborleistungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 des EBM regelt die Protokollnotiz des Beschlusses zudem, dass die Kassenärztliche Bundesvereinigung eine Untergrenze für die Quotierung der Leistungen festlegen wird.

Weiterhin wird in der Protokollnotiz des Beschlusses geregelt, dass der Bewertungsausschuss im Rahmen des für den 1. Juli 2014 geplanten zweiten Reformschrittes im fachärztlichen Bereich überprüfen muss, inwiefern durch die im Beschluss der 288. Sitzung getroffenen Maßnahmen die Notwendigkeit einer weiteren Förderung durch die Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung besteht. Die zusätzlichen finanziellen Mittel gemäß dem Beschluss der 288. Sitzung vom 22. Oktober 2012 sind hiervon nicht betroffen.

3. Inkrafttreten

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