

BESCHLUSS

**des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V
in seiner 137. Sitzung am 19.10.2007**

**zum Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses zur Neufassung des
Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) in der 6. Sitzung am 19.10.2007**

mit Wirkung zum 01. Januar 2008

Zu veröffentlichender Teil

Der Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses aus der 6. Sitzung am 19. Oktober 2007 zur Neufassung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) wird durch nachfolgende Beschlüsse des Bewertungsausschusses flankiert:

Teil A

Einführung von Qualitätszuschlägen im hausärztlichen Versorgungsbereich (Abschnitte 3.2.2 und 4.2.2 des EBM)

Mit Wirkung zum 01. Juli 2008 soll der Bewertungsausschuss die notwendigen Voraussetzungen schaffen, um für nachfolgende Untersuchungen Qualitätszuschläge im hausärztlichen Versorgungsbereich einzuführen:

Vorhaltung der technischen und/oder räumlichen Voraussetzungen zur Durchführung von

- Sonographie(n)
- Prokto- und rektoskopischer Diagnostik
- Aufzeichnung von Langzeit-EKG(n)
- Langzeit-Blutdruckmessungen
- Spirometrie(n)/-graphie(n)
- Ergometrie(n)
- Tympanometrie(n)

sowie für besondere Qualifikationen

- Qualifikation Chirotherapie

Die Partner der Bundesmantelverträge sind insbesondere aufgefordert, in den Vereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V solche Maßnahmen der Qualitätssicherung zu treffen, die die Abrechnungsvoraussetzungen für Qualitätszuschläge nach 3.1 schaffen.

Teil B

Leistungen nach den Nrn. 07345, 08345, 09345, 10345, 13435, 13675, 15345 und 26315

Der Bewertungsausschuss wird bis zum 30. September 2008 die Häufigkeit der o. g. Gebührenordnungspositionen erheben und auf dieser Grundlage eine Bereinigung der Leistungsbewertung der Grundpauschalen der betroffenen Arztgruppen durchführen. Der Bewertungsausschuss ist sich einig, dass eine Überprüfung des Bereinigungsverfahrens bis spätestens 30. September 2009 stattfindet.

Teil C

Einführung eines Dokumentationsinstruments für ärztliche Teilleistungen von Gebührenordnungspositionen

Die Vertragspartner im Bewertungsausschuss vereinbaren, verbindliche Vorgaben zur Abrechnungsdokumentation ärztlicher Teilleistungen im Rahmen der Abrechnung der Gebührenordnungspositionen des EBM zu definieren, die pragmatisch in den Praxisverwaltungssystemen auf der Basis der Teilleistungen der Gebührenordnungspositionen spätestens bis zum 1. Juli 2008 umzusetzen sind. Im Rahmen einer Anpassung des DTA-Vertrages wird die Übermittlung der Abrechnungsdokumentation ärztlicher Teilleistungen im Einzelfallnachweis in Zusammenhang mit der Abrechnung der Gebührenordnungspositionen im EBM an die Krankenkassen geregelt.

Für den Zeitraum des 1. Halbjahres 2008 werden die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses das Institut des Bewertungsausschusses gemeinsam mit dem Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung und dem Wissenschaftlichem Institut der AOK mit der Durchführung einer repräsentativen Begleitstudie zur Umsetzung des EBM 2008 beauftragen, die die Dokumentation ärztlicher Teilleistungen im Zusammenhang mit der Abrechnung der Gebührenordnungspositionen des EBM zum Gegenstand hat.

Teil D

Überprüfung der Bewertung der ärztlichen Leistungen des EBM, der zum 1. Januar 2008 in Kraft tritt

1. Der Bewertungsausschuss stellt fest, dass der gesetzliche Auftrag gemäß § 87 Abs. 2 Satz 2 und 3 SGB V zur regelmäßigen Überprüfung der Bewertung der ärztlichen Leistungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab umgesetzt wird und auf dieser Rechtsgrundlage im Jahre 2008 eine umfassende Neuerhebung der Kostendaten für die Kalkulation der Leistungsbewertungen so zeitnah erfolgt, dass der Bewertungsausschuss ggf. entsprechende Beschlüsse zur Anpassung der Leistungsbewertungen mit Wirkung zum 1. Januar 2009 fassen kann.
2. Bei der Neuerhebung der Kostendaten für die Kalkulation der Leistungsbewertungen sind die gesetzlichen Vorgaben in § 87 Abs. 2 SGB V, die Ergebnisse aller verfügbaren aktuellen Kostenerhebungen, insbesondere die des Statistischen Bundesamtes, die Veränderung der Praxisstrukturen (höherer Anteil von Gemeinschaftspraxen und anderen kooperativen Versorgungsformen) und solche Kosten einzubeziehen, die sich aus der flächendeckenden Versorgung im haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich ergeben.
3. Mit der Durchführung wird das Institut des Bewertungsausschusses beauftragt. Das Institut wird aufgefordert, dem Bewertungsausschuss zunächst ein Konzept bis zum 1. Februar 2008 für die Überprüfung und Anpassung der Kostendaten und die in diesem Zusammenhang erforderlichen Datenerhebungen vorzulegen.

Teil E

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

Der Bewertungsausschuss nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V wird oben angeführte Beschlüsse spätestens bis zum 15. November 2007 mit Wirkung zum 1. Januar 2008 anpassen. Hierzu beschließt er im Vorgriff auf einen endgültigen Beschluss folgende Vorgaben:

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 wird für diesen Fall in seinem entsprechenden Beschluss vorbehaltlich einer abschließenden Prüfung den Partnern der Honorarverteilungsverträge nachfolgende Eckpunkte vorgeben:
 - 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.
5. Aufgrund der neuen Strukturierung der ärztlichen Leistungen im Rahmen der Neufassung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) werden eine Reihe von Gebührenordnungspositionen zu Pauschalen zusammengefasst, sodass der Bewertungsausschuss den Beschluss zur Festlegung von Regelleistungsvolumen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen gemäß § 85 Abs. 4 SGB V daraufhin überprüfen und zeitgleich anpassen wird.

Teil F

Anpassung der Beschlüsse nach § 85 Abs. 4a SGB V zur Festlegung der angemessenen Höhe der Vergütung ausschließlich psychotherapeutisch tätiger Vertragsärzte und -therapeuten

Da die Anpassung der Leistungsbewertungen mit Wirkung zum 1. Januar 2008 auch Auswirkungen auf den Mindestpunktwert für die Vergütung ausschließlich psychotherapeutisch tätiger Vertragsärzte und -therapeuten hat, wird der Bewertungsausschuss oben angeführte Beschlüsse überprüfen und zeitgleich anpassen.

Teil G

Anpassung der Beschlüsse des Bewertungsausschusses zur Festlegung von Kriterien zur Verteilung von Gesamtvergütungen nach § 85 Abs. 4a SGB V, insbesondere zur Festlegung der Vergütungsanteile für die haus- und fachärztliche Versorgung

Da die Anpassung der Leistungsbewertungen mit Wirkung zum 1. Januar 2008 auch Auswirkungen auf den für die Ermittlung des Trennungsfaktors zur Trennung der Vergütungen in einen hausärztlichen und einen fachärztlichen Vergütungsteil relevanten Leistungsbedarf hat, wird der Bewertungsausschuss die Beschlüsse zur Festlegung von Kriterien zur Verteilung von Gesamtvergütungen nach § 85 Abs. 4a SGB V überprüfen und bis zum 15. November 2007 anpassen.

Teil H

Zuordnung der Leistungen zu den Versorgungsbereichen gemäß § 87 Abs. 2a SGB V

Mit dem zum 1. Januar 2008 in Kraft tretenden Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) sieht der Bewertungsausschuss den gesetzlichen Auftrag gemäß § 87 Abs. 2a SGB V als erfüllt an.

Protokollnotizen

1. In Bezug auf die Berechnung von Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen durch Berufsausübungsgemeinschaften behält sich der Bewertungsausschuss bis zum 30. September 2008 eine Überprüfung und Anpassung der Allgemeinen Bestimmung 5.1 ausdrücklich vor.
2. Der Bewertungsausschuss wird die Anpassung des Anhangs 3 zum EBM entsprechend der Strukturänderung der Leistungen des EBM gemäß § 87 Abs. 2b und 2c SGB V beraten und bis zum 1. Januar 2009 ggf. eine notwendige Beschlussfassung treffen.
3. Mit Einführung der Leistungen der Strahlentherapie erfolgt gleichzeitig eine Absenkung der entsprechenden vereinbarten Kostenerstattungen. Weiterhin sollen die Partner der Bundesmantelverträge eine begleitende Bundesempfehlung bis zum 1. Januar 2008 beschließen.
4. Die amtliche Bekanntmachung bzw. Veröffentlichung des EBM 2008 inklusive der Kostenerstattungen bzw. Kostenpauschalen der Kapitel 32 und 40 EBM erfolgt nach abgeschlossener Beschlussfassung zu sämtlichen Fragen der Struktur und Bewertung. Dies betrifft auch die Beschlussfassung zur Anpassung des Anhangs 2 EBM die zum Zeitpunkt der 137. Sitzung des Bewertungsausschusses noch laufende Revision des OPS-2008 durch das Deutsche Institut für medizinische Dokumentation und Information.