

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 (EBM)

mit Wirkung zum 22. Oktober 2012

1. Ziele und Grundsätze

- Eine am Versorgungsbedarf der Versicherten und am vertragsärztlichen Leistungsgeschehen orientierte Weiterentwicklung der Leistungsbeschreibung.
- Die Abrechnung der Leistungen nach EBM soll unter Beachtung bestehender ärztlicher Dokumentationspflichten soweit wie möglich entbürokratisiert werden.
- Ein auf dem anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik basierender Leistungskatalog.
- Vergütung des tatsächlichen Ressourcenverbrauchs bei bedarfsgerechter und wirtschaftlicher Leistungserbringung.
- Sicherstellung der flächendeckenden hausärztlichen Versorgung und der fachärztlichen Grundversorgung.
- Beibehaltung des hohen Qualitätsniveaus unter Berücksichtigung der notwendigen Qualitätsstandards.
- Einführung von nach Behandlungsanlässen und nach Alter differenzierten Versicherten- und Grundpauschalen, ggf. differenziert nach Patienten, die erstmals diagnostiziert und behandelt werden, sowie nach Patienten, bei denen eine begonnene Behandlung fortgeführt wird. Ausgliederung notwendiger Einzelleistungen.
- Berücksichtigung unterschiedlicher Zielsetzungen haus- und fachärztlicher Versorgung bei Bewertung und Pauschalierungsgrad der Leistungen.
- Kurze Wartezeiten bei besonderen Behandlungsanlässen (in Ergänzung zu Regelungen nach § 75 Abs. 1 Satz 4 SGB V).

- Erhöhung der Honorargerechtigkeit zwischen und innerhalb der Arztgruppen.
- Weiterentwicklung der betriebswirtschaftlichen Kalkulationsmethode des EBM mit dem Ziel einer wirtschaftlichen und bedarfsgerechten Leistungserbringung.
- Berücksichtigung der Verantwortung von Vertragsärzten für eine bedarfsgerechte und wirtschaftliche Veranlassung von Leistungen.

2. Maßnahmen

2.1 Ausgabenneutrale Angleichung von Orientierungswert und kalkulatorischem Punktwert

Orientierungswert und kalkulatorischer Punktwert des EBM werden mit Wirkung zum 1. Juli 2013 ausgabenneutral angeglichen. Die hierfür erforderlichen Anpassungen der Bewertungen im EBM, der Behandlungsbedarfe, der für die Bereinigung heranzuziehenden Leistungsmengen sowie der Ein- und Ausdeckelungspunktmengen und die Angleichung von kalkulatorischem Punktwert und Orientierungswert haben keine Auswirkungen auf die Höhe der von den Krankenkassen zu zahlenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gemäß § 87a SGB V. Die Ausgabenneutralität wird zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des EBM auf der Bundesebene jeweils getrennt für die Leistungen innerhalb und außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gewährleistet. Die gesetzlichen Regelungen zur Veränderung und Anpassung der Gesamtvergütungen bleiben davon unberührt.

2.2 Gezielte Förderung im haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich

Auf der Grundlage der am 9. Oktober 2012 zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband geschlossenen Vereinbarung zur Vergütung des Jahres 2013 wird der Bewertungsausschuss Änderungen des EBM beschließen, aus denen eine Leistungsmengensteigerung entsprechend der basiswirksamen Anhebung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung von insgesamt 250 Millionen Euro jährlich resultiert. Dieses Ausgabenvolumen ist dabei gemäß § 87b Abs. 1 Satz 1 SGB V dem haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich gesondert zuzuweisen und soll der Förderung der geriatrischen und palliativmedizinischen Versorgung und der Versorgung von Kindern mit chronischen Erkrankungen und/oder Behinderungen im hausärztlichen Versorgungsbereich sowie der Förderung der fachärztlichen Grundversorgung dienen. Die festzulegenden Punktbewertungen der entsprechenden Gebührenordnungspositionen sind dabei so zu bemessen, dass durch ihre Inanspruchnahme das festgelegte Ausgabenvolumen in Höhe von insgesamt 250 Millionen Euro jährlich möglichst exakt ausgeschöpft wird.

2.3 Aktualisierung und Weiterentwicklung des Standardbewertungssystems

Der EBM wird auf Grundlage der vorliegenden und noch zu beauftragenden Analysen des Instituts des Bewertungsausschusses neu kalkuliert. Die betriebswirtschaftliche Kalkulationsmethode wird dabei beibehalten und weiterentwickelt.

Folgende Parameter des Standardbewertungssystems¹ werden überprüft und ggf. angepasst bzw. ergänzt:

- Kalkulatorischer Arztlohn
- Aktualisierung der Praxiskosten. Datengrundlage sind die Daten des Statistischen Bundesamts. Hilfsweise können weitere einschlägige repräsentative Daten herangezogen werden.
- Es wird geprüft, inwieweit eventuell bestehende Über- oder Unterkapazitäten bzw. ggf. zu hohe oder zu niedrige Investitionskosten in die Aktualisierung der Praxiskosten einbezogen werden müssen.
- Leistungsbezogener Zeitbedarf
- Häufigkeit der Kostenstellen im Praxisbetriebsmodell
- Auslastung von Gerätschaften und Räumen. Die Überprüfung der Auslastung findet auf einer empirischen Datengrundlage statt und wird ggf. unter Beachtung von wirtschaftlicher und bedarfsgerechter Leistungserbringung korrigiert.
- Die Delegationsfähigkeit einzelner Leistungen wird berücksichtigt.

Die Bewertung der ärztlichen Leistung und die Vergütung der bei der Leistungserbringung entstehenden Kosten werden weiterhin getrennt kalkuliert. Die Vergütung der Fixkosten wird neu geregelt: Die fixen Kosten werden fallbezogen bis zu einem Höchstwert abgerechnet. Nach Überschreitung des Höchstwertes soll keine weitere Vergütung von Fixkosten erfolgen. Die variablen Kosten werden getrennt von der Bewertung der ärztlichen Leistung ausgewiesen. Soweit durch diese Umstellung Einsparungen erzielt werden, stehen diese für Verbesserungen der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten zur Verfügung.

¹ Die betriebswirtschaftliche Kalkulation des EBM mittels des Standardbewertungssystems basiert auf der Annahme einer Modellpraxis mit einem Vollzeit tätigen Praxisinhaber, der in dieser Zeit ausschließlich GKV-Patienten behandelt. Der EBM ist so kalkuliert, dass die Modellpraxis aus den Erlösen ihre Kosten vollständig deckt und einen Überschuss in Höhe des kalkulatorischen Arztlohnes erzielt.

Die vom Institut des Bewertungsausschusses entwickelte quantitative Bewertungsmethodik wird weiterentwickelt und angewendet. Bei der Anpassung der leistungsbezogenen Zeitansätze werden medizinische Plausibilität und ggf. durch Qualitätssicherungsvereinbarungen und/oder Richtlinien des G-BA vorgegebene Leistungsinhalte je Gebührenordnungsposition berücksichtigt.

Die sich verändernde sektorenübergreifende Patientenversorgung und Kooperation sowie der gestiegene Anteil der Berufsausübungsgemeinschaften werden berücksichtigt.

2.4 Ausgabenneutralität der Weiterentwicklung des EBM

Mit einem geeigneten Überprüfungs- und Korrekturverfahren wird sichergestellt, dass die Anpassungen an der Struktur des EBM und an den Bewertungen der Leistungen im EBM zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des EBM auf der Bundesebene ausgabenneutral erfolgen. Außerdem sind Parameter des Standardbewertungssystems dahingehend anzupassen, dass sich bei unveränderten Abrechnungshäufigkeiten und unverändertem Orientierungswert die Höhe der Bewertungen der extrabudgetären Leistungen (EGV) in Summe und die Höhe der Bewertungen der Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen (MGV) in Summe aufgrund der Weiterentwicklung des EBM grundsätzlich getrennt betrachtet nicht verändern. Die Neukalkulation der Sachkosten gemäß Abschnitt 2.5 und das zusätzliche Finanzvolumen gemäß Abschnitt 2.2 sind von den Vorgaben der Sätze 1 und 2 nicht betroffen.

2.5 Neubewertung der Sachkostenpauschalen

Die Sachkostenpauschalen werden zeitnah überprüft und ggf. angepasst. Insbesondere wird überprüft, ob Einsparungen bei den Ausgaben für Sachkosten durch die Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven zu erreichen sind.

Mögliche Einsparungen aus der Anpassung der Sachkostenpauschalen verbleiben in der GKV und stehen für Verbesserungen der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten zur Verfügung.

3. Sonstige Maßnahmen

- a. Die Bewertungen von Leistungen des ambulanten Operierens sollen überprüft werden. Es sollen die Grundlagen für die Übermittlung von OP-Zeiten, Schnitt-Naht-Zeiten und OPS-Kodes für ambulante und belegärztliche Operationen an den Bewertungsausschuss geschaffen werden, um den durchschnittlichen Zeitbedarf je operativen Eingriff bei der Bewertung sachgerecht abbilden zu können.

- b. Delegationsfähige ärztliche Leistungen und telemedizinische Maßnahmen werden versorgungsgerecht und rechtssicher im EBM berücksichtigt.
- c. Die Anreize zur indikationsgerechten Veranlassung und wirtschaftlichen Erbringung von Leistungen insbesondere der Laboratoriumsmedizin, Humangenetik, Schnittbilddiagnostik und von Krankenhauseinweisungen sollen erhöht werden.
- d. Besonders förderungswürdige Leistungen und Leistungen, deren Erbringung nicht angemessen über Pauschalen abgebildet werden kann, werden als Einzelleistungen ausgegliedert.
- e. Die Struktur der Leistungen soll indikationsgerecht differenziert werden, ggf. differenziert nach Patienten, die erstmals diagnostiziert und behandelt werden, sowie nach Patienten, bei denen eine begonnene Behandlung fortgeführt wird.
- f. Neben den Qualitätssicherungsvereinbarungen soll in geeigneten Fällen die qualitätsorientierte Bewertung mittels zweckmäßiger Qualitätsindikatoren in den EBM aufgenommen werden.

4. Evaluation

Die Auswirkungen der Weiterentwicklung des EBM auf die medizinische Versorgung, die Entwicklung der Ausgaben für vertragsärztliche Leistungen, die ärztlichen Vergütungsstrukturen und die Bürokratiekosten werden gemeinsam überprüft.

5. Zeitplan

Bis Ende 2012

- 1. Beschluss zur Anpassung der Dialysesachkosten und ggf. damit zusammenhängender ärztlicher Leistungen mit Wirkung zum 1. April 2013.
- 2. Beauftragung des Instituts des Bewertungsausschusses mit der Entwicklung eines Verfahrens zur kostenneutralen Angleichung von kalkulatorischem Punktwert und Orientierungswert sowie zur erforderlichen Anpassung der Leistungsbewertungen.

Bis Ende März 2013

- 1. Beschlussfassung des Bewertungsausschusses zu einer auf Abschnitt 2.1 basierenden Version des EBM, zur Angleichung des Orientierungswertes an den kalkulatorischen Punktwert, sowie zum Verfahren der erforderlichen Anpassungen der Behandlungsbedarfe, der Ein- und Ausdeckelungspunktmengen und

- der der Bereinigung zugrunde liegenden Punktmengen mit Wirkung zum 1. Juli 2013.
2. Beschlussfassung des Bewertungsausschusses zur Anpassung des EBM gemäß Abschnitt 2.2 mit Wirkung zum 1. Juli 2013.
 3. Beschlussfassung des Bewertungsausschusses zu weiteren strukturellen Anpassungen der Leistungen und Vergütungen im hausärztlichen und fachärztlichen Versorgungsbereich mit Wirkung zum 1. Juli 2013 unter Beachtung der Festlegungen in Abschnitt 2.4.
 4. Einvernehmliche Festlegung der ggf. erfolgenden Schritte zur Beschlussfassung.

Bis Ende 2013

1. Beauftragung des Instituts des Bewertungsausschusses mit einer Prüfung der Auswirkungen einer ausgabenneutralen Neubewertung im Rahmen der derzeit gültigen Bewertungssystematik.
2. Festlegung der Strukturen der EBM-Kapitel und der Bewertung der Gebührenordnungspositionen.
3. Überprüfung der Auswirkungen und Steuerungsanreize der geplanten Weiterentwicklung (inklusive Trennung Fixkosten und variable Kosten).
4. Beauftragung des Instituts des Bewertungsausschusses mit der Entwicklung eines Korrekturverfahrens, das die unter Abschnitt 2.4 beschriebene Ausgabenneutralität der Weiterentwicklung des EBM zum Zeitpunkt der Einführung auf der Bundesebene gewährleistet. Die in den ersten vier Quartalen nach dem Zeitpunkt des Inkrafttretens des EBM festgestellten Auswirkungen der Weiterentwicklung des EBM auf das Kodierverhalten und die bewertete Prävalenz werden darüber hinausgehend zu gegebener Zeit durch das Institut des Bewertungsausschusses analysiert. Sollte die Veränderungsrate gemäß § 87a SGB V dabei durch nicht aus der Morbiditätsveränderung heraus erklärte Effekte beeinflusst werden, so wird der Bewertungsausschuss einen Beschluss zur Berücksichtigung dieser Effekte bei der Ermittlung der Veränderungsrate fassen.

Beschlussfassung zur Änderung und Inkraftsetzung des EBM im Jahr 2014

Die Beschlussfassung des Bewertungsausschusses zum in Kraft setzen der Änderungen des EBM sowie zu den für die Sicherung der Ausgabenneutralität erforderlichen weiteren Anpassungen erfolgt bis zum 31. März 2014, ggfs. einvernehmlich schrittweise für einzelne EBM-Kapitel vorgezogen.

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 (WIdO) 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.