

## **BESCHLUSS**

### **des Erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 4 SGB V in seiner 34. Sitzung am 19. März 2013**

### **zur Vorbereitung des Beschlusses zur Festlegung gemäß § 87 Abs. 2e SGB V und Anpassung gemäß § 87 Abs. 2g SGB V des Orientierungswertes für das Jahr 2014**

**mit Wirkung zum 19. März 2013**

---

#### **Präambel**

Gemäß § 87 Abs. 2e SGB V hat der Bewertungsausschuss jährlich bis zum 31. August im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen einen bundeseinheitlichen Punktwert als Orientierungswert in Euro zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen festzulegen. Mit diesem Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses wird das Institut des Bewertungsausschusses mit vorbereitenden Arbeiten und Berechnungsschritten beauftragt.

#### **I. Beauftragung des Instituts des Bewertungsausschusses**

1. Das Institut des Bewertungsausschusses wird beauftragt, bis 20. Juni 2013 die folgenden Rechengrößen zu berechnen, gegebenenfalls strittige Methodenfragen zu identifizieren und dem Bewertungsausschuss mitzuteilen:
  - a. Veränderung der Praxiskosten über Inputpreise (z.B. Personalkosten (MFA), Energiekosten, Miete für Praxisräume etc.) von 2011 nach 2012
  - b. Veränderungen der Praxiskosten im Rahmen einer Kostendegression durch Mengenveränderungen von 2011 nach 2012
  - c. Veränderung der Praxiskosten von 2011 nach 2012 aufgrund von realisierten Wirtschaftlichkeitsreserven
2. Das Institut des Bewertungsausschusses wird beauftragt, den Bewertungsausschuss bis 20. Juni 2013 über die Veränderung der tariflich vereinbarten Entgelte von Oberärzten in Krankenhäusern von 2011 nach 2012 zu unterrichten.
3. Das Institut des Bewertungsausschusses wird beauftragt, den Bewertungsausschuss bis 20. Juni 2013 über die Höhe der Veränderung des Überschusses aus vertragsärztlicher Tätigkeit von 2011 nach 2012 zu unterrichten.
4. Das Institut des Bewertungsausschusses wird beauftragt, die Veränderung des StaBS-Punktzahlvolumens gemäß Abschnitt II. von 2011 nach 2012 unter Verwendung der genannten Stellgrößen, gegebenenfalls in Varianten, zu berechnen und den Bewertungsausschuss zu unterrichten.

5. Das Institut des Bewertungsausschusses wird beauftragt, den Bewertungsausschuss bis 20. Juni 2013 über die Veränderungen der tatsächlichen Vergütung (EGV + MGV) je EBM-Punkt von 2011 nach 2012 zu unterrichten. Bei der Ermittlung der Veränderung der tatsächlichen Vergütung (EGV + MGV) je EBM-Punkt sind Veränderungen der Bewertungen des EBM nicht einzubeziehen. Dabei ist der Bewertungsausschuss über den jeweiligen Einfluss folgender Größen auf die Veränderung der tatsächlichen Vergütung (EGV + MGV) je EBM-Punkt von 2011 nach 2012 zu unterrichten:
  - a. regional vereinbarte Abweichungen vom Orientierungswert
  - b. regional für bestimmte Verwendungszwecke und als nicht-vorhersehbar vereinbarter Behandlungsbedarf
  - c. Veränderungen der Gesamtvergütung aufgrund des vom Bewertungsausschuss beschlossenen Verfahrens bei der Ein- und Ausdeckelung von Leistungen
  - d. Veränderungen der Gesamtvergütung aufgrund von Veränderungen am Leistungskatalog

## **II. Grundsätze eines datengestützten Verfahrens**

1. Das Institut des Bewertungsausschusses wird beauftragt, auf der Grundlage des Standardbewertungssystems (StaBS) die Auswirkungen von Kostenveränderungen der Arztpraxis auf die Kosten je EBM-Punkt zu berechnen und dem Bewertungsausschuss zu berichten. Das Institut des Bewertungsausschusses berichtet dem Bewertungsausschuss in regelmäßigen Abständen über den Fortschritt seiner Arbeiten.
2. Die Auswirkung von Kostenveränderungen der Arztpraxis auf die Kosten je EBM-Punkt wird gemessen durch die Veränderungsrate des Punktzahlvolumens gemäß Standardbewertungssystem (StaBS-Punktzahlvolumen) in 2011 (Basisjahr) und 2012 (Folgejahr). Durch Anpassungen des Standardbewertungssystems sind insbesondere die Veränderung der Praxiskosten über Inputpreise, die Mengenentwicklung der Leistungen in Punkten (u. a. die Kostendegression) und die realisierte Ausschöpfung der Wirtschaftlichkeitsreserven der Arztpraxen zu berücksichtigen.
  - a. Sowohl für das Basisjahr als auch für das Folgejahr wird mit Hilfe des Standardbewertungssystems (StaBS) die Bewertung der Leistungen in Punkten ermittelt. Die Beschreibung der Leistungen und Teilleistungen ist dabei für Basisjahr und Folgejahr dieselbe.
  - b. Im Standardbewertungssystem (StaBS) werden für den Zweck der Anpassung des Orientierungswertes die Stellgrößen so eingestellt, dass eine durchschnittlich arbeitende Praxis in den verschiedenen Praxisbetriebsmodellen des Standardbewertungssystems (StaBS) angemessen abgebildet wird. Insbesondere wird für Basisjahr und Folgejahr getrennt die Höhe der durchschnittlichen Kosten von Praxen (jeweils bezogen auf einen Praxisinhaber) eingestellt. Zur Berücksichtigung von Mengenentwicklungen sowie der damit verbundenen Kostendegression werden die im Standardbewertungssystem (StaBS) zugrunde gelegten Auslastungen für das Folgejahr entsprechend angepasst. Bei der Einstellung der Stellgrößen nach Satz 1 und der Berücksichtigung von Mengenentwicklungen und Kostendegressionen nach Satz 3 wird jeweils getrennt der Effekt einer Einbeziehung bzw. einer Nicht-Einbeziehung der Tätigkeit im Rahmen von Selektivverträgen berichtet.

- c. Das StaBS-Punktzahlvolumen in beiden Jahren ergibt sich jeweils, indem die so ermittelten Bewertungen der Leistungen in Punkten im jeweiligen Jahr mit den Abrechnungshäufigkeiten dieser Leistungen im Basisjahr multipliziert und dann aufaddiert werden.
3. Die beschriebenen Änderungen verschiedener Stellgrößen im Standardbewertungssystem (StaBS) im Rahmen dieses Verfahrens zur Anpassung des Orientierungswertes stellen kein Präjudiz für die Anpassung des Standardbewertungssystems zum Zweck der Bewertung von Leistungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) dar.
4. Sind mit Wirkung zum Folgejahr im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) Bewertungen angepasst worden, um so Kostensteigerungen (etwa Anstieg von Berufshaftpflichtkosten) zu berücksichtigen und haben diese Veränderungen der Bewertung der Leistungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab zu Veränderungen der Ausgaben der Krankenkassen geführt, so sind die höheren Kosten des Folgejahres auch im Basisjahr anzusetzen, um auf diese Weise die mehrfache Berücksichtigung der gestiegenen Praxiskosten zu vermeiden.
5. In das Standardbewertungssystem (StaBS) sind die empirisch beobachteten Kosten von Praxen (jeweils bezogen auf einen Praxisinhaber) einzusetzen, wenn solche Daten dem Bewertungsausschuss vorliegen und vom Bewertungsausschuss festgestellt wird, dass diese Daten für die Zwecke des Bewertungsausschusses eine geeignete Datengrundlage darstellen.
6. Liegen für mindestens eines der beiden Jahre (Basisjahr oder Folgejahr) keine empirisch beobachteten Kosten von durchschnittlich arbeitenden Praxen vor, so werden diese mit einem geeigneten Verfahren geschätzt. Dieses Schätzverfahren berücksichtigt auf folgende Weise die in § 87 Abs. 2g SGB V genannten Sachverhalte; dabei ist eine doppelte Berücksichtigung von Wirtschaftlichkeitsreserven und Kostendegression sowie eine Mehrfachfinanzierung von Kosten zu vermeiden:
  - a. Veränderungen der Preise werden kostenartenspezifisch anhand geeigneter Preisindizes fortentwickelt.
  - b. Die realisierte Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven wird geschätzt, insbesondere durch Bewertung des Organisationseffekts aufgrund von Strukturveränderungen der Praxen.
  - c. Die allgemeine Kostendegression, insbesondere die Fixkostendegression bei einer Leistungsmengenausweitung ist zu ermitteln.
7. Möglichkeiten zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven sind zu berücksichtigen, indem die in das Standardbewertungssystem (StaBS) einzustellenden Kosten von Praxen (jeweils bezogen auf einen Praxisinhaber) entsprechend korrigiert werden.
8. Um die Transparenz des Verfahrens zu sichern, ist der umfassende Zugang der Träger des Bewertungsausschusses zu dem verwendeten Standardbewertungssystem (StaBS) zu gewährleisten.

### **III. Datengrundlage**

Neben ärztlichen Abrechnungsdaten der Jahre 2011 und 2012 sind die Kostenstrukturanalyse (Fachserie 2 Reihe 1.6.1) und weitere Datenquellen des Statistischen Bundesamtes heranzuziehen. Ergänzend können weitere repräsentative Datenquellen (zum Beispiel DATEV, Banken) verwendet werden.

### **IV. Weiteres Vorgehen**

Auf Basis der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses wird der Bewertungsausschuss bzw. der Erweiterte Bewertungsausschuss bis Ende Juni 2013 das weitere Verfahren zur Beschlussfassung bis Ende August 2013 festlegen.

## **Entscheidungserhebliche Gründe**

### **zum Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 4 SGB V in seiner 34. Sitzung am 19. März 2013 zur Vorbereitung des Beschlusses zur Festlegung gemäß § 87 Absatz 2e SGB V und Anpassung gemäß § 87 Abs. 2g SGB V des Orientierungswertes für das Jahr 2014 mit Wirkung zum 19. März 2013**

---

#### **1. Rechtsgrundlage**

Gemäß § 87 Absatz 2e in Verbindung mit Absatz 2g SGB V hat der Bewertungsausschuss jährlich bis zum 31. August im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen einen bundeseinheitlichen Punktwert als Orientierungswert in Euro zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen festzulegen. Zur Umsetzung dieser Festsetzung für das Jahr 2014 sind vorbereitende Rechenarbeiten und konzeptionelle Schritte vorzunehmen.

In seiner 34. Sitzung am 19. März 2013 hat der von der KBV im Bewertungsausschuss in seiner 295. Sitzung am 18. Dezember 2012 angerufene Erweiterte Bewertungsausschuss nach § 87 Abs. 4 SGB V einen Beschluss gefasst. Mit diesem Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses wird das Institut des Bewertungsausschusses mit vorbereitenden Arbeiten und Berechnungsschritten für den bis zum 31. August zu fassenden Beschluss zur Anpassung und Festlegung des Orientierungswertes für das Jahr 2014 beauftragt.

#### **2. Regelungsinhalte**

Der (Erweiterte) Bewertungsausschuss beabsichtigt, bei der Anpassung des Orientierungswertes für das Jahr 2014 auf historische Daten zur Veränderung von bestimmten Größen vom Jahr 2011 zum Jahr 2012 zurückzugreifen, da dies die aktuellsten Daten sind, die zur Verfügung stehen. Mit dieser Verwendung aktueller Daten abgeschlossener Jahre setzt der (Erweiterte) Bewertungsausschuss seine Beschlusspraxis zur Festsetzung des Orientierungswertes für das Jahr 2013 aus dem Jahr 2012 fort.

Der Beschluss beauftragt daher in Ziffer I.1 das Institut des Bewertungsausschusses, die Veränderungen von 2011 nach 2012 der Praxiskosten über Inputpreise, im Rahmen einer Kostendegression durch Mengenveränderungen und aufgrund von realisierten Wirtschaftlichkeitsreserven zu berechnen und dem Bewertungsausschuss bis zum

20. Juni 2013 mitzuteilen. Auch wird das Institut beauftragt, den Bewertungsausschuss über die Veränderung der tariflich vereinbarten Entgelte von Oberärzten in Krankenhäusern von 2011 nach 2012 (Ziffer I.2) sowie über die Höhe der Veränderung des Überschusses aus vertragsärztlicher Tätigkeit von 2011 nach 2012 (Ziffer I.3) und über die Veränderung des Punktzahlvolumens nach dem Standardbewertungssystem (StaBS) von 2011 nach 2012 unter Verwendung der genannten Stellgrößen zu unterrichten (Ziffer I.4). Der Auftrag umfasst, dass ggf. strittige Methodenfragen identifiziert und dem Bewertungsausschuss berichtet werden sowie dass ggf. mehrere Varianten berechnet werden.

Das Institut des Bewertungsausschusses wird des Weiteren beauftragt, den Bewertungsausschuss über die Veränderungen der tatsächlichen Vergütung (als Summe aus morbiditätsbedingter Gesamtvergütung und extrabudgetärer Gesamtvergütung) je EBM-Punkt von 2011 nach 2012 zu unterrichten (Ziffer I.5). Dabei soll das Institut den Bewertungsausschuss über den Einfluss bestimmter Größen (die in Ziffer I.5 Satz 3 Buchst. a) bis d) genannt werden) auf diese Veränderung der tatsächlichen Vergütung je EBM-Punkt unterrichten.

Des Weiteren werden in Ziffer II des Beschlusses Grundsätze eines datengestützten Verfahrens beschrieben, mit dem das Institut des Bewertungsausschusses die Auswirkungen von Kostenveränderungen der Arztpraxis auf die Kosten je EBM-Punkt berechnen soll. Es wird festgelegt, dass diese Berechnungen mit dem Standardbewertungssystem durchgeführt werden sollen (Ziffern II.1. und II.2.). Es werden nähere Regelungen für die Konstellation, dass empirisch beobachtbare Kosten vorliegen oder dass diese empirisch beobachtbaren Kosten zumindest für eines der beiden Jahre 2011 oder 2012 nicht vorliegen und daher geschätzt werden müssen, sowie zur Berücksichtigung der Möglichkeit der Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven (Ziffern II.5 bis II.7) getroffen. Es wird festgelegt, dass Änderungen von Stellgrößen, die in diesem Zusammenhang im Standardbewertungssystem vorgenommen werden, kein Präjudiz für die Anpassung des Standardbewertungssystems zum Zweck der Bewertung von Leistungen im EBM darstellt (Ziffer II.3). Auch wird klargestellt, dass mit Wirkung für 2012 im EBM geänderte Bewertungen, die zur Veränderung der Ausgaben der Kassen geführt haben, nicht im Rahmen der Durchführung dieses Beschlusses zu einer mehrfachen Berücksichtigung der gestiegenen Praxiskosten führen dürfen (Ziffer II.4). Es wird vorgesehen, dass zur Sicherung der Transparenz des Verfahrens den Trägern des Bewertungsausschusses ein umfassender Zugang zu dem verwendeten Standardbewertungssystem zu gewährleisten ist (Ziffer II.8).

In Ziffer III. werden die Datengrundlagen für die Durchführung der Berechnungen beschrieben.

In Ziffer IV. wird das weitere Verfahren, das sich an die Durchführung der mit dem vorliegenden Beschluss beauftragten Berechnungen anschließt, beschrieben.

### **3. Inkrafttreten**

Dieser Beschluss tritt mit Wirkung zum 19. März 2013 in Kraft.