

BESCHLUSS

**des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V
in seiner 303. Sitzung am 21. Mai 2013**

**zu ergänzenden Regelungen zur ausgabenneutralen Anhebung
des Orientierungswertes nach § 87 Abs. 2e SGB V und zur
Angleichung von Orientierungswert und kalkulatorischem
Punktwert**

mit Wirkung zum 1. Oktober 2013

Präambel

Der Bewertungsausschuss hat mit Beschluss in seiner 304. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zur ausgabenneutralen Anhebung des Orientierungswertes nach § 87 Abs. 2e SGB V und zur Angleichung von Orientierungswert und kalkulatorischem Punktwert beschlossen, mit Wirkung zum 1. Oktober 2013 den Orientierungswert und kalkulatorischen Punktwert auf 10 Cent anzuheben und die in Punktzahlen bewerteten Leistungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) gegenläufig abzusenken. Mit Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 304. Sitzung wurden jedoch Punktzahlen in Anmerkungen zu den Gebührenordnungspositionen des EBM bzw. der Vergütungsvereinbarung für ärztliche Leistungen zur Diagnostik und ambulanten Eradikationstherapie von Trägern mit dem Methicillin-resistenten *Staphylococcus aureus* (MRSA) in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 87 Abs. 2a SGB V und in Bestimmungen zu den Abschnitten des EBM sowie die in diesen Bestimmungen genannten Faktoren zur Umrechnung von Bewertungen in Euro in Bewertungen in Punkten noch nicht angepasst. Der vorliegende Beschluss ergänzt den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 304. Sitzung, indem die aufgeführten Punktzahlen und Faktoren im EBM ebenfalls der Anhebung des Orientierungswerts gegenläufig angepasst werden.

I. Grundsätze der Anpassung

Die Anpassungen der Regelungen im EBM bzw. in der Vergütungsvereinbarung für ärztliche Leistungen zur Diagnostik und ambulanten Eradikationstherapie von Trägern mit dem Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 87 Abs. 2a SGB V werden wie folgt durchgeführt:

1. Anpassung der Anmerkungen zu den Gebührenordnungspositionen

Punktzahlen, welche in den Anmerkungen zu den Gebührenordnungspositionen aufgeführt sind, werden analog zur Bewertung der Gebührenordnungspositionen mit dem Faktor 0,35363 multipliziert und anschließend kaufmännisch ohne Nachkommastelle gerundet.

2. Anpassung der Bestimmungen zu Abschnitten des EBM

Punktzahlen, welche in den Bestimmungen zu den Abschnitten des EBM aufgeführt sind, insbesondere arztgruppenspezifische Fallpunktzahlen für die Kosten der Leistungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 und berechnungsfähige Gesamtpunktzahlen des Abschnittes 35.3, werden analog zur Bewertung der Gebührenordnungspositionen mit dem Faktor 0,35363 multipliziert und anschließend kaufmännisch ohne Nachkommastelle gerundet. Des weiteren werden Faktoren in den Bestimmungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 des EBM, mit denen die Umrechnung in Punkte erfolgt, mit dem Faktor 0,35363 multipliziert und anschließend kaufmännisch auf eine Nachkommastelle gerundet.

II. Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes

1. Änderung der ersten Anmerkung nach der Gebührenordnungsposition 01600

*Der Höchstwert für die Gebührenordnungsposition 01600 und 01601 beträgt **510 180** Punkte je Behandlungsfall. Der Höchstwert ist auch auf den Arztfall anzuwenden.*

2. Änderung der ersten Anmerkung nach der Gebührenordnungsposition 01601

Der Höchstwert für die Gebührenordnungspositionen 01600 und

01601 beträgt **510 180** Punkte je Behandlungsfall. Der Höchstwert ist auch auf den Arztfall anzuwenden.

3. Änderung der Anmerkung nach der Gebührenordnungsposition 02312

Die Gebührenordnungsposition 02312 unterliegt einer Höchstpunktzahl im Behandlungsfall von ~~12.000~~ **4.244** Punkten. Der Höchstwert ist auch auf den Arztfall anzuwenden.

4. Änderung der Anmerkung nach der Gebührenordnungsposition 02313

Die Gebührenordnungsposition 02313 unterliegt einer Höchstpunktzahl im Behandlungsfall von ~~12.000~~ **4.244** Punkten. Der Höchstwert ist auch auf den Arztfall anzuwenden.

5. Änderung der dritten Anmerkung nach der Gebührenordnungsposition 10320

Beträgt die insgesamt für die Gebührenordnungspositionen 10320, 10322 und 10324 abgerechnete Gesamtpunktzahl in einer (Neben-)Betriebsstätte mehr als ~~254.000~~ **89.822** Punkte im Quartal, wird die Bewertung der darüber hinaus abgerechneten Gebührenordnungspositionen 10320, 10322 und 10324 jeweils um ~~490~~ **67** Punkte gemindert.

6. Änderung der dritten Anmerkung nach der Gebührenordnungsposition 10322

Beträgt die insgesamt für die Gebührenordnungspositionen 10320, 10322 und 10324 abgerechnete Gesamtpunktzahl in einer (Neben-)Betriebsstätte mehr als ~~254.000~~ **89.822** Punkte im Quartal, wird die Bewertung der darüber hinaus abgerechneten Gebührenordnungspositionen 10320, 10322 und 10324 jeweils um ~~490~~ **67** Punkte gemindert.

7. Änderung der dritten Anmerkung nach der Gebührenordnungsposition 10324

*Beträgt die insgesamt für die Gebührenordnungspositionen 10320, 10322 und 10324 abgerechnete Gesamtpunktzahl in einer (Neben-)Betriebsstätte mehr als ~~254.000~~ **89.822** Punkte im Quartal, wird die Bewertung der darüber hinaus abgerechneten Gebührenordnungspositionen 10320, 10322 und 10324 jeweils um ~~490~~ **67** Punkte gemindert.*

8. Änderung der dritten Anmerkung nach der Gebührenordnungsposition 11500

*Neben der Gebührenordnungsposition 11500 sind die Gebührenordnungspositionen 11312, 11320, 11321 und 11322 im Behandlungsfall nur berechnungsfähig, sofern die Untersuchungen für die nähere Bestimmung der Chromosomenaberration erforderlich sind. Der Höchstwert der Gebührenordnungspositionen 11312, 11320, 11321 und 11322 im Behandlungsfall neben der Gebührenordnungsposition 11500 beträgt ~~45000~~ **5.304** Punkte.*

9. Änderung der ersten und zweiten Anmerkung nach der Gebührenordnungsposition 12220

*Die Grundpauschale nach der Nr. 12220 wird ab dem 6001. bis zum 12000. Behandlungsfall mit Auftragsleistungen des Kapitels 32 mit ~~40~~ **4** Punkten je kurativ-ambulanten Behandlungsfall mit Auftragsleistungen des Kapitels 32 bewertet.*

*Die Grundpauschale nach der Nr. 12220 wird ab dem 12001. und jedem weiteren Behandlungsfall mit Auftragsleistungen des Kapitels 32 mit ~~2~~ **1** Punkt je kurativ-ambulanten Behandlungsfall mit Auftragsleistungen des Kapitels 32 bewertet.*

10. Änderung der ersten Anmerkung nach der Gebührenordnungsposition 12225

Die Grundpauschale nach der Nr. 12225 wird ab dem 12001. und jedem weiteren Behandlungsfall mit Auftragsleistungen des Kapitels 32 mit ~~3~~ 1 Punkt je kurativ-ambulantem Behandlungsfall mit Auftragsleistungen des Kapitels 32 bewertet.

11. Änderung der Anmerkung nach der Gebührenordnungsposition 30930

Die Gebührenordnungsposition 30930 ist je Behandlungsfall für Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr nur bis zu einer Gesamtpunktzahl von ~~2800~~ 990 Punkten, für Versicherte ab Beginn des 19. Lebensjahres nur bis zu einer Gesamtpunktzahl von ~~4840~~ 651 Punkten berechnungsfähig.

12. Änderung der Bestimmung 32.2 Nr. 4.

Die Umrechnung in Punkte erfolgt durch Multiplikation mit dem Faktor ~~26,6~~ 9,4, wobei auf ganze Zahlen auf- oder abgerundet wird.

13. Änderung der arztgruppenbezogenen Fallpunktzahlen in der Bestimmung 32.2 Nr. 7.

Arztgruppe	Versichertengruppe	
	Allgemein-Versicherte	Rentner
Allgemeinärzte, Praktische Ärzte, Hausärztliche Internisten	25 9	40 14
Anästhesisten	15 5	15 5
Frauenärzte	15 5	15 5
Hautärzte	10 4	10 4
Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	15 5	15 5
Nuklearmediziner	25 9	20 7
Strahlentherapeuten	35 12	30 11
Urologen	35 12	45 16
Fachärztliche Internisten ohne Schwerpunkt (Teilgebiet)	25 9	40 14
Fachärztliche Internisten mit Schwerpunkt (Teilgebiet)		
Angiologie	25 9	40 14
Endokrinologie	40 14	55 19
Gastroenterologie	15 5	20 7
Hämatologie und Onkologie	140 50	165 58
Kardiologie	10 4	10 4
Nephrologie	95 34	130 46
Pneumologie	25 9	30 11
Rheumatologie	60 21	80 28
Nicht aufgeführte Arztgruppen	5 2	10 4

14. Änderung der Bestimmung 32.3 Nr. 5.

Die Umrechnung in Punkte erfolgt durch Multiplikation mit dem Faktor ~~28,6~~ 10,1, wobei auf ganze Zahlen auf- oder abgerundet wird.

15. Änderung der arztgruppenbezogenen Fallpunktzahlen in der Bestimmung 32.3 Nr. 8.

Arztgruppe	Versichertengruppe	
	Allgemein-Versicherte	Rentner
Allgemeinärzte, Praktische Ärzte, Hausärztliche Internisten	40 14	30 11
Frauenärzte	60 21	50 18
Hautärzte	30 11	30 11
Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	45 16	45 16
Nervenärzte, Neurologen, Ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	15 5	15 5
Nuklearmediziner	210 74	160 57
Strahlentherapeuten	40 14	70 25
Urologen	70 25	75 27
Fachärztliche Internisten ohne Schwerpunkt (Teilgebiet)	70 25	50 18
Fachärztliche Internisten mit Schwerpunkt (Teilgebiet)		
Angiologie	70 25	50 18
Endokrinologie	850 301	810 286
Gastroenterologie	70 25	50 18
Hämatologie und Onkologie	200 71	220 78
Kardiologie	20 7	10 4
Nephrologie	250 88	300 106
Pneumologie	65 23	45 16
Rheumatologie	310 110	300 106
Nicht aufgeführte Arztgruppen	10 4	10 4

16. Änderung der Bestimmung 35.3 Nr. 1.

Die in diesem Abschnitt genannten Leistungen sind je Behandlungsfall

- für Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr nur bis zu einer Gesamtpunktzahl von ~~3620~~ **1280** Punkten,
- für Versicherte ab Beginn des 19. Lebensjahres nur bis zu einer Gesamtpunktzahl von ~~2415~~ **854** Punkten berechnungsfähig.

III. Änderung der Vergütungsvereinbarung für ärztliche Leistungen zur Diagnostik und ambulanten Eradikationstherapie von Trägern mit dem Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 87 Abs. 2a SGB V

Änderung der dritten und vierten Anmerkung nach der Gebührenordnungsposition 86778

*Ärzte, die aus dem Abschnitt 87.8 nur Leistungen gemäß den Gebührenordnungspositionen 86782 und 86784 berechnen, können bei Erfüllung der Voraussetzungen gemäß § 3 Nr. 3 des Anhangs zur Vergütungsvereinbarung für die Teilnahme an der Netzwerk- und/oder Fallkonferenz zusätzlich die Gebührenordnungsposition 86778 je Behandlungsfall mit der Erbringung der Gebührenordnungspositionen 86782 und/oder 86784 berechnen. Dabei gilt ein Höchstwert von ~~2600~~ **919** Punkten je Praxis und je Netzwerk- und/oder Fallkonferenz.*

*Abweichend davon gilt für den Arzt, der gemäß § 3 Nr. 4 b) und c) des Anhangs zur Vergütungsvereinbarung vorträgt, ein Höchstwert von ~~4285~~ **1515** Punkten je Netzwerk- und/oder Fallkonferenz.*

Entscheidungserhebliche Gründe

zum Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 303. Sitzung am 21. Mai 2013 zu ergänzenden Regelungen zur ausgabenneutralen Anhebung des Orientierungswertes nach § 87 Abs. 2e SGB V und zur Angleichung von Orientierungswert und kalkulatorischem Punktwert mit Wirkung zum 1. Oktober 2013

1. Rechtsgrundlage

Der Bewertungsausschuss vereinbart gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V den einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM). Gemäß § 87 Abs. 2 Satz 1 SGB V bestimmt der EBM das wertmäßige, in Punkten ausgedrückte Verhältnis der abrechnungsfähigen Leistungen zueinander. Der Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 288. Sitzung am 22. Oktober 2012 zu Grundsätzen und Eckpunkten zur Änderung und Weiterentwicklung des EBM sieht vor, dass der Orientierungswert nach § 87 Abs. 2e SGB V und der kalkulatorische Punktwert ausgabenneutral anzugleichen sind und die dafür erforderlichen Anpassungen der Bewertungen im EBM keine Auswirkungen auf die Höhe der von den Krankenkassen zu zahlenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen gemäß § 87a SGB V haben.

2. Regelungshintergrund

Der Bewertungsausschuss hat mit Beschluss in seiner 304. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zur ausgabenneutralen Anhebung des Orientierungswertes nach § 87 Abs. 2e SGB V und zur Angleichung von Orientierungswert und kalkulatorischem Punktwert beschlossen, mit Wirkung zum 1. Oktober 2013 den Orientierungswert und kalkulatorischen Punktwert auf 10 Cent anzuheben und die in Punktzahlen bewerteten Leistungen des EBM gegenläufig abzusenken. Mit Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 304. Sitzung wurden ausschließlich die Bewertungen in Punkten je Gebührenordnungsposition angepasst. Der vorliegende Beschluss ergänzt den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 304. Sitzung, indem auch die in den Anmerkungen zu den Gebührenordnungspositionen und in Bestimmungen festgelegten berechnungsfähigen Höchstpunktzahlen bzw. arztgruppenspezifischen Fallpunktzahlen sowie Faktoren zur Umrechnung von Bewertungen in Euro in Bewertungen in Punkten im EBM ebenfalls der Anhebung des

Orientierungswerts gegenläufig angepasst werden. Auf diese Weise wird die Angleichung von kalkulatorischem Punktwert und Orientierungswert gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses vom 22. Oktober 2012 im EBM durchgehend umgesetzt.

Die Grundsätze zur Anpassung dieser Punktzahlen und Faktoren werden in Abschnitt I. des vorliegenden Beschlusses beschrieben, die konkreten Änderungen des EBM finden sich in Abschnitt II., und die konkreten Änderungen der Vergütungsvereinbarung für ärztliche Leistungen zur Diagnostik und ambulanten Eradikationstherapie von Trägern mit dem Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 87 Abs. 2a SGB V finden sich in Abschnitt III.

Abschnitt I. des vorliegenden Beschlusses beschreibt das Verfahren der Anpassung weiterer Punktzahlen in den Anmerkungen einzelner Gebührenordnungspositionen im EBM, in den Abschnitten 32.2. Nr. 7, 32.3. Nr. 8 und 35.3 Nr. 1 des EBM sowie in den Anmerkungen der genannten Vergütungsvereinbarung. In Abschnitt I. wird ebenfalls das Verfahren zur Anpassung der Faktoren in den Abschnitten 32.2. Nr. 4. und 32.3. Nr. 5. des EBM beschrieben. Es werden (analog zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 304. Sitzung zur ausgabenneutralen Anhebung des Orientierungswertes nach § 87 Abs. 2e SGB V und zur Angleichung von Orientierungswert und kalkulatorischem Punktwert) alle oben genannten Punktzahlen mit dem Faktor 0,35363 multipliziert und kaufmännisch ohne Nachkommastelle gerundet. Ferner werden die in den Abschnitten 32.2 Nr. 4. und 32.3 Nr. 5. des EBM genannten Faktoren, mit denen die Umrechnung in Punkte erfolgt und die mit einer Nachkommastelle im EBM aufgeführt sind, mit dem gleichen Verfahren durch Multiplikation mit dem Faktor 0,35363 angepasst und kaufmännisch auf eine Nachkommastelle gerundet.

Abschnitt II. des vorliegenden Beschlusses benennt die sich aus den Anpassungen gemäß Abschnitt I. des vorliegenden Beschlusses ergebenden Änderungen des EBM, Abschnitt III. die sich aus den Anpassungen gemäß Abschnitt I. ergebenden Änderungen der genannten Vergütungsvereinbarung.

3. Inkrafttreten

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