

„NVV“



Kassenärztliche  
Bundesvereinigung

Körperschaft des öffentlichen Rechts

An die  
Vorstände der Kassenärztlichen Vereinigungen  
der Länder der Bundesrepublik Deutschland

Abrechnungs- und Vertragsleiter der  
Kassenärztlichen Vereinigungen

Vorsitzenden und Mitglieder  
der Beratenden Fachausschüsse

Vorsitzender und Mitglieder der Vertreterversammlung  
der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

Vorsitzende der Vertreterversammlungen der  
Kassenärztlichen Vereinigungen

Mitglieder des Arbeitskreises 4

Mitglieder der Vorstandskommission zur  
Anwendung und Interpretation des EBM

*Vorsitzender des Vorstandes  
der Kassenärztlichen Bundesvereinigung  
Dr. Andreas Köhler  
Herbert-Lewin-Platz 2  
10623 Berlin*

*Tel.: 030 / 4005 – 1001 + 1002  
Fax: 030 / 4005 - 1090  
e-mail: AKoehler@KBV.de  
www.kbv.de*

*Dr. Köhler / Dr. Roßgüt  
23. Oktober 2008*

R U N D S C H R E I B E N

D3 - 166 - VI 15/2008

Az.: EBM.2008

**nachrichtlich:**

Herrn Dr. Müller  
Herrn Dr. Rochell  
Herrn Dr. Casser  
Dezernat 3

**Wesentliche Ergebnisse der 8. Sitzung des Erweiterten Bewertungsausschusses sowie der 165. Sitzung des Bewertungsausschusses jeweils am 23. Oktober 2008**

Sehr geehrte Damen und Herren,

nachfolgend möchten wir Sie über die wesentlichen Ergebnisse der 8. Sitzung des Erweiterten Bewertungsausschusses sowie der 165. Sitzung des Bewertungsausschusses informieren, die jeweils am 23. Oktober 2008 in Berlin stattgefunden haben:

**1. Ergebnisse der 8. Sitzung des Erweiterten Bewertungsausschusses**

Der Erweiterte Bewertungsausschuss hat unter der Vermittlung seines unparteiischen Vorsitzenden einvernehmlich zu Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) sowie zu Ergänzungen/Änderungen zum Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses

zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung im Jahr 2009 vom 27./28. August 2008 beschlossen. Gegenstand der Beschlussfassung waren die im Bewertungsausschuss zwischen GKV-Spitzenverband und Kassenärztlicher Bundesvereinigung strittig gebliebenen Sachverhalte der/des

- Anpassung der Bewertungen von Gebührenordnungspositionen des EBM im Zusammenhang mit dem Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung im Jahr 2009 vom 27./28. August 2008
  - Umgang mit der Korrektur des Schätzung der Veränderungsrate der Steigerung der Grundlohnsumme für das Jahr 2009
  - Vergütungsniveaus ehemals extrabudgetärer Leistungen im Jahr 2009
- sowie die
- Anpassung der HVV-Quoten zum Ausgleich unerwünschter Effekte durch regionale Besonderheiten der bisherigen Honorarverteilung.

Die Kompromissfindung bzw. Beschlussfassung des Erweiterten Bewertungsausschusses zu den o. g. Punkten erfolgte in einem Gesamtpaket.

Vordringliche Fragen aus Sicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung waren einerseits der Ausgleich unerwünschter Effekte aufgrund von regionalen Besonderheiten der bisherigen Honorarverteilung sowie andererseits die Sicherstellung einer angemessenen Vergütung vormals extrabudgetärer Leistungen im Jahr 2009.

Ursache war, dass der nach einheitlicher Systematik gefasste Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung im Jahr 2009 vom 27./28. August 2008 zu deutlich unterdurchschnittlichen Honorarsteigerungen in den KV-Bezirken Baden-Württemberg, Nordrhein, Schleswig-Holstein und Rheinland Pfalz geführt hätte. Zudem war von Krankenkassenseite auf Landesebene die dem bisherigen Beschluss zugrunde gelegte Annahme in Frage gestellt worden, dass das Vergütungsvolumen für bisher extrabudgetäre Leistungen, die im Jahr 2009 außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen finanziert werden, im Jahr 2009 unverändert fortgeschrieben wird.

Weil aus diesem Grunde von Krankenkassenseite auf Landesebene die Vereinbarung von leistungsbezogenen Zuschlägen zum Punktwert der regionalen Euro-Gebührenordnung gemäß dem bisherigen Beschluss Teil H, Nr. 5 zur Fortschreibung des regionalen bisherigen Vergütungsniveaus besonders förderungswürdiger Leistungen auf breiter Front abgelehnt wurde, hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung die Problematik in den Erweiterten Bewertungsausschuss eingebracht. Ziel der Kassenärztlichen Bundesvereinigung war es hierbei, sicherzustellen, dass der vom Schlichter in die Beschlussfassung des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 27./28. August 2008 übernommene Grundsatz, dass es zu keinerlei Honoarabflüssen aus irgendeiner KV-Region kommen darf, auch tatsächlich umgesetzt wird.

Weil bei der Ergebnisbetrachtung das Volumen der regionalen morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zzgl. der regional außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanzierten Leistungen ausschlaggebend war, hat der Bewertungsausschuss die Datengrundlage für seine Simulationsberechnung von den für die Ermittlung des Orientierungswertes 2009 aus-

schlaggebenden C1-Daten auf die für die Ermittlung des versichertenbezogenen Behandlungsbedarfs der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung 2009 relevanten C4-Daten umgestellt.

Bei der Korrektur unerwünschter Auswirkungen regionaler Besonderheiten der bisherigen Honorarverteilung sowie der Betrachtung der künftigen Vergütung bisher extrabudgetärer Leistungen erfolgte eine Gesamtbetrachtung des Honorarzuwachses sowohl der Leistungen innerhalb als auch außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen im Jahr 2009 gegenüber dem Jahr 2007.

Im Schlichtungsverfahren wurde dabei auch für die Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen normativ eine Mengendynamik in Höhe von 5,1% vorausgesetzt, welche durch den Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 27./28. August 2008 als bundesdurchschnittliche Veränderungsrate der morbiditätsbedingten Leistungsmenge je Versicherten des Jahres 2009 auch für die Leistungen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen geschätzt worden war.

Das Ergebnis der Beschlussfassung des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 8. Sitzung ist in der als Anlage zu diesem Schreiben beigefügten Tabelle dargestellt (Anlage).

### **1.1 Gesamtergebnis der Beschlussfassung des Erweiterten Bewertungsausschusses**

Im Ergebnis der Beschlussfassung des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 23. Oktober 2008 wird eine Steigerung des Gesamthonorars im Jahr 2009 gegenüber dem Jahr 2007 um rd. 3 Mrd. Euro auf insgesamt 30,4 Mrd. Euro erreicht. Dies entspricht einer Steigerung in Höhe von 11%.

Die im Vergleich mit der Simulationsberechnung zur Auswirkung der Beschlussfassung des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 27./28. August 2008 zusätzlich resultierende Steigerung in Höhe von 436,6 Mio Euro resultiert einerseits dadurch, dass bei der aktuellen Beschlussfassung des Erweiterten Bewertungsausschusses auch für die außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanzierten Leistungen eine Mengensteigerung in Höhe von 5,1% vorausgesetzt wurde, während die Mengenentwicklung dieser Leistungen im Vorbeschluss noch im Wesentlichen unbeachtet geblieben war. Andererseits wurden die Leistungen des Kapitels 31 sowie die Gebührenordnungspositionen für Leistungen der Koloskopie und ERCP 04514, 04515, 04518 und 04520 sowie 13421 bis 13431 durch den Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 23. Oktober 2008 im Vergleich mit dem Vorbeschluss zusätzlich in Höhe eines Gesamtvolumens von 30 Mio. Euro aufgewertet. Zudem wirken sich die beschlossenen Anpassungsfaktoren nachhaltig aus.

Nachdem das Bundesministerium für Gesundheit mit Schreiben vom 16. September 2008 entgegen vorhergehenden Aussagen für den Ausgleich unerwünschter Effekte durch regionale Besonderheiten der bisherigen Honorarverteilung zusätzliche Ermessensspielräume geschaffen hat, hat der Erweiterte Bewertungsausschuss die sich für das Jahr 2009 im Vergleich mit dem Jahr 2007 ergebenden Honorarzuwächse unter Berücksichtigung des bisherigen regionalen Honorarniveaus durch eine Anpassung der HVV-Quoten für die KV-Bezirke der alten Bundesländer inklusive Berlins gemäß den Beschlussteilen A und B harmonisiert.

Dadurch konnte in den vier bisher benachteiligten KV-Bezirken im Vergleich mit der Beschlussfassung des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 27./28. August 2008 der Zuwachs des Gesamthonorars im Jahr 2009 gegenüber dem Jahr 2007

- im KV-Bezirk Baden-Württemberg von bisher 1,5% auf 2,5%
- im KV-Bezirk Nordrhein von bisher 3,6% auf 6,5%
- im KV-Bezirk Schleswig-Holstein von bisher 3,9% auf 6,3% und
- im KV-Bezirk Rheinland-Pfalz von bisher 5,7% auf 8,6%

gesteigert werden. Die sich hierbei für die restlichen KV-Bezirke in den alten Bundesländern ergebenden Umverteilungen hat der Erweiterte Bewertungsausschuss in seiner Beschlussfassung unter Solidaritätsaspekten als zumutbar erachtet. Gleichzeitig wird eine für das Jahr 2010 relevante Konvergenz eingeleitet, die noch im November ausdrücklich in den ärztlichen Gremien diskutiert werden muss.

Im Zusammenhang mit der Aufwertung der o. g. Leistungen des ambulanten Operierens bzw. der stationersetzenden Versorgung gem. § 115b SGB V hätte sich nach der neuen Beschlussystematik für die KV-Bezirke der neuen Bundesländer ein zusätzlicher Zuwachs des Gesamthonorars 2009 gegenüber dem Jahr 2007 in Höhe von 6 Mio. Euro ergeben. Weil im Rahmen der Kompromissfindung beschlossen wurde, das den KV-Bezirken der neuen Bundesländer im Rahmen der Angleichung der vertragsärztlichen Vergütungen an das Niveau der alten Bundesländer zusätzlich zufließende Honorarvolumen in Höhe von 200 Mio. Euro weder zu schmälern noch weiter aufzustocken, wurde dieses zusätzlich entstehende Honorarvolumen von 6 Mio. Euro durch eine geringfügige Anpassung der HVV-Quote wieder egalisiert, ohne das bisher festgelegte Angleichungsvolumen in Höhe von 200 Mio. Euro für die KV-Bezirke der neuen Bundesländer zu reduzieren.

Wie bereits im Vorfeld der Beschlussfassung des Erweiterten Bewertungsausschusses wurde die Kassenärztliche Bundesvereinigung auch in dem aktuellen Beschlussverfahren damit konfrontiert, dass politische Zusagen unter dem Verweis auf die sich wegen der zunehmenden internationalen Finanzkrise zuspitzende Wirtschaftslage in großen Teilen oder komplett zurück genommen wurden. Dadurch musste hingenommen werden, dass nicht alle mit dem Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit vom 16. September 2008 geweckten Erwartungen befriedigt werden konnten. Vor diesem Hintergrund ist das erzielte Ergebnis, mit dem die KBV eine zusätzliche Honorarsteigerung im Bereich der Leistungen des ambulanten Operierens in Höhe von 30 Mio. Euro realisieren konnte, als Maximum des Erreichbaren zu betrachten.

Die Krankenkassen gaben zu Protokoll, dass sie mit der einvernehmlichen Beschlussfassung am 23. Oktober 2008 keinesfalls die mit der Beschlussfassung vom 27./28. August 2008 gegen ihre Stimmen durchgesetzten Honorarzuwächse rückwirkend legitimieren und behielten sich dazu weitere Schritte offen.

## **1.2 Anpassung der Bewertungen von Gebührenordnungspositionen des EBM**

Hinsichtlich der Anpassung der Bewertung von Gebührenordnungspositionen des EBM im Zusammenhang mit dem Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses zur Neuord-

nung der vertragsärztlichen Vergütung im Jahr 2009 vom 27./28. August 2008 hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung ergänzend zur bisherigen Beschlussfassung Aufwertungen folgender weiterer Leistungen und Leistungsbereiche mit Wirkung zum 01. Januar 2009 durchsetzen können:

- Aufwertung der Leistungen im organisierten Notfalldienst und Notfall (Abschnitt 1.2) mit dem Anpassungsfaktor 1,1018 um rd. 10%
- Aufwertung der Leistungen der Substitutionsbehandlung bei Drogenabhängigkeit (Abschnitt 1.8) mit dem Anpassungsfaktor 1,1206 um rd. 12%.

Eine Aufwertung der Leistungen der Reproduktionsmedizin hatte die Kassenärztliche Bundesvereinigung zwar ebenfalls beantragt, im Ergebnis der Beschlussfassung aber nicht durchsetzen können.

Folgende weitere Leistungen konnten entsprechend dem Antrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung im EBM mit Wirkung zum 01. Januar 2009 höher bewertet werden, als im bisherigen Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 27./28. August 2008 vorgesehen:

- Anhebung der Bewertung der Leistungen der Schmerztherapie (Abschnitt 30.7.1) mit dem Anpassungsfaktor von 1,3223 um rd. 32%
- Anhebung der Bewertung der Leistungen der Akupunktur (Abschnitt 30.7.3) mit dem Anpassungsfaktor von 1,1733 um rd. 17%
- Anhebung der Bewertung der Leistung der Polysomnographie (Gebührenordnungsposition 30901) mit dem Anpassungsfaktor von 1,2063 um rd. 21%
- Steigerung der Bewertung der Leistung der MRT-Angiographie (Abschnitt 34.4.7) mit dem Anpassungsfaktor von 1,1706 um rd. 17%

sowie

- Steigerung der Bewertung der Leistungen der antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapie (Abschnitt 35.2) mit dem Anpassungsfaktor von 1,3196 um rd. 32%.

Bei der Bewertung der Leistungen des Kapitels 31 einschließlich der phototherapeutischen Keratektomie (Gebührenordnungsposition 31362) sowie den Leistungen der Koloskopie und der ERCP (Gebührenordnungspositionen 04514, 04515, 04518, 04520 und 13421 bis 13431) konnte gegenüber der Beschlusslage vom 27./28. August 2008 wie bereits oben erwähnt mit Wirkung zum 01. Januar 2009 eine zusätzliche Aufwertung in Höhe eines Gesamtvolumens von 30 Mio. Euro erzielt werden. Dabei werden die Leistungen des ambulanten Operierens (Abschnitte 31.2 und 31.5) sowie der Koloskopie und der ERCP mit einem Anpassungsfaktor von 1,1545 um rd. 15% höher bewertet und stärker gesteigert als die EBM-Bewertungen der Begleitleistungen zum ambulanten Operieren (Abschnitte 31.1, 31.3 und 31.4) sowie der Leistungen des Abschnittes 31.6, welche mit dem Anpassungsfaktor von 1,025 um 2,5% höher bewertet werden.

Bei den restlichen Leistungen, die der Erweiterte Bewertungsausschuss aus den morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen ausgenommen hat, wurden in Umsetzung der bisherigen Beschlusslage im EBM folgende Bewertungsanpassungen mit Wirkung zum 01. Januar 2009 beschlossen, wobei dem Antrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gefolgt wurde, die Leistungen des Mammographie-Screenings deutlich stärker aufzuwerten als bisher vorgesehen:

- Steigung der Bewertung der Leistungen der Früherkennung (Abschnitte 1.7.1 und 1.7.2 exklusive der Gebührenordnungspositionen 01745 und 01746) und der Leistungen der Mutterschaftsvorsorge (Abschnitt 1.7.4) mit dem Anpassungsfaktor von 1,2719 um rd. 27%
- Steigerung der Bewertung der Leistungen des Mammographie-Screenings (Gebührenordnungspositionen 01750 bis 01758) mit dem Anpassungsfaktor von 1,3430 um rd. 34%
- Steigerung der Bewertung der Früherkennungsuntersuchung U7a (Gebührenordnungsposition 01723) mit dem Anpassungsfaktor von 1,2719 um rd. 27%
- Steigerung der Bewertung der Leistungen der Vakuumanstanzbiopsie (Gebührenordnungspositionen 01759 und 34274) mit dem Anpassungsfaktor von 1,1937 um rd. 9%
- Anpassung der Leistungen der Strahlentherapie des Kapitels 25 im Sinne der Fortschreibung des bisherigen Vergütungsniveaus in Bezug auf die Differenz des bisherigen bundesdurchschnittlichen Auszahlungspunktwertes zum Orientierungswert 2009 mit dem Anpassungsfaktor von 0,9684 um rd. -3%
- Steigerung der Bewertung der belegärztlichen Leistungen des Kapitels 36 der Leistungen der systemische fibrinolytischen Therapie (Gebührenordnungsposition 13311), der Radiojodtherapie (Gebührenordnungsposition 17370) und der belegärztlich erbrachten Geburtshilfe (Abschnitt 8.4 EBM) mit dem Anpassungsfaktor von 1,1869 um rd. 19%.

Zusätzlich wurde ergänzend zur Beschlussfassung vom 27./28. August 2008 eine Anpassung der Bewertung der laborärztlichen Grundpauschale (Gebührenordnungsposition 12220) mit Wirkung zum 01. April 2009 im Sinne der Fortschreibung des bisherigen Vergütungsniveaus hinsichtlich der Differenz des bisherigen bundesdurchschnittlichen Auszahlungspunktwertes zum Orientierungswert 2009 mit einem Anpassungsfaktor von 0,6407 in Höhe von rd. -36% beschlossen.

Nach Überprüfung der bisherigen Beschlusslage durch den Erweiterten Bewertungsausschuss erfolgt keine Anpassung der EBM-Bewertungen der Leistungen des Hautkrebs-Screenings, da schon damals bei der Bewertungsfindung der Orientierungswert anstelle des kalkulatorischen Punktwertes von 5,11 Cent berücksichtigt wurde.

### **1.3 Anpassung des Orientierungswerts für das Jahr 2009**

Hinsichtlich der Anpassung des Orientierungswertes für das Jahr 2009 konnten die Krankenkassen vor dem Hintergrund der internationalen Finanzkrise ihre Forderung durchsetzen, die

vom Bundesministerium für Gesundheit vorgenommene Korrektur seiner im Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 27./28. August 2008 noch zugrunde gelegten Schätzung der Veränderungsrate des Anstiegs der Grundlohnsumme für das Jahr 2009 von 1,47 auf 1,41 vom Hundert durchsetzen. Unter Berücksichtigung dieser Schätzungskorrektur und der Neufestsetzung der Anpassungsfaktoren, insbesondere für die zusätzlichen Aufwertungen der Leistungen des organisierten Notfalldienstes wird der Orientierungswert für das Jahr 2009 von bisher 3,5058 Cent auf 3,5001 Cent abgesenkt.

#### 1.4 Anpassungen der HVV-Quoten in Beschluss Teil B

Im Rahmen der unter 1.1 dargestellten Gesamtkonstellation wurden die HVV-Quoten gemäß dem Beschluss Teil B Nr. 1.2 wie folgt angepasst bzw. im Sinne einer Harmonisierung der Honorarzuwächse unter Berücksichtigung des bisherigen regionalen Honorarniveaus für die KV-Bezirke der alten Bundesländer wie folgt regionalisiert:

- |  |             |         |
|--|-------------|---------|
| - Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein     | in Höhe von | 0,9176  |
| - Für den KV-Bezirk Hamburg                | in Höhe von | 0,8975  |
| - Für den KV-Bezirk Bremen                 | in Höhe von | 0,8967  |
| - Für den KV-Bezirk Niedersachsen          | in Höhe von | 0,9022  |
| - Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe        | in Höhe von | 0,9048  |
| - Für den KV-Bezirk Nordrhein              | in Höhe von | 0,9155  |
| - Für den KV-Bezirk Hessen                 | in Höhe von | 0,9040  |
| - Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz        | in Höhe von | 0,9133  |
| - Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg      | in Höhe von | 0,9094  |
| - Für den KV-Bezirk Bayerns                | in Höhe von | 0,8954  |
| - Für den KV-Bezirk Berlin                 | in Höhe von | 0,8956  |
| - Für den KV-Bezirk Saarland               | in Höhe von | 0,9014  |
| - Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern | in Höhe von | 0,9517  |
| - Für den KV-Bezirk Sachsen                | in Höhe von | 0,9517  |
| - Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt         | in Höhe von | 0,9517  |
| - Für den KV-Bezirk Brandenburg            | in Höhe von | 0,9517  |
| - Für den KV-Bezirk Thüringen              | in Höhe von | 0,9517. |

#### 1.5 Klarstellungen zum Beschluss Teil H

Hinsichtlich der Regelungen zur Fortschreibung des bisherigen Vergütungsniveaus besonders förderungswürdiger Leistungen gemäß Beschluss Teil H Nrn. 3 bis 5 konnten sich die Krankenkassen mit ihrem Antrag, die Regelung gemäß Beschluss Teil H, Nr. 5, ersatzlos zu streichen, nicht durchsetzen.

Dagegen wurden folgende Protokollnotizen zum Beschluss Teil H aufgenommen:

*„Der Erweiterte Bewertungsausschuss geht davon aus, dass mit der Neubewertung der Gebührenordnungspositionen für das Ambulante Operieren gemäß I. 1.12 in der Regel die Versorgung mit diesen Leistungen sichergestellt werden kann.“*

*Der Erweiterte Bewertungsausschuss geht davon aus, dass mit der Neubewertung der Leistungen des Mammographie-Screenings gemäß I 1.3 bei durchschnittlicher Auslastung der Einrichtungen des Mammographie-Screenings die Leistungen sichergestellt werden können.“*

Diese Protokollnotizen stellen die Anwendung der Regelungen im Beschluss Teil H Nrn. 3 bis 5 ergänzend für die Leistungen des ambulanten Operierens (Abschnitte 31.2, 31.5 einschließlich der phototherapeutischen Keratektomie (Gebührenordnungsposition 31332), der Koloskopie und der ERCP (Gebührenordnungspositionen 04514, 04515, 04518, 04520 und 13421 bis 13431) sowie der Leistungen des Mammographie-Screenings (Gebührenordnungspositionen 01750 bis 01758) gesondert klar. Die Möglichkeit der Vereinbarung eines Zuschlages zum Punktwert der regionalen Euro-Gebührenordnung für diese Leistungen in dem Fall, dass das bisherige regionale Vergütungsniveau trotz der Aufwertung der EBM-Punktzahl dieser Leistungen mit dem regionalen Preis der Euro-Gebührenordnung nicht erreicht werden kann, besteht ohne Beeinträchtigung fort.

Die Detailregelungen des Beschlusses wollen Sie bitte der Anlage entnehmen.

## **2. Ergebnis der 165. Sitzung des Bewertungsausschusses**

Aufgrund des sich durch den Ausfall mehrerer Forschungsreaktoren international ergebenden Mangels an 99c-Technetium für knochenszintigraphische Untersuchungen, hat der Bewertungsausschuss auf Initiative des Bundesministeriums für Gesundheit in gesonderter Sitzung mit sofortiger Wirkung die als Anlage beigefügte befristete Durchführungsempfehlung beschlossen. Diese gestattet im gegebenen Ausnahmefall bei dringlichen Indikationen die alternative Diagnostik mittels einer 18-Flour-PET-Untersuchung, welche außerhalb der budgetierten Gesamtvergütung via Kostenerstattung abgerechnet werden kann. Die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung als weiteres Alternativverfahren in die Diskussion gebrachte Diagnostik mittels MRT wurde weder von Seiten der Krankenkassen noch von Seiten des Bundesministeriums für Gesundheit aufgegriffen. Die Durchführungsempfehlung soll bei Fortbestehen des Versorgungsengpasses mit 99c-Technetium über den 30. November 2008 hinaus bedarfsweise verlängert werden. Über entsprechende Beschlüsse werden wir Sie gern jeweils aktuell informieren.

Der Ordnung halber möchten wir darauf hinweisen, dass die vorgenannten Beschlüsse bis zur Erklärung der Nichtbeanstandung durch das Bundesministerium für Gesundheit noch unter Vorbehalt stehen. Nach Abschluss des Beschlussverfahrens und der Freigabe der Beschlüsse durch das Bundesministerium für Gesundheit werden wir Sie gern umgehend informieren.

Sollten Sie zu den Inhalten dieses Schreibens weitergehende Fragen haben, so stehen Ihnen zu deren Beantwortung neben dem Unterzeichner Herr Dr. Rochell sowie die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Dezernates 3 gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. Köhler

### **Anlagen**

## Simulationsberechnung der KBV zum finanziellen Zuwachs aufgrund der Beschlussfassungen des Erweiterten Bewertungsausschusses

Kassenärztliche Vereinigung	Simulierte Gesamtvergütung 2009* gemäß Beschluss in der 7. Sitzung des Erweiterten Bewertungsausschusses (27./28. August 2008)		Veränderung Gesamthonorar gegenüber 2007		Simulierte Gesamtvergütung 2009* gemäß Beschluss in der 8. Sitzung des Erweiterten Bewertungsausschusses (23. Oktober 2008)		Veränderung Gesamthonorar gegenüber 2007		Veränderung auf Grund des Beschlusses in der 8. Sitzung gegenüber dem Beschluss in der 7. Sitzung
	in Mio. Euro		in Mio. Euro	in Prozent	in Mio. Euro	in Mio. Euro	in Prozent	in Prozentpunkten	
1	2	3	4	5	6	7	8		
Schleswig-Holstein	943,5	35,1	3,9%	978,3	58,1	6,3%	2,4%		
Hamburg	676,3	45,9	7,3%	654,6	53,5	8,9%	1,6%		
Bremen	312,1	22,4	7,7%	266,7	18,9	7,6%	-0,1%		
Niedersachsen	2.882,4	358,3	14,2%	3.056,9	433,2	16,5%	2,3%		
Westfalen-Lippe	3.259,1	262,4	8,8%	2.817,2	270,2	10,6%	1,8%		
Nordrhein	3.131,1	109,6	3,6%	3.306,5	202,1	6,5%	2,9%		
Hessen	2.207,1	191,6	9,5%	2.220,1	209,3	10,4%	0,9%		
Rheinland-Pfalz	1.329,2	72,2	5,7%	1.418,0	112,4	8,6%	2,9%		
Baden-Württemberg	3.747,0	53,7	1,5%	3.775,0	92,4	2,5%	1,0%		
Bayerns	4.924,6	312,5	6,8%	4.967,4	294,4	6,3%	-0,5%		
Berlin	1.285,5	124,2	10,7%	1.308,4	142,4	12,2%	1,5%		
Saarland	357,2	36,4	11,3%	398,5	47,4	13,5%	2,2%		
Mecklenburg-Vorpommern	669,7	99,5	17,5%	695,6	112,1	19,2%	1,7%		
Brandenburg	861,3	104,7	13,8%	922,3	128,0	16,1%	2,3%		
Sachsen-Anhalt	832,4	122,2	17,2%	905,3	147,1	19,4%	2,2%		
Thüringen	765,7	136,2	21,6%	828,7	163,7	24,6%	3,0%		
Sachsen	1.496,9	216,3	16,9%	1.608,2	265,9	19,8%	2,9%		
<b>Gesamt</b>	<b>30.036,1**</b>	<b>2.658,3</b>	<b>9,7%</b>	<b>30.392,7***</b>	<b>3.004,9</b>	<b>11,0%</b>	<b>1,3%</b>		
West	25.055,1	1.624,3	6,9%	25.167,6	1.930,2	8,3%	1,4%		
Ost	4.626,0	679,0	17,2%	4.960,0	816,6	19,7%	2,5%		

\* Vergütung für Leistungen innerhalb und außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, neue Datenbasis berücksichtigt

\*\* Der Anstieg der Vergütungen für Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung wurde im Sinne einer konservativen Schätzung mit lediglich 90 Mio. Euro für die EBM-Reformen 2008 und 2009 angenommen. Zusätzlich sind die erwarteten Vergütungen für Leistungen des Hautkrebs-Screenings und der U7a in Höhe von 265 Mio. Euro in die Berechnungen einbezogen.

\*\*\* Die Ermittlung der Höhe der Vergütungen für die Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung erfolgte unter Berücksichtigung einer zu erwartenden Mengensteigerung in Höhe von 5,1 % und den Auswirkungen der EBM-Reformen 2008 und 2009; bei den AOP-Leistungen gemäß Beschluss Teil A, 1.2 Nr. 4 wurde gemäß dem Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 23.10.2008 eine Aufwertungen in Höhe von zusätzlich 30 Mio. Euro mit berücksichtigt. Zusätzlich sind die erwarteten Vergütungen für Leistungen des Hautkrebs-Screenings und der U7a in Höhe von 265 Mio. Euro in die Berechnungen einbezogen.

# **BESCHLUSS**

**des Erweiterten Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 4 SGB V  
in seiner 8. Sitzung am 23. Oktober 2008**

**zur**

## **Anpassung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM)**

**sowie zur**

## **Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung im Jahr 2009**

---

Der Erweiterte Bewertungsausschuss beschließt gemäß § 87 Abs. 4 SGB V zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung das Folgende:

### **I. Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM):**

**1. Anpassungen der Bewertungen von Gebührenordnungspositionen des EBM im Zusammenhang mit dem Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung im Jahr 2009 vom 27. und 28. August 2008 (Amtliche Bekanntmachung: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 105, Heft 38 vom 19. September 2008, A 1988 – A 1998) mit Wirkung zum 1. Januar 2009**

#### **1.1 Bewertung der Leistungen im organisierten Notfalldienst und im Notfall**

Die Leistungen im organisierten Notfalldienst und im Notfall (Abschnitt 1.2) werden mit dem Anpassungsfaktor 1,1018 höher bewertet.

#### **1.2 Bewertung der Leistungen der Früherkennung von Krankheiten und der Mutterschaftsvorsorge**

Die Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern und Erwachsenen (Abschnitte 1.7.1 und 1.7.2, exklusive der GOP 01745 und 01746) und die Leistungen der Mutterschaftsvorsorge (Abschnitt 1.7.4) werden mit dem Anpassungsfaktor von 1,2719 höher bewertet.

#### **1.3 Bewertung der Leistungen des Mammographie-Screenings**

Die Leistungen zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening (GOP 01750 bis 01758) werden mit dem Anpassungsfaktor von 1,3430 höher bewertet.

#### **1.4 Bewertung der Leistung U7a**

Die Leistung der Untersuchung U7a (GOP 01723) wird mit dem Anpassungsfaktor von 1,2719 höher bewertet.

#### **1.5 Bewertung der Leistungen der Vakuumstanzbiopsie**

Die Leistungen der Vakuumstanzbiopsie (GOP 01759 und 34274) werden mit dem Anpassungsfaktor von 1,1937 höher bewertet.

#### **1.6 Bewertung der Leistungen der Substitutionsbehandlung bei Drogenabhängigkeit**

Die Leistungen der Substitutionsbehandlung bei Drogenabhängigkeit (Abschnitt 1.8) werden mit dem Anpassungsfaktor von 1,1206 höher bewertet.

#### **1.7 Bewertung der Leistungen der Strahlentherapie**

Die Leistungen der Strahlentherapie des Kapitels 25 EBM werden im Sinne der Fortschreibung des bisherigen Vergütungsniveaus mit dem Anpassungsfaktor von 0,9684 angepasst.

#### **1.8 Bewertung der Leistungen der Schmerztherapie**

Die Leistungen der Schmerztherapie (Abschnitt 30.7.1) werden mit dem Anpassungsfaktor von 1,3223 höher bewertet.

#### **1.9 Bewertung der Leistungen der Akupunktur**

Die Leistungen der Akupunktur (Abschnitt 30.7.3) werden mit dem Anpassungsfaktor von 1,1733 höher bewertet.

#### **1.10 Bewertung der Leistungen der Polysomnographie**

Die Leistungen der Polysomnographie (GOP 30901) werden mit dem Anpassungsfaktor von 1,2063 höher bewertet.

#### **1.11 Bewertung der Leistungen der MRT-Angiographie**

Die Leistungen der MRT-Angiographie (Abschnitt 34.4.7) werden mit dem Anpassungsfaktor von 1,1706 höher bewertet.

#### **1.12 Bewertung der Leistungen des ambulanten Operierens, der PTK, der Koloskopie und der ERCP**

Die Leistungen des ambulantes Operierens (Abschnitte 31.2, 31.5) einschließlich der Phototherapeutischen Keratektomie (GOP 31362), der Koloskopie und der ERCP (GOP 13421 bis 13431, 04514, 04515, 04518, 04520) werden mit dem Anpassungsfaktor von 1,1545 höher bewertet.

**1.13 Bewertung der Begleitleistungen zum ambulanten Operieren und der Leistungen des Abschnitts 31.6**

Die Begleitleistungen für ambulante Operationen der Abschnitte 31.1, 31.3, 31.4 und die Leistungen des Abschnitts 31.6 werden mit dem Anpassungsfaktor von 1,025 höher bewertet.

**1.14 Bewertung der Leistungen der antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapie**

Zur Gewährleistung der angemessenen Höhe der Vergütung je Zeiteinheit für psychotherapeutische Leistungen gemäß § 87 Abs. 2c Satz 6 SGB V beschließt der Erweiterte Bewertungsausschuss abweichend vom Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 7. Sitzung am 27./28. August 2008 Beschluss Teil D, 2.2 die Anpassung der derzeit gültigen Bewertungen der antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der Psychotherapie gemäß Abschnitt 35.2 mit dem Faktor in Höhe von 1,3196.

**1.15 Bewertung der belegärztlichen Leistungen, der systemischen fibrinolytischen Therapie, der Radiojodtherapie und der belegärztlich erbrachten Geburtshilfe**

Die belegärztlichen Leistungen des Kapitels 36, die Leistungen der systemischen fibrinolytischen Therapie (GOP 13311), der Radiojodtherapie (GOP 17370) und der belegärztlich erbrachten Geburtshilfe (Abschnitt 8.4 EBM) werden mit Wirkung zum 1. Januar 2009 mit dem Anpassungsfaktor von 1,1869 höher bewertet.

**1.16 Anpassung der laborärztlichen Grundpauschale mit Wirkung zum 1. April 2009**

Die Grundpauschale für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin und ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin bei Probeneinsendung (GOP 12220) wird im Sinne der Fortschreibung des bisherigen Vergütungsniveaus mit Wirkung zum 1. April 2009 mit einem Anpassungsfaktor von 0,6407 angepasst.

**II. Ergänzungen/Änderungen zum Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung im Jahr 2009 vom 27./28. August 2008 (Amtliche Bekanntmachung: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 105, Heft 38 vom 19. September 2008, A 1988 – A 1998)**

**1. Änderung Beschluss Teil A (Anpassung der HVV-Quote)**

Die HVV-Quote gemäß Nr. 2.2, Satz 3, beträgt 0,9048.

**2. Änderung Beschluss Teil A (Anpassung des Orientierungswertes)**

Das Bundesministerium für Gesundheit weist im Rahmen der Prüfung des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 6 Satz 2 SGB V auf die Korrektur seiner im Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 27./28. August 2008 zu Grunde gelegten ursprünglichen Schätzung der Veränderungsrate des Anstiegs der Grundlohnsumme für das Jahr 2009 von 1,47 auf 1,41 vom Hundert hin. Unter Berücksichtigung dieser Schätzungskorrektur und der Neufestsetzung der Anpassungsfaktoren wird der Orientierungswert gemäß Nr. 4, Satz 2 für das Jahr 2009 in Höhe von 3,5001 Cent festgelegt.

**3. Änderung Beschluss Teile A und B - Auswirkungen von Punktzahländerungen im EBM**

Die Anpassungsfaktoren gemäß Beschluss Teil A, Nr. 2.4 werden wie folgt geändert:

- Die Anpassungsfaktoren nach den Nrn. 1 bis 4 werden entsprechend den Anpassungsfaktoren für die korrespondierenden Leistungen gemäß diesem Beschluss I. Nrn. 1.8 bis 1.11 angepasst.
- Der Anpassungsfaktor nach der Nr. 5 wird auf den Wert von 1,2944 angepasst.

Bei der Anpassung der Leistungsmenge gemäß Beschluss Teil B, Nr. 2 des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 27./28. August 2008 gilt darüber hinaus für die Leistungen gemäß I. Nr. 1.1 und I Nr. 1.16 dieses Beschlusses der jeweils dort festgelegte Anpassungsfaktor.

**4. Änderung Beschluss Teil B (Anpassung der HVV-Quoten)**

Nach Überprüfung der Auswirkungen des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 27./28. August 2008 setzt der Erweiterte Bewertungsausschuss die Honorarverteilungsquoten der Kassenärztlichen Vereinigungen gemäß Beschluss Teil B Nr. 1.2 wie folgt neu fest:

- |  |             |        |
|--|-------------|--------|
| - Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein | in Höhe von | 0,9176 |
| - Für den KV-Bezirk Hamburg            | in Höhe von | 0,8975 |
| - Für den KV-Bezirk Bremen             | in Höhe von | 0,8967 |
| - Für den KV-Bezirk Niedersachsen      | in Höhe von | 0,9022 |
| - Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe    | in Höhe von | 0,9048 |
| - Für den KV-Bezirk Nordrhein          | in Höhe von | 0,9155 |

- Für den KV-Bezirk Hessen	in Höhe von	0,9040
- Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz	in Höhe von	0,9133
- Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg	in Höhe von	0,9094
- Für den KV-Bezirk Bayerns	in Höhe von	0,8954
- Für den KV-Bezirk Berlin	in Höhe von	0,8956
- Für den KV-Bezirk Saarland	in Höhe von	0,9014
- Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern	in Höhe von	0,9517
- Für den KV-Bezirk Sachsen	in Höhe von	0,9517
- Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt	in Höhe von	0,9517
- Für den KV-Bezirk Brandenburg	in Höhe von	0,9517
- Für den KV-Bezirk Thüringen	in Höhe von	0,9517

## 5. Protokollnotizen zu Beschluss Teil H

Der Erweiterte Bewertungsausschuss geht davon aus, dass mit der Neubewertung der Gebührenordnungspositionen für das Ambulante Operieren gemäß I. Nr. 1.12 in der Regel die Versorgung mit diesen Leistungen sichergestellt werden kann.

Der Erweiterte Bewertungsausschuss geht davon aus, dass mit der Neubewertung der Leistungen des Mammographie-Screenings gemäß I. Nr. 1.3 bei durchschnittlicher Auslastung der Einrichtungen des Mammographie-Screenings die Leistungen sichergestellt werden können.

## **DURCHFÜHRUNGSEMPFEHLUNG**

### **des Bewertungsausschuss nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V zur Überbrückung des Engpasses mit Radiopharmaka für nuklearmedizinische Untersuchungen in Deutschland mit Wirkungszeitraum ab 23. Oktober 2008 bis vorläufig zum 03. Dezember 2008**

---

#### **Präambel**

Aufgrund des Versorgungsengpasses bei Radionukliden ist es zur Sicherstellung der Versorgung der Patienten mit therapieentscheidenden nuklearmedizinischen Untersuchungen erforderlich, dass als Substitut für stark radionuklidverbrauchende Knochenszintigraphien mit <sup>99m</sup>Tc-Technetium PETs mit radioaktiven Fluorverbindungen durchgeführt werden. Der Bewertungsausschuss empfiehlt daher für die Übergangszeit bis zur Wiederherstellung einer stabilen Versorgungslage folgendes Vorgehen:

#### **Empfehlung**

Ab dem Zeitpunkt des Vorliegens aller rechtlichen Voraussetzungen durch die zuständigen Genehmigungsbehörden\* können zum Nachweis von Knochenmetastasen therapieentscheidende Untersuchungen bei Malignomen übergangsweise, zunächst auf Grund der geschätzten Dauer des Engpasses durch das Bundesministerium für Gesundheit bis 03.12.2008 in Form von PET-Untersuchung mit <sup>18</sup>F-Fluorid vorgenommen werden. Die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit (gemäß §§ 12 und 70 SGB V) sind zu berücksichtigen.

Die Indikationen zu den Untersuchungen sind eingehend zu prüfen und sollen sich nur auf solche Untersuchungen beziehen, die:

- für den Patienten therapieentscheidend sind,
  - auf Grund der Erkrankung und/oder der erforderlichen Therapie unaufschiebbar sind,
- oder bei
- Vorliegen einer malignen Erkrankung oder einer Erkrankung bei der ohne Behandlung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität zu erwarten ist.

Bei Anwendung der PET-Untersuchung mit <sup>18</sup>F-Fluorid erfolgt die Vergütung im Rahmen einer Pauschalersatzung über die Kassenärztlichen Vereinigungen. Mit der bundeseinheitlichen Gebührenordnungsposition 88738 sind die Leistungen der Positronenemissionstomographie ggf. mit quantitativer Auswertung sowie die Kosten für das Radionuklid einschließlich der Transportkosten abgegolten. Die Gebührenordnungsposition 88738 ist mit 500 Euro bewertet, die Vergütung erfolgt außerhalb der budgetierten und pauschalierten Gesamtvergütung. Alle weiteren Leistungen werden nach dem gültigen EBM abgerechnet.

Eine Bereinigung der pauschalierten und budgetierten Gesamtvergütungen erfolgt in dem Umfang, in welchem die Vergütung der durch die genannten Verfahren substituierten Knochenszintigraphien erfolgt wäre. Hierzu ermitteln die Gesamtvertragspartner die Häufigkeit der Anwendung der PET-Untersuchung mit 18-Fluorid, die zum Zwecke der Substitution der Knochenszintigraphie durchgeführt worden sind. Auf der Grundlage der Häufigkeiten und dem durchschnittlichen Vergütungsvolumen sind die Bereinigungsbeträge zu ermitteln.

Für die Berechnung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen 2010 und der Regelleistungsvolumen für das Jahr 2009 sowie die ggf. erforderlichen Anpassungen durch aufgeschobene Szintigraphien im 1. Quartal 2009 erfolgt eine Korrektur der Fallzahlen und Fallwerte regional, ggf. unter Berücksichtigung geeigneter Vergleichszeiträume.

Bei Fortbestehen des Versorgungsengpasses mit 99m-Technetium über den 03.12.2008 hinaus (Feststellung durch das BMG) wird diese Durchführungsvereinbarung entsprechend der voraussichtlichen Dauer des Fortbestehens des Versorgungsengpasses von den Organen der Selbstverwaltung verlängert.

*\*Dazu bedarf es nach Information des BMG der Erteilung der entsprechenden arzneimittelrechtlichen Herstellungserlaubnis und der strahlenschutzrechtlichen Umgangsgenehmigung für 18-Fluorid durch die zuständigen Landesbehörden.*