

B E S C H L U S S

des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 SGB V in seiner 408. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

zu Empfehlungen gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 SGB V bzw. § 87a Abs. 5 Satz 7 i. V. m. § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 SGB V im Zusammenhang mit der Aufnahme der Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 37.3 (Besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung gemäß Anlage 30 zum BMV-Ä) in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM)

mit Wirkung zum 1. Oktober 2017

Der Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 SGB V in seiner 398. Sitzung am 25. Juli 2017 zu Empfehlungen gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 SGB V bzw. § 87a Abs. 5 Satz 7 i.V.m. § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 SGB V sowie Vorgaben zur Anpassung der kassenspezifischen Aufsatzwerte des bereinigten Behandlungsbedarfs gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 SGB V und der Anteile der einzelnen Krankenkassen gemäß § 87a Abs. 4 Satz 2 SGB V im Zusammenhang mit der Aufnahme des Abschnitts 37.3 (Besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung gemäß Anlage 30 zum BMV-Ä) in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) wird mit Wirkung zum 1. Oktober 2017 aufgehoben und ebenfalls mit Wirkung zum 1. Oktober 2017 durch folgende Empfehlungen gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 SGB V bzw. § 87a Abs. 5 Satz 7 i. V. m. § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 SGB V im Zusammenhang mit der Aufnahme der Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 37.3 (Besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung gemäß Anlage 30 zum BMV-Ä) in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) ersetzt:

1. Mit Wirkung zum 1. Oktober 2017 werden auf der Grundlage von § 87 Absatz 1b SGB V die Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 37.3 (Besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung gemäß Anlage 30 zum BMV-Ä) in den EBM aufgenommen.

2. Die Einführung der Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 37.3 führt ggf. zu Einsparungen bei den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 3.2.5 und 4.2.5 (Substitution).
3. Der Bewertungsausschuss stellt fest, dass der finanzielle Mehrbedarf der Einführung der Leistungen des Abschnitts 37.3 ggf. teilweise durch Einsparungen in anderen geeigneten Bereichen finanziert werden kann.
4. Die Finanzierung des Mehrbedarfs für die Einführung der Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 37.3 erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen.
5. Der Bewertungsausschuss prüft eine Überführung der Leistungen des Abschnitts 37.3 in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung frühestens mit Wirkung zum 1. Oktober 2019. Die Überprüfung erfolgt nach Vorgaben des Bewertungsausschusses durch das Institut des Bewertungsausschusses.
6. Der Bewertungsausschuss empfiehlt den Partnern der Gesamtverträge, die Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 3.2.5 und 4.2.5 ab dem 1. Oktober 2017 außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu finanzieren und ab 1. Oktober 2019 in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zurück zu überführen. Dabei wird jeweils das Verfahren zur Berücksichtigung einer geänderten Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gemäß Nr. 2.2.1.2 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 383. Sitzung vom 21. September 2016, geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 401. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), oder entsprechender Folgebeschlüsse, zu Vorgaben für ein Verfahren zur Ermittlung der Aufsatzwerte und der Anteile einzelner Krankenkassen angewendet, wobei die KV-spezifischen Abstaffelungsquoten in Nummer 2.2.1.2, Ziffer 2 des genannten Beschlusses in beiden Fällen nicht auf eins gesetzt werden.

Entscheidungserhebliche Gründe

zum Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 SGB V in seiner 408. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zu Empfehlungen gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 SGB V bzw. § 7a Abs. 5 Satz 7 i. V. m. § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 SGB V im Zusammenhang mit der Aufnahme der Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 37.3 (Besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung gemäß Anlage 30 zum BMV-Ä) in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) mit Wirkung zum 1. Oktober 2017

1. Rechtsgrundlage

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband vereinbaren gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V im Bewertungsausschuss den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) und Empfehlungen gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 SGB V und § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V i. V. m. § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 SGB V.

2. Regelungsinhalte und Regelungshintergründe

Mit Wirkung zum 1. Oktober 2017 werden Leistungen zur besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung gemäß Anlage 30 zum BMV-Ä in den Abschnitt 37.3 des EBM aufgenommen.

Der Bewertungsausschuss geht davon aus, dass es mit der Einführung der Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 37.3 ggf. zu Einsparungen bei den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 3.2.5 und 4.2.5 kommen kann.

Die Finanzierung des entstehenden Mehrbedarfs für die Einführung der Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 37.3 erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen. Eine Prüfung der Überführung der Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 37.3 in die morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen durch den Bewertungsausschuss erfolgt frühestens zum 1. Oktober 2019.

Darüber hinaus empfiehlt der Bewertungsausschuss aufgrund einer möglichen Substitution der Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 3.2.5 und 4.2.5 durch die Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 37.3 eine vom 1. Oktober 2017 bis zum 30. September 2019 befristete Finanzierung der Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 3.2.5 und 4.2.5 außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

Der Bewertungsausschuss hatte im Rahmen seines Beschlusses aus der 398. Sitzung am 25. Juli 2017 zu Empfehlungen gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 SGB V bzw. § 87a Abs. 5 Satz 7 i.V.m. § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 SGB V sowie Vorgaben zur Anpassung der kassenspezifischen Aufsatzwerte des bereinigten Behandlungsbedarfs gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 SGB V und der Anteile der einzelnen Krankenkassen gemäß § 87a Abs. 4 Satz 2 SGB V im Zusammenhang mit der Aufnahme des Abschnitts 37.3 (Besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung gemäß Anlage 30 zum BMV-Ä) in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) spezielle Vorgaben für die Ausdeckelung im Zusammenhang mit der Einführung der besonders qualifizierten koordinierten palliativmedizinischen Versorgung gemacht. Diese sahen die Bestimmung kassenindividueller Leistungsbedarfsanteile der jeweiligen Bereiche vor. Ein Abweichen vom üblichen Ausdeckelungsverfahren gemäß Aufsatzwertebeschluss ist jedoch für diesen Sachverhalt nicht notwendig. Vor diesem Hintergrund hat der Bewertungsausschuss nach nochmaliger Abwägung des Aufwandes zum Nutzen dieses Vorgehens beschlossen, auf dieses spezielle Verfahren der Ausdeckelung zu verzichten, den o. g. Beschluss aufzuheben und durch diese Vorgaben zu ersetzen.

3. Inkrafttreten

Dieser Beschluss tritt mit Wirkung zum 1. Oktober 2017 in Kraft.