

Entscheidungserhebliche Gründe

zum Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 302. Sitzung am 19. März 2013 zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) mit Wirkung zum 1. Juli 2013

1. Rechtsgrundlage

Gemäß § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V hat der Bewertungsausschuss mit Beschluss in seiner 302. Sitzung eine Vereinbarung zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) getroffen. Der Bewertungsausschuss folgt damit der gesetzlichen Vorgabe nach § 87 Abs. 2 Satz 2 SGB V, wonach der Einheitliche Bewertungsmaßstab in bestimmten Zeitabständen daraufhin zu überprüfen ist, ob die Leistungsbeschreibungen und ihre Bewertungen noch dem Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik sowie dem Erfordernis der Rationalisierung im Rahmen wirtschaftlicher Leistungserbringung entsprechen. Darüber hinaus hat der Bewertungsausschuss gemäß § 87 Abs. 3a Satz 1 SGB V die Auswirkungen seiner Beschlüsse unter anderem auch auf die vertragsärztlichen Honorare regelmäßig zu analysieren. Der Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 288. Sitzung am 22. Oktober 2012 zu Grundsätzen und Eckpunkten zur Änderung und Weiterentwicklung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes sieht einen Beschluss zur Anpassung der Dialysesachkosten und ggf. damit zusammenhängender ärztlicher Leistungen mit Wirkung zum 1. April 2013 vor. Mögliche Einsparungen aus der Anpassung der Sachkostenpauschalen verbleiben in der GKV und stehen für die Verbesserung der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten zur Verfügung.

2. Regelungshintergründe

Mit Beschluss Nr. 122 der Partner des Bundesmantelvertrages-Ärzte bzw. mit Beschluss Nr. 939 der AG Ärzte/Ersatzkassen (schriftliche Beschlussfassung) wurde eine stufenweise Anpassung der Bewertungen der leistungsbezogenen Kostenpauschalen für Sach- und Dienstleistungen bei Behandlung mit renalen Ersatzverfahren und extrakorporalen Blutreinigungsverfahren des Abschnitts 40.14 EBM beschlossen. Aufgrund der Anpassung der Bewertungen der leistungsbezogenen Kostenpauschalen des Abschnitts 40.14 EBM werden die sich ergebenden Einsparungen zum Teil zur Finanzierung der Anpassung der Gebührenordnungspositionen 04560 und 13600 bereitgestellt mit dem Ziel, die Versorgung der Versicherten zu verbessern.

Aus diesem Grund hat der Bewertungsausschuss entschieden, die Leistungslegendierung der Gebührenordnungsposition 04560 und 13600 zu ändern. Nationale (zum Beispiel: Nationale Versorgungsleitlinie Typ-2-Diabetes Nephropathie) und internationale (zum Beispiel: Clinical Practice Guidelines For Chronic Kidney Disease) Leitlinien empfehlen die Mitbetreuung von chronisch niereninsuffizienten Patienten mit einer glomerulären Filtrationsrate unter $60 \text{ ml/min/1,73 m}^2$ Körperoberfläche durch einen Facharzt für Nephrologie. Der Bewertungsausschuss erweitert deshalb stufenweise den Patientenkreis, für den die Gebührenordnungspositionen 04560 und 13600 berechnet werden können, und unterstützt auf diese Weise eine leitliniengerechte Versorgung von chronisch niereninsuffizienten Patienten. Ab dem 1. Juli 2013 können die Gebührenordnungspositionen 04560 und 13600 auch bei Patienten mit einer glomerulären Filtrationsrate unter $40 \text{ ml/min/1,73 m}^2$ Körperoberfläche abgerechnet werden. Der Bewertungsausschuss beabsichtigt, die Berechnungsfähigkeit der Gebührenordnungspositionen 04560 und 13600 ab dem 1. Januar 2015 auch bei Patienten mit einer glomerulären Filtrationsrate unter $60 \text{ ml/min/1,73 m}^2$ Körperoberfläche zu beschließen, falls die in Teil B des Beschlusses Nr. 122 der Partner des Bundesmantelvertrages-Ärzte bzw. des Beschlusses Nr. 939 der AG Ärzte/Ersatzkassen angekündigte zweite Stufe der Anpassung der Dialysewochen und -einzelpauschalen mit Wirkung zum 1. Januar 2015 beschlossen wird.

3. Inkrafttreten

Der Beschluss tritt mit Wirkung zum 1. Juli 2013 in Kraft.