

EMPFEHLUNG

des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 378. Sitzung am 10. August 2016

zur Finanzierung des im Zusammenhang mit der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (SQS) bei der Erbringung von „Perkutanen Koronarinterventionen (PCI) und Koronarangiographien“ entstehenden zusätzlichen Aufwandes bei Leistungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM)

mit Wirkung zum 1. Oktober 2016

Der Bewertungsausschuss gibt im Zusammenhang mit dem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses am 19. Februar 2015 zur Änderung der Richtlinie nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 i.V.m. § 136 Abs. 1 Nr. 1 SGB V über die einrichtungs- und sektorenübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung (Aufnahme von Verfahren 1: Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie 1 in Teil 2) und der daraus resultierenden Bewertungsänderung der Gebührenordnungsposition 34291 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) sowie der Aufnahme der Kostenpauschale 40306 in den EBM zum 1. Oktober 2016 folgende Empfehlung gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 SGB V bzw. § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V i. V. m. § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 SGB V ab:

1. Mit Wirkung zum 1. Oktober 2016 wird die Bewertung der Gebührenordnungsposition 34291 des EBM um 92 Punkte erhöht und die Kostenpauschale 40306 in den Abschnitt 40.6 des EBM aufgenommen.
2. Die Erhöhung der Bewertung der Gebührenordnungsposition 34291 sowie die Aufnahme der Kostenpauschale 40306 führen nicht zu Einsparungen bei anderen Leistungen (Substitution).
3. Der Bewertungsausschuss stellt fest, dass der finanzielle Mehrbedarf der Erhöhung der Bewertung der Gebührenordnungsposition 34291 sowie die Einführung der Sachkostenpauschale 40306 nicht durch Einsparungen in anderen geeigneten Bereichen finanziert werden kann.
4. Die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung wird um den erwarteten Mehrbedarf für die Gebührenordnungsposition 34291 erhöht. Der Erhöhungsbetrag ergibt sich aus dem durch die Bewertungserhöhung zusätzlich angenommenen Vergütungsvolumen der Gebührenordnungsposition 34291.

5. Die Kostenpauschale 40306 wird außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanziert.
6. Die Überführung der Kostenpauschale 40306 in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung erfolgt gemäß Nr. 5 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 323. Sitzung am 25. März 2014 zu einem Verfahren zur Aufnahme von neuen Leistungen in den EBM.