

BESCHLUSS

des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 323. Sitzung am 25. März 2014

zu einem Verfahren zur Aufnahme von neuen Leistungen in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM)

mit Wirkung zum 1. April 2014

Der Bewertungsausschuss beschließt folgende Grundsätze für ein Verfahren zur zeitnahen Aufnahme von neuen Leistungen in den EBM:

1. Vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beschlossene neue Leistungen werden zeitnah in den EBM aufgenommen. Die Beratungen des Bewertungsausschusses über die Leistungslegende und die Höhe der Bewertung einer neuen Leistung sind innerhalb einer Frist von drei Monaten nach Inkrafttreten des entsprechenden Beschlusses des G-BA abzuschließen und der Beschluss des Bewertungsausschusses über die Aufnahme der neuen Leistung in den EBM ist zum nächstmöglichen Termin in Kraft zu setzen. Soweit im Bewertungsausschuss das erforderliche Einvernehmen nicht erreicht werden kann, ist unmittelbar eine Entscheidung des Erweiterten Bewertungsausschusses herbeizuführen. Diese Regelungen gelten auch bei Änderungen von Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, die eine Anpassung des EBM erfordern.
2. Soweit in den Beschlüssen des G-BA verbindliche Vorgaben oder Anforderungen zur Erbringung einer neuen Leistung enthalten sind, ist dies bei der Ausgestaltung der Gebührenordnungsposition im EBM zu berücksichtigen. Die Bewertung der neuen Leistung ist gemäß den Kalkulationsgrundsätzen des Standardbewertungssystems (StaBS) festzulegen. Das Institut des Bewertungsausschusses wird gemeinsam beauftragt, auf dieser Grundlage einen Vorschlag zur Leistungsstruktur und zur Bewertung vorzulegen.

3. Der für die Umrechnung der gemäß StaBS ermittelten Kosten einer neuen Leistung in Punktzahlen des EBM anzuwendende Kalkulationspunktwert beträgt 10,00 Cent. Im Rahmen der vereinbarten Überprüfung und Weiterentwicklung des EBM gemäß des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 288. Sitzung am 22. Oktober 2012 erfolgt auch eine Neubewertung der für neue Leistungen ermittelten Punktzahlen durch die vom Institut des Bewertungsausschusses entwickelte quantitative Bewertungsmethodik.
4. Soweit neue Leistungen zusätzlich zu den bestehenden Leistungen erbracht werden, erfolgt die Finanzierung zunächst außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV). Werden bestehende Leistungen durch die neue Leistung ganz oder teilweise ersetzt, ist diese Substitution durch entsprechende Bereinigung der MGV zu berücksichtigen. Für die Bereinigung ist das vom Bewertungsausschuss in seiner 314. Sitzung am 29. August 2013 in Beschlussteil A unter Nr. 2.2.1.2 beschlossene Verfahren zur Berücksichtigung einer geänderten Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung anzuwenden.
5. Die Vergütung neuer Leistungen außerhalb der MGV wird grundsätzlich auf zwei Jahre befristet. Die Leistungen werden am Ende dieser Frist in die MGV überführt, wenn die Mengenentwicklung eine weitere extrabudgetäre Vergütung nicht erfordert. Soweit dazu kein Einvernehmen besteht, ist eine Entscheidung des Erweiterten Bewertungsausschusses herbeizuführen. Bei der Überführung einer neuen Leistung in die MGV ist das vom Bewertungsausschuss in seiner 314. Sitzung am 29. August 2013 in Beschlussteil A unter Nr. 2.2.1.2 beschlossene Verfahren zur Berücksichtigung einer geänderten Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung anzuwenden.
6. Erforderliche Vereinbarungen zur Sicherung der Qualität der erbrachten Leistungen nach § 135 Abs. 2 SGB V sind zeitgleich zum Inkrafttreten des Beschlusses des Bewertungsausschusses über die Aufnahme einer neuen Leistung abzuschließen.