

DURCHFÜHRUNGSEMPFEHLUNG

des Bewertungsausschuss nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 193. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zur Finanzierung der Kostenpauschalen im Zusammenhang mit der Einführung der Verordnung besonderer Arzneimitteltherapie zum 1. Juli 2009

Der Bewertungsausschuss gibt im Zusammenhang mit der Einführung von Kostenpauschalen in das Kapitel 40 für die Beantragung und Beurteilung der besonderen Arzneimitteltherapie zur Behandlung der pulmonal arteriellen Hypertonie (PAH) unter Verwendung der Muster 71 und 71A durch den behandelnden Arzt bzw. durch den Arzt der besonderen Arzneimitteltherapie gemäß Anlage XI zum Abschnitt N der Arzneimittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zum 01. Juli 2009 folgende Durchführungsempfehlung ab.

Mit Wirkung zum 01. Juli 2009 werden die Kostenpauschalen 40865 bis 40868 für die Beantragung und Beurteilung der besonderen Arzneimitteltherapie zur Behandlung der PAH durch den behandelnden Arzt bzw. durch den Arzt der besonderen Arzneimitteltherapie gemäß Anlage XI zum Abschnitt N der Arzneimittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses in das Kapitel 40 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) aufgenommen. Der Bewertungsausschuss hat sich über die Grundsätze zur Finanzierung dieser Leistungen wie folgt verständigt:

- (1) Die Einführung der Kostenpauschalen 40865 bis 40868 führt nicht zu Einsparungen bei anderen Leistungen (Substitution).
- (2) Der Bewertungsausschuss stellt fest, dass der finanzielle Mehrbedarf der Einführung der Kostenpauschalen 40865 bis 40868 nicht durch Einsparungen in anderen geeigneten Bereichen finanziert werden kann.
- (3) Die Finanzierung des Mehrbedarfs für die Aufnahme der Kostenpauschalen erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen sowie außerhalb der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen.
- (4) Der Bewertungsausschuss prüft bis zum 1. Januar 2012, ob der Leistungsbedarf aus den Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 40865 bis 40868 in die vorhersehbare morbiditätsbedingte Gesamtvergütung überführt werden kann.

Die Übernahme des Leistungsbedarfs aus den Gebührenordnungspositionen 40865 bis 40868 in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung erfolgt spätestens zu dem

Zeitpunkt, ab dem der Anstieg der Morbidität vollständig mit Hilfe des Patientenklassifikationssystems nach § 87a SGB V gemessen wird.

- (5) Der Bewertungsausschuss empfiehlt den Partnern der Gesamtverträge eine unverzügliche Aufnahme der Beratungen zur Umsetzung des Verfahren im Rahmen der Verordnung besonderer Arzneimittel nach § 73d SGB V.

Protokollnotiz:

1. Die Rechnungslegung der Kostenpauschalen 40865 bis 40868 erfolgt im Formblatt 3 im Konto 400 – Ärztliche Behandlung – Kapitel 40, Abschnitt 17, Ebene 6.
2. Der Bewertungsausschuss stellt mit Bezug zu 3. weiterhin fest, dass die Kostenpauschalen 40865 bis 40868 auch nicht Bestandteil der Veränderungsrate der morbiditätsbedingten Leistungsmenge 2009 gemäß Beschluss Teil B Nr. 4 des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung im Jahr 2009 vom 27./28. August 2008 (amtl. Bekanntmachung: Deutsches Ärzteblatt, Jahrgang 105, Heft 38 vom 19. September 2008, A 1988 bis 1998) sind. Daher sind die Kostenpauschalen 40865 bis 40868 nicht Bestandteil der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, unabhängig von ggf. anderweitigen Festlegungen im Hinblick auf Beschluss Teil B Nr. 4 des vorgenannten Beschlusses auf Landesebene.