

B E S C H L U S S
Nr. 122

durch die Partner des Bundesmantelvertrages

anstelle der 123. Sitzung

(schriftliche Beschlussfassung)

**zur Bewertung der leistungsbezogenen Kostenpauschalen
für Sach- und Dienstleistungen bei Behandlung mit renalen Ersatzverfahren
und extrakorporalen Blutreinigungsverfahren gemäß Abschnitt 40.14 EBM**

Die Partner des Bundesmantelvertrages beschließen:

Teil A mit Wirkung zum 1. Juli 2013

- I. Die bisher gültige Fassung von Abschnitt 40.14 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) tritt mit Wirkung zum 1. Juli 2013 außer Kraft.
- II. Zum 1. Juli 2013 tritt folgende neue Fassung des Abschnitts 40.14 des EBM in Kraft:
 - 40.14 Leistungsbezogene Kostenpauschalen für Sach- und Dienstleistungen bei Behandlung mit renalen Ersatzverfahren und extrakorporalen Blutreinigungsverfahren
 1. Eine Behandlungswoche ist jede Kalenderwoche, in der die wöchentlichen Dialysen (d.h. mindestens 3 Hämodialysentage bzw. IPD-Dialysetage oder mindestens 4 von 7 Peritonealdialysentagen als CAPD bzw. CCPD) durchgeführt werden.
 2. Eine Dialysewoche ist definiert als eine abgerechnete Kostenpauschale nach der Gebührenordnungsposition 40823 oder als drei abgerechnete Kostenpauschalen nach der Gebührenordnungsposition 40824.
 3. Die Preise für die Kostenpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 40823 und 40824 werden nach der Anzahl der Dialysewochen der Betriebsstätte/Nebenbetriebsstätte im abgerechneten Quartal in vier Preisstufen differenziert.

Bis zur 650. Dialysewoche im abgerechneten Quartal werden die Kostenpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 40823 und 40824 mit den Preisen der Preisstufe 1 vergütet. Von der 651. bis zur 1300. Dialysewoche im abgerechneten Quartal erfolgt die Vergütung dieser Gebührenordnungspositionen mit den Preisen der Preisstufe 2. Von der 1301. bis zur 1950. Dialysewoche im abgerechneten Quartal erfolgt die Vergütung mit den Preisen der Preisstufe 3. Ab der 1951. Dialysewoche im abgerechneten Quartal werden diese Gebührenordnungspositionen mit den Preisen der Preisstufe 4 vergütet.

Ein Beispiel: Eine Betriebsstätte/Nebenbetriebsstätte rechnet 1400 Kostenpauschalen nach der Gebührenordnungsposition 40823 und 600 Kostenpauschalen nach der Gebührenordnungsposition 40824 ab. Für die Betriebsstätte/Nebenbetriebsstätte ergeben sich somit 1600 Dialysewochen. Im Ergebnis werden der Betriebsstätte/Nebenbetriebsstätte von den 1600 Dialysewochen 650 mit dem Preis der Preisstufe 1, weitere 650 Dialysewochen mit dem Preis der Preisstufe 2 und 300 Dialysewochen mit dem Preis der Preisstufe 3 vergütet.

Die Unterscheidung der erbrachten Dialysewochen im abgerechneten Quartal nach dem Ort der Erbringung (Betriebsstätte/Nebenbetriebsstätte) setzt voraus, dass Betriebsstätte und Nebenbetriebsstätte(n) sich nicht in derselben Örtlichkeit (zum Beispiel im gleichen Gebäude oder Gebäudekomplex) befinden. Andernfalls werden die in Betriebs- und Nebenbetriebsstätte(n) einer Praxis erbrachten Dialysewochen so zusammengefasst, als wenn sie in einer Betriebsstätte/einem Ort erbracht worden wären. Erbringen Praxen, Praxen mit angestellten Ärzten, Berufsausübungsgemein-

schaften, Medizinische Versorgungszentren, ermächtigte Einrichtungen oder rechtlich voneinander unabhängige Dialyseeinrichtungen Leistungen des Abschnitts 40.14 EBM in derselben Örtlichkeit und nutzen dabei gemeinsam apparative Ausstattungen (Anlage zur Dialysewasseraufbereitung in Verbindung mit Dialysewasser-Ringleitung), so werden die von diesen Dialyseeinrichtungen abgerechneten Kostenpauschalen 40823 und 40824 mit einem Abschlag in Höhe von 5 Prozent versehen.

Ein Abschlag auf die Kostenpauschalen 40823 und 40824 erfolgt nicht, wenn die betreffenden Dialyseeinrichtungen der Kassenärztlichen Vereinigung nachweisen, dass die zur Erbringung der Leistungen des Abschnitts 40.14 EBM erforderliche apparative Ausstattung (Anlage zur Dialysewasseraufbereitung in Verbindung mit Dialysewasser-Ringleitung) ausschließlich von dieser Dialysepraxis genutzt wird.

4. Die Kostenpauschalen nach den Nrn. 40820 bis 40828 enthalten alle Sachkosten, einschl. Dialysegerät, Dialysator, Schlauchsysteme, Infusionslösungen, am Dialysetag verabreichte Heparine, Aufbereitungs- und Entsorgungsmaßnahmen, Sprechstundenbedarf sowie die Kosten der Beköstigung des Patienten in Abhängigkeit von der jeweiligen Dialyseart für die Zeit der Dialysebehandlung. Weiterhin ist im Falle der Hämodialyse als Heimdialyse von dem Vertragsarzt, dem ermächtigten Arzt oder der ärztlich geleiteten Einrichtung die Erstattung der dialysebedingten Strom-, Wasser- und Entsorgungskosten an den Heimdialysepatienten sicherzustellen. Zur Erstattung kann mit dem Dialysepatienten eine Pauschale vereinbart werden. Die Kostenpauschalen nach den Nrn. 40820 bis 40828 enthalten nicht die Kosten für Arzneimittel, insbesondere Erythropoetin, Vitamin- oder Mineralstoffpräparate. Die Allgemeinen Bestimmungen Nr. 7 finden keine Anwendung.
 5. Die Berechnung der Kostenpauschalen nach den Nrn. 40820 bis 40828 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Vereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.
 6. Soweit die Partner der Gesamtverträge eine im wirtschaftlichen Ergebnis mit dieser Regelung vergleichbare niedrigere Erstattungshöhe der Kosten für nichtärztliche Dialyseleistungen vereinbart haben, können diese Vereinbarungen fortgeführt werden.
- 40820 Kostenpauschale für Sachkosten bei Durchführung von Hämodialysen, CAPD, CCPD, als Zentrums- bzw. Praxisdialyse, Heimdialyse oder zentralisierte Heimdialyse, einschl. Sonderverfahren (z. B. Hämofiltration, Hämodiafiltration) bei Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr,
je Behandlungswoche 830,00 €
- Die Gebührenordnungsposition 40820 ist je Behandlungswoche nicht neben der Gebührenordnungsposition 40821 und 40822 berechnungsfähig.*

- 40821 Kostenpauschale für Sachkosten bei Durchführung von Hämodialysen, CAPD, CCPD, als Zentrums- bzw. Praxisdialyse, Heimdialyse oder zentralisierte Heimdialyse, einschl. Sonderverfahren (z. B. Hämofiltration, Hämodiafiltration) bei Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr bei einer Feriendialyse während des Ferienaufenthalts am Ferienort oder bei Dialysen wegen beruflich bedingter oder sonstiger Abwesenheit vom Wohnort,
je durchgeführter Dialyse, höchstens zweimal in der Kalenderwoche 290,50 €

Die Gebührenordnungsposition 40821 ist je Behandlungswoche nicht neben der Gebührenordnungsposition 40820 berechnungsfähig.

- 40822 Kostenpauschale für Sachkosten bei Durchführung von Hämodialysen, CAPD, CCPD, als Zentrums- bzw. Praxisdialyse, Heimdialyse oder zentralisierte Heimdialyse, einschl. Sonderverfahren (z. B. Hämofiltration, Hämodiafiltration) bei Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr bei Dialysen am Wohnort, die nicht mindestens dreimal in der Behandlungswoche durchgeführt werden können,
je durchgeführter Dialyse, höchstens zweimal in der Kalenderwoche 276,70 €

Die Gebührenordnungsposition 40822 ist je Behandlungswoche nicht neben der Gebührenordnungsposition 40820 berechnungsfähig.

- 40823 Kostenpauschale für Sachkosten bei Durchführung von Hämodialysen als Zentrums- bzw. Praxisdialyse oder zentralisierte Heimdialyse, einschl. Sonderverfahren (z. B. Hämofiltration, Hämodiafiltration), bei Versicherten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr mit einer dialysepflichtigen Nierenerkrankung,
je Behandlungswoche

Die Kostenpauschale nach der Gebührenordnungsposition 40823 wird in Abhängigkeit von der Anzahl der Dialysewochen der Betriebsstätte/Nebenbetriebsstätte im abgerechneten Quartal bewertet. Hierbei sind Nr. 2 und Nr. 3 der Bestimmungen des Abschnitts 40.14 zu beachten.

Bewertung der Kostenpauschale (Preisstufe 1) 485,80 €

Bewertung der Kostenpauschale (Preisstufe 2) 466,30 €

Bewertung der Kostenpauschale (Preisstufe 3) 417,50 €

Bewertung der Kostenpauschale (Preisstufe 4) 398,00 €

Die Gebührenordnungsposition 40823 ist je Behandlungswoche nicht neben den Gebührenordnungspositionen 40824 bis 40828 berechnungsfähig.

- 40824 Kostenpauschale für Sachkosten bei Durchführung von Hämodialysen als Zentrums- bzw. Praxisdialyse oder zentralisierte Heimdialyse, einschl. Sonderverfahren (z. B. Hämofiltration, Hämodiafiltration), bei Versicherten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr mit einer dialysepflichtigen Nierenerkrankung bei Dialysen am Wohnort, die nicht mindestens dreimal in der Behandlungswoche durchgeführt werden

können,
je durchgeführter Dialyse, höchstens zweimal in der Kalenderwoche

Die Kostenpauschale nach der Gebührenordnungsposition 40824 wird in Abhängigkeit von der Anzahl der Dialysewochen der Betriebsstätte/Nebenbetriebsstätte im abgerechneten Quartal bewertet. Hierbei sind Nr. 2 und Nr. 3 der Bestimmungen des Abschnitts 40.14 zu beachten.

Bewertung der Kostenpauschale (Preisstufe 1) 161,90 €

Bewertung der Kostenpauschale (Preisstufe 2) 155,40 €

Bewertung der Kostenpauschale (Preisstufe 3) 139,20 €

Bewertung der Kostenpauschale (Preisstufe 4) 132,70 €

Die Gebührenordnungsposition 40824 ist je Behandlungswoche nicht neben den Gebührenordnungspositionen 40823 und 40825 berechnungsfähig.

40825 Kostenpauschale für Sachkosten bei Durchführung von Peritonealdialysen (z. B. CAPD, CCPD, IPD) oder Heimhämodialysen, bei Versicherten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr mit einer dialysepflichtigen Nierenerkrankung, je Behandlungswoche 505,40 €

Die Gebührenordnungsposition 40825 ist je Behandlungswoche nicht neben den Gebührenordnungspositionen 40823, 40824 und 40826 bis 40828 berechnungsfähig.

40826 Kostenpauschale für Sachkosten bei Durchführung von Peritonealdialysen als CAPD bzw. CCPD, bei Versicherten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr mit einer dialysepflichtigen Nierenerkrankung bei Dialysen am Wohnort, die nicht mindestens 4 von 7 Peritonealdialysetage in der Behandlungswoche umfassen, je durchgeführter Dialyse, höchstens dreimal in der Kalenderwoche 72,20 €

Die Gebührenordnungsposition 40826 ist je Behandlungswoche nicht neben den Gebührenordnungspositionen 40823 und 40825 berechnungsfähig.

40827 Kostenpauschale für Sachkosten bei Durchführung von intermittierenden Peritonealdialysen (IPD) oder Heimhämodialysen, bei Versicherten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr mit einer dialysepflichtigen Nierenerkrankung bei Dialysen am Wohnort, die nicht mindestens dreimal in der Behandlungswoche durchgeführt werden können, je durchgeführter Dialyse, höchstens zweimal in der Kalenderwoche 168,50 €

Die Gebührenordnungsposition 40827 ist je Behandlungswoche nicht neben den Gebührenordnungspositionen 40823 und 40825 berechnungsfähig.

40828 Kostenpauschale für Sachkosten bei Durchführung von Hämo- oder Peritonealdialysen, als Zentrums- bzw. Praxisdialyse, Heimdialyse oder

	zentralisierte Hemodialyse, einschl. Sonderverfahren (z. B. Hämodifiltration, Hämodiafiltration), bei Versicherten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr mit einer dialysepflichtigen Nierenerkrankung, bei einer Feriodialyse während des Ferienaufenthalts am Ferienort, bei Dialyse wegen beruflich oder sonstiger Abwesenheit vom Wohnort je durchgeführter Dialyse, höchstens zweimal in der Kalenderwoche	174,70 €
	<i>Die Gebührenordnungsposition 40828 ist je Behandlungswoche nicht neben den Gebührenordnungspositionen 40823 und 40825 berechnungsfähig.</i>	
40829	Zuschlag zu der Kostenpauschale nach den Nrn. 40823 oder 40825 bei Versicherten ab dem vollendeten 59. Lebensjahr bis zum vollendeten 69. Lebensjahr	10,00 €
40830	Zuschlag zu der Kostenpauschale nach den Nrn. 40824, 40826 und 40827 bei Versicherten ab dem vollendeten 59. Lebensjahr bis zum vollendeten 69. Lebensjahr	3,30 €
40831	Zuschlag zu der Kostenpauschale nach den Nrn. 40823 oder 40825 bei Versicherten ab dem vollendeten 69. Lebensjahr bis zum vollendeten 79. Lebensjahr	20,00 €
40832	Zuschlag zu der Kostenpauschale nach den Nrn. 40824, 40826 und 40827 bei Versicherten ab dem vollendeten 69. Lebensjahr bis zum vollendeten 79. Lebensjahr	6,70 €
40833	Zuschlag zu der Kostenpauschale nach den Nrn. 40823 oder 40825 bei Versicherten ab dem vollendeten 79. Lebensjahr	30,00 €
40834	Zuschlag zu der Kostenpauschale nach den Nrn. 40824, 40826 und 40827 bei Versicherten ab dem vollendeten 79. Lebensjahr	10,00 €
40835	Zuschlag zu der Kostenpauschale nach den Nrn. 40823 oder 40825 für die Infektionsdialyse (bei Patienten mit Infektionserkrankungen mit Problemkeimen gemäß der mit der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut (KRINKO) abgestimmten Hygieneleitlinie als Ergänzung zum Dialysestandard)	30,00 €
40836	Zuschlag zu der Kostenpauschale nach den Nrn. 40824, 40826 bis 40828 für die Infektionsdialyse (bei Patienten mit Infektionserkrankungen mit Problemkeimen gemäß der mit der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut (KRINKO) abgestimmten Hygieneleitlinie als Ergänzung zum Dialysestandard), je durchgeführter Dialyse, höchstens zweimal in der Kalenderwoche	10,00 €
40837	Zuschlag zu der Kostenpauschale nach der Nr. 40825 für die intermittierende Peritonealdialyse (IPD)	300,00 €
40838	Zuschlag zu der Kostenpauschale nach der Nr. 40827 oder 40828 für die intermittierende Peritonealdialyse (IPD), je durchgeführter Dialyse, höchstens zweimal in der Kalenderwoche	100,00 €

Teil B

Die Partner der Bundesmantelverträge prüfen bis zum 31. August 2014, ob zur Kosten- und Vergütungssituation der nephrologischen Leistungen und Dialysesachkosten aktuelle Daten und Erkenntnisse verfügbar sind, die eine Neubewertung der Notwendigkeit und/oder des Umfangs der Absenkung der pauschalen Vergütung der Dialysesachkosten erforderlich machen. Soweit die vorgelegten Ergebnisse zur Kosten- und Vergütungssituation zeigen, dass die in Teil A zum 1. Juli 2013 vereinbarten Dialysewochen- und -einzelpauschalen sowie die geplante nachfolgende Umsetzung der zweiten Stufe weiterhin eine ausreichende Kostendeckung sicherstellen, vereinbaren die Partner der Bundesmantelverträge, folgende Preise zu den Gebührenordnungspositionen 40823, 40824 und 40828 mit Wirkung zum 1. Januar 2015 zu beschließen:

Gebührenordnungsposition des EBM	Bewertung neu in Euro
40823 (Preisstufe 1)	470,30
40823 (Preisstufe 2)	435,40
40823 (Preisstufe 3)	347,90
40823 (Preisstufe 4)	313,00
40824 (Preisstufe 1)	156,80
40824 (Preisstufe 2)	145,10
40824 (Preisstufe 3)	116,00
40824 (Preisstufe 4)	104,30
40828	169,20

Protokollnotiz

1. Die Abrechnung der Kostenpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 40823 und 40824 zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassen erfolgt auf Basis der durchschnittlichen Vergütung der Kostenpauschalen der Betriebsstätte/Nebenbetriebsstätte im abgerechneten Quartal. Die Berechnungsformel der durchschnittlichen Vergütung der Kostenpauschalen der Betriebsstätte/Nebenbetriebsstätte hängt von der Anzahl der Dialysewochen der Betriebsstätte/Nebenbetriebsstätte im abgerechneten Quartal ab:

Betriebsstätte/Nebenbetriebsstätte mit insgesamt ...	Durchschnittspreis
nicht mehr als 650 Dialysewochen	p_1
651 bis 1300 Dialysewochen	$p_2 + \frac{650 \cdot (p_1 - p_2)}{x}$
1301 bis 1950 Dialysewochen	$p_3 + \frac{650 \cdot (p_1 + p_2 - 2 \cdot p_3)}{x}$
mindestens 1951 Dialysewochen	$p_4 + \frac{650 \cdot (p_1 + p_2 + p_3 - 3 \cdot p_4)}{x}$

p_i steht hierbei für den Preis der Kostenpauschale der i-ten Preisstufe, so wie in den Gebührenordnungspositionen 40823 und 40824 dargestellt, x für die Anzahl der Dialysewochen der Betriebsstätte/Nebenbetriebsstätte.

2. Falls die zweite Stufe der Absenkung aus Teil B dieses Beschlusses nicht mit Wirkung zum 1. Januar 2015 beschlossen werden sollte, wird auch die im Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 302. Sitzung am 19. März 2013 zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) mit Wirkung zum 1. Januar 2015 angekündigte Änderung der Leistungslegende der Gebührenordnungspositionen 04560 und 13600 sowie die im Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 302. Sitzung am 19. März 2013 zu 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 sowie 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 angekündigte Empfehlung zur Anpassung der kassenspezifischen Aufsatzwerte des bereinigten Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 4 Satz 1 und 2 SGB V ab dem 1. Januar 2015 nicht beschlossen.
3. Die Partner der Bundesmantelverträge überprüfen jährlich zum 1. Januar, erstmalig zum 1. Januar 2016, die Notwendigkeit einer Anpassung der Höhe der Dialysewochenpauschalen des Abschnitts 40.14.
4. Im Zusammenhang mit der zum 1. Januar 2015 vorgesehenen zweiten Stufe der Absenkung der Dialysesachkosten überprüfen die Partner der Bundesmantelverträge, ob durch die altersbezogenen Zuschläge zu den Wochenpauschalen und die Zuschläge für Infektionsdialysen eine ausreichende Berücksichtigung des in Abhängigkeit von der Morbidität der Patienten unterschiedlichen Aufwands bei der Behandlung sichergestellt ist. Soweit die altersbezogenen Zuschläge durch eine andere Systematik ersetzt werden, erfolgt die Umstellung aufwandsneutral.
5. Die Partner der Bundesmantelverträge gehen bei den Festlegungen in diesem Beschluss davon aus, dass die Bewertungen der Kostenpauschalen in den regionalen Vereinbarungen zur Erbringung und Abgeltung der Dialysesachleistungen überprüft und ggf. entsprechend der auf Bundesebene getroffenen Regelungen angepasst werden.

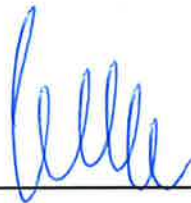
6. Die Partner der Bundesmantelverträge werden bis zum 31. Dezember 2013 die in der Anlage 9.1 BMV festgelegten Regelungen zur Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten überprüfen und bei Bedarf anpassen. Gegenstand einer Überprüfung werden dabei insbesondere die Sicherung einer umfassenden und wohnortnahen Versorgung der Patienten, die Erhaltung der Trägervielfalt sowie die bedarfsgerechte, auch die Prävention umfassende Ausgestaltung der Versorgungsaufträge sein.
7. Die Preise für die Kostenpauschalen bei Durchführung von Dialysen einschließlich Sonderverfahren bei Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr werden von den Partnern der Bundesmantelverträge kurzfristig überprüft und ggf. neu bewertet. Hierzu werden die Partner der Bundesmantelverträge einen gesonderten Beschluss mit Wirkung zum 1. Juli 2013 fassen. Bis zum 31. Dezember 2013 wird das Verfahren der hochvolumigen Hämodiafiltration beraten.
8. Die Partner der Bundesmantelverträge empfehlen den Zulassungsausschüssen, den Ermächtigungsumfang zum 1. Juli 2013 für ermächtigte Einrichtungen dahingehend anzupassen, dass die Gebührenordnungspositionen 13590 bis 13592 abrechenbar sind.
9. Die Einsparungen, die sich aus der Neufassung des Abschnitts 40.14 EBM ergeben, verbleiben in der GKV und stehen für Verbesserungen der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten zur Verfügung.

Berlin, 22. März 2013

Anpassung der Bewertung der leistungsbezogenen Kostenpauschalen für Sach- und Dienstleistungen bei Behandlung mit renalen Ersatzverfahren und extrakorporalen Blutreinigungsverfahren gem. Abschnitt 40.14 EBM (BMV-Ä)



GKV-Spitzenverband, K. d. ö. R.



Kassenärztliche Bundesvereinigung, K. d. ö. R.

12.9.13