

Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab,
bundeseinheitliche Orientierungswerte

(1) – (2) – Anmerkung: in Leseprobe nicht wiedergegeben

(2a) ¹ Die im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen aufgeführten Leistungen sind entsprechend der in § 73 Abs. 1 festgelegten Gliederung der vertragsärztlichen Versorgung in Leistungen der hausärztlichen und Leistungen der fachärztlichen Versorgung zu gliedern mit der Maßgabe, dass unbeschadet gemeinsam abrechenbarer Leistungen der hausärztlichen Versorgung nur von den an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten und Leistungen der fachärztlichen Versorgung nur von den an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten abgerechnet werden dürfen; die Leistungen der fachärztlichen Versorgung sind in der Weise zu gliedern, dass den einzelnen Facharztgruppen die von ihnen ausschließlich abrechenbaren Leistungen zugeordnet werden. ² Bei der Bestimmung der Arztgruppen nach Satz 1 ist der Versorgungsauftrag der jeweiligen Arztgruppe im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zu Grunde zu legen. ³ Der einheitliche Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen hat eine Regelung zu enthalten, nach der ärztliche Leistungen zur Diagnostik und ambulanten Eradikationstherapie einschließlich elektronischer Dokumentation von Trägern mit dem Methicillinresistenten Staphylococcus aureus (MRSA) vergütet werden. ⁴ Die Kassenärztliche Bundesvereinigung berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit quartalsbezogen über Auswertungsergebnisse der Regelung nach Satz 3. ⁵ Das Bundesministerium für Gesundheit kann das Nähere zum Inhalt des Berichts nach Satz 4 sowie zur Auswertung der anonymisierten Dokumentationen zum Zwecke der Versorgungsforschung und zur Förderung der Qualität bestimmen; es kann auch den Bewertungsausschuss mit der Vorlage des Berichts beauftragen. ⁶ Im Übrigen gilt die Veröffentlichungspflicht gemäß § 135b Absatz 1 Satz 2. ⁷ Bei der Überprüfung nach Absatz 2 Satz 2 prüft der Bewertungsausschuss bis spätestens zum 31. Oktober 2012, in welchem Umfang ambulante telemedizinische Leistungen erbracht werden können; auf dieser Grundlage beschließt er bis spätestens zum 31. März 2013, inwieweit der einheitliche Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen anzupassen ist. ⁸ In die Überprüfung nach Absatz 2 Satz 2 ist auch einzubeziehen, in welchem Umfang delegationsfähige Leistungen durch Personen nach § 28 Absatz 1 Satz 2 qualifiziert erbracht und angemessen vergütet werden können; auf dieser Grundlage ist eine Anpassung des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Versorgungsstrukturen bis zum 23. Januar 2016 zu beschließen. ⁹ Nach Inkrafttreten der Bestimmungen nach § 27b Absatz 2 Satz 2 ist im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen durch den Bewertungsausschuss gemäß Absatz 5a eine Regelung zu treffen, nach der Leistungen und Kosten im Rahmen der Einholung der Zweitmeinungen nach § 27b abgerechnet werden können. ¹⁰ Sofern drei Monate nach Inkrafttreten der Bestimmungen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 27b Absatz 2 keine Regelung im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen getroffen wurde, können Versicherte die Leistungen nach § 27b bei den dafür berechtigten Leistungserbringern im Wege der Kostenerstattung nach § 13 Absatz 1 in Anspruch nehmen. ¹¹ Die Kosten sind von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten. ¹² Die Möglichkeit der Inanspruchnahme im Wege der Kostenerstattung nach § 13 Absatz 1 endet, sobald die Regelung nach Satz 9 in Kraft getreten ist. ¹³ Bis spätestens zum 31. Dezember 2015 ist mit Wirkung zum 1. April 2016 eine Regelung zu treffen, nach der die zusätzlichen ärztlichen Kooperations- und Koordinationsleistungen in Kooperationsverträgen, die den Anforderungen nach § 119b Absatz 2 entsprechen, vergütet werden. ¹⁴ Das Bundesministerium für Gesundheit kann für den Fall, dass Beschlüsse des Bewertungsausschusses zu telemedizinischen Leistungen nicht oder teilweise nicht oder nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist zustande kommen, den erweiterten Bewertungsausschuss nach Absatz 4 mit Wirkung für die Vertragspartner anrufen; Absatz 6 gilt. ¹⁵ Der Bewertungsausschuss legt dem Bundesministerium für Gesundheit im Abstand von zwei Jahren beginnend zum 31. Oktober 2016 einen Bericht über den Stand der Beratungen nach Satz 7 vor, in dem der Stand der Arbeiten der vom Bewertungsausschuss erfassten und bearbeiteten Leistungen dargestellt wird. ¹⁶ Das Bundesministerium für Gesundheit leitet den Bericht an den Deutschen Bundestag weiter. ¹⁷ **Mit Wirkung zum 1. April 2019 ist durch den Bewertungsausschuss eine Regelung im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen zu treffen, nach der Videosprechstunden**

in einem weiten Umfang ermöglicht werden.¹⁸ Die im Hinblick auf Videosprechstunden bisher enthaltene Vorgabe von Krankheitsbildern im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen entfällt.¹⁹ Bei der Anpassung sind die Besonderheiten in der Versorgung von Pflegebedürftigen durch Zuschläge und die Besonderheiten in der psychotherapeutischen Versorgung zu berücksichtigen.²⁰ Die Anpassung erfolgt auf der Grundlage der Vereinbarung nach § 291g.²¹ Bis zum 30. Juni 2016 ist mit Wirkung zum 1. Oktober 2016 eine Regelung zu treffen, nach der ärztliche Leistungen nach § 31a vergütet werden.²² Bis zum 30. September 2017 ist mit Wirkung zum 1. Januar 2018 eine Regelung zu treffen, nach der ärztliche Leistungen zur Erstellung und Aktualisierung von Datensätzen nach § 291a Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 vergütet werden.²³ Der Bewertungsausschuss nach Absatz 5a hat bis spätestens zum 31. Dezember 2016 die Regelungen für die Versorgung im Notfall und im Notdienst im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen nach dem Schweregrad der Fälle zu differenzieren.²⁴ Zwei Jahre nach Inkrafttreten dieser Regelungen hat der Bewertungsausschuss nach Absatz 5a die Entwicklung der Leistungen zu evaluieren und hierüber dem Bundesministerium für Gesundheit zu berichten; Absatz 3a gilt entsprechend.²⁵ Der Bewertungsausschuss überprüft, in welchem Umfang Diagnostika zur schnellen und zur qualitätsgesicherten Antibiotikatherapie eingesetzt werden können, und beschließt auf dieser Grundlage erstmals bis spätestens zum 1. Dezember 2017 entsprechende Anpassungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen.

(2b) – (2j) – Anmerkung: in Leseprobe nicht wiedergegeben

(2k) ¹ Im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen sind Videosprechstundenleistungen vorzusehen für die Untersuchung und Behandlung von den in Absatz 2i genannten Versicherten und von Versicherten, an denen zahnärztliche Leistungen im Rahmen eines Vertrages nach § 119b Absatz 1 erbracht werden. ² Die Videosprechstundenleistungen nach Satz 1 können auch Fallkonferenzen mit dem Pflegepersonal zum Gegenstand haben. ³ § 71 Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend. ⁴ Die Anpassung erfolgt auf Grundlage der Vereinbarung nach § 291g.

(3) – (6) – Anmerkung: in Leseprobe nicht wiedergegeben

(7) Klagen gegen Maßnahmen des Bundesministeriums für Gesundheit nach Absatz 2a Satz 14 und Absatz 6 haben keine aufschiebende Wirkung.

Begründung zum PpSG:

Zu Buchstabe 2a Satz 17 bis 20

Ziel der gesetzlichen Regelung ist, Videosprechstunden als telemedizinische Leistung allgemein auch unter Einbezug der Weiterentwicklung der berufsrechtlichen Vorgaben durch den Deutschen Ärztetag und der Landesärztekammern in Bezug auf Fernbehandlungen weiter auszubauen und insbesondere für Pflegebedürftige und in der psychotherapeutischen Versorgung besser nutzbar zu machen.

Mit Wirkung zum 1. April 2017 wurde die Videosprechstunde als abrechenbare Leistung in den einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen (EBM) aufgenommen. Diese ist nach den geltenden Vereinbarungen für der Arztpraxis bekannte Patientinnen und Patienten für nur wenige Krankheitsbilder (z. B. zur Beratung und Verlaufskontrolle bei Wunden oder bei Dermatosen) abrechenbar. In der Folge ist die flächendeckende Erbringung dieser telemedizinischen Leistungen derzeit nicht gegeben.

Mit der neuen gesetzlichen Vorgabe soll der Anwendungsbereich deutlich erweitert werden. Die in der Begründung zum bisherigen § 87 Absatz 2a Satz 17 bis 20 enthaltene Vorgabe, dass der Bewertungsausschuss geeignete, zweckmäßige Krankheitsbilder und Fachgruppen festlegt, entfällt. Es wird grundsätzlich in das Ermessen der Ärztin bzw. des Arztes gelegt, bei welchen Krankheitsbildern er eine Videosprechstunde in Absprache mit der Patientin bzw. dem Patienten für sachgerecht erachtet. Die Ärztin bzw. der Arzt hat somit vor dem Hintergrund z. B. der berufsrechtlichen Regelungen und des anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse eine Entscheidung zu treffen, ob eine Videosprechstunde ärztlich vertretbar und ein persönlicher Kontakt vor Ort nicht zwingend erforderlich ist. Dabei ist die erforderliche ärztliche Sorgfalt zu wahren. Eine umfangreiche Anwendbarkeit von Videosprechstunden erfolgt auch mit dem Ziel, dass Videosprechstunden in der Versorgung von Pflegebedürftigen eine über die bisherigen Modellvorhaben hinaus stärkere Bedeutung erlangen. Dabei muss den besonderen Bedürfnissen und Herausforderungen in der pflegerischen Versorgung entsprochen werden. So ist bei einem Hausbesuch bei Bewohnerinnen und Bewohnern von Alten- und Pflegeheimen, beschützenden Einrichtungen und bei Pflegebedürftigen in der häuslichen Umgebung häufig auch die Pflegekraft mit anwesend. In der Folge findet dadurch oft auch eine Fallkonferenz mit statt. Diese soll auch per Video abrechenbar sein und als Zuschlag zur allgemeinen Videosprechstunde im EBM abge-

bildet werden. Bereits heute sind Fallkonferenzen z. B. im Rahmen der kooperativen und koordinierten ärztlichen und pflegerischen Versorgung nach § 119b abrechenbar, wenn diese vor Ort im Pflegeheim oder telefonisch erfolgen. Die Finanzierung der Schulungen und der Investitionskosten für die entsprechende Technik zur Durchführung von Videosprechstunden und ggf. Fallkonferenzen (siehe Anlage 31b zum Bundesmantelvertrag) auf Seiten der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen kann im Rahmen der in § 8 Absatz 8 SGB XI vorgesehenen Förderung durch die Pflegeversicherung erfolgen.

Im Zusammenhang mit dem Ausbau von Fallkonferenzen per Video bei Pflegebedürftigen sollen auch die bereits im EBM enthaltenen und abrechenbaren Fallkonferenzen z.B. im Rahmen der Palliativversorgung sowie des Mammographie-Screenings per Video ermöglicht werden.

Von der Erweiterung der Videosprechstunden sollen auch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten umfasst sein. Die Besonderheiten in der Versorgung und auch der Berufsordnung sind dabei zu berücksichtigen.

Zu Absatz 2k

Im Zusammenhang mit der aufsuchenden zahnärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen sowie der Versorgung von Heimbewohnern im Rahmen von Kooperationsverträgen nach § 119b können Anleitungen und Beratungen erforderlich sein, die im Rahmen einer Videosprechstunde schneller und weniger aufwendig als durch einen Hausbesuch erbracht werden können. Dies gilt auch für Fallkonferenzen mit den an der Versorgung der Versicherten beteiligten Pflegefachkräften. Da die für den vertragsärztlichen Bereich bereits geltende Regelung zu Videosprechstunden in Absatz 2a auf den vertragsärztlichen Bereich ausgedehnt ist und über die Versorgung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen hinausgeht, ist eine eigenständige Regelung für den vertragszahnärztlichen Bereich erforderlich.

Der 14. Ausschuss begründet zum Gesetz Blut- und Gewebezubereitungen usw. das Anfügen von Absatz 7 wie folgt:

Mit dem neuen § 87 Absatz 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) wird geregelt, dass Klagen gegen Aufsichtsmaßnahmen des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) nach § 87 Absatz 6 SGB V keine aufschiebende Wirkung haben. Dies gilt ebenso für Maßnahmen nach § 87 Absatz 2a Satz 14 SGB V, für die § 87 Absatz 6 SGB V gilt.

§ 87 Absatz 6 SGB V regelt die aufsichtsrechtlichen Befugnisse des BMG gegenüber den Bewertungsausschüssen für ärztliche und zahnärztliche Leistungen und dem jeweiligen erweiterten Bewertungsausschuss bzw. dem Bewertungsausschuss nach Absatz 5a (Bewertungsausschüsse). Das BMG kann danach insbesondere Beschlüsse der Bewertungsausschüsse beanstanden (§ 87 Absatz 6 Satz 2 SGB V), die Nichtbeanstandung eines Beschlusses mit einer Auflage verbinden (§ 87 Absatz 6 Satz 3 SGB V) sowie Vereinbarungen selbst festsetzen, wenn entsprechende Beschlüsse ganz oder teilweise nicht oder nicht innerhalb einer vom BMG gesetzten Frist zustande kommen oder die Beanstandungen des BMG nicht innerhalb einer vom BMG gesetzten Frist behoben werden (§ 87 Absatz 6 Satz 4 SGB V). Eine aufsichtsrechtliche Beanstandung stellt ein Wirksamkeitshindernis für den jeweils beanstandeten Beschluss dar und hindert somit die Rechtswirkung der Beschlussscheidung (Suspensiveffekt). Dies folgt bereits aus dem Sinn und Zweck des präventiven Aufsichtsrechts gegenüber Beschlüssen der Bewertungsausschüsse.

Würde man bei einer Klageerhebung z. B. gegen eine Beanstandung von einer aufschiebenden Wirkung hinsichtlich des Verwaltungsaktes ausgehen und eine „vorläufige Wirksamkeit“ des eigentlich suspendierten Beschlusses annehmen, würde das Aufsichtsmittel der Beanstandung insgesamt seine Wirkung verlieren. Der Sinn und Zweck des Aufsichtsmittels „Beanstandung“, nämlich das Inkrafttreten eines als rechtswidrig beanstandeten Beschlusses zu verhindern, würde entfallen.

Begründung zum AMVSG: – Auszug

Zu Absatz 2a Satz 25

Grundlage für eine schnelle, wirksame und sachgerechte Antibiotikatherapie ist eine umgehende Diagnostik von Infektionserregern. Zusammen mit dem klinischen Bild der Patientinnen und Patienten ermöglicht sie eine Unterscheidung zwischen viralen und bakteriellen Infektionen und gibt Hinweise auf die notwendige Dauer, Dosierung und Art der gegebenenfalls erforderlichen Antibiotikatherapie. Sie bildet somit die Grundlage für eine präzise Verabreichung von Antibiotika oder den Einsatz von alternativen Therapien und verfolgt insbesondere das Ziel, einen unnötigen Einsatz von Antibiotika zu vermeiden (vgl. Deutsche Antibiotika-Resistenzstrategie der Bundesregierung – DART 2020).

Um einen zielgenauen Einsatz von Antibiotika weiter zu unterstützen, wird dem Bewertungsausschuss der Auftrag gegeben zu prüfen, in welchem Umfang Diagnostika zur schnellen (zum Beispiel sogenannte point-of-care-tests) und qualitätsgesicherten Antibiotikatherapie in der vertragsärztlichen Versorgung eingesetzt werden können. Auf dieser Grundlage sind entsprechende Anpassungen des EBM zu beschließen. Dieser Auftrag konkretisiert den Auftrag nach Absatz 2 Satz 2, den EBM an den Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots anzupassen und deckt die bis zur Beschlussfassung relevanten (Schnell-)Diagnostika ab.

Die Industrie hat sich im Rahmen des Pharmadialoges zu ihrer Verantwortung bekannt und wird die Entwicklung, insbesondere von (Schnell-)Diagnostika zur Unterstützung der qualitätsgesicherten Antibiotikatherapie vorantreiben. Für erst zukünftig zur Verfügung stehende (Schnell-)Diagnostika bildet die mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz vorgesehene Verfahrensordnung nach Absatz 3e Satz 1 Nummer 1 die Grundlage im Hinblick auf die Beratung und Beschlussfassung über die Aufnahme dieser Leistungen in den EBM. Dies stellt eine transparente und zeitnahe Beschlussfassung sicher.

...