

Entscheidungserhebliche Gründe

zum Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 4 SGB V in seiner 69. Sitzung am 17. Februar 2021

Teil A

zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) mit Wirkung zum 1. Januar 2021

1. Rechtsgrundlage

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband vereinbaren gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V im Bewertungsausschuss den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM).

2. Regelungshintergrund

Die elektronischen Patientenakte (ePA) ist gemäß § 341 Absatz 1 SGB V eine für den Versicherten freiwillige, versichertengeführte elektronische Akte, die Krankenkassen ihren Versicherten ab dem 1. Januar 2021 anbieten. Der Anwendungsumfang der ePA wird gemäß § 342 Absatz 2 SGB V schrittweise ausgebaut.

Gemäß § 346 Absatz 1 SGB V haben die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten die Versicherten auf deren Verlangen bei der Verarbeitung medizinischer Daten in der elektronischen Patientenakte (ePA) im aktuellen Behandlungskontext zu unterstützen. Gemäß § 87 Absatz 2a Satz 27 SGB V ist im EBM mit Wirkung zum 1. Januar 2021 eine Vergütung dieser Leistungen vorzusehen.

3. Regelungsinhalt

Mit dem vorliegenden Beschluss erfolgt durch die Aufnahme der Gebührenordnungspositionen (GOP) 01431 und 01647 die Umsetzung des gesetzlichen Auftrags gemäß § 87 Absatz 2a Satz 27 SGB V.

Die GOP 01431 und 01647 sind Zusatzpauschalen für Unterstützungsleistungen im Zusammenhang mit der ePA.

Die GOP 01647 ist eine Zusatzpauschale zu den Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen aller Fachgruppenkapitel des EBM (mit Ausnahme der Grundpauschalen des Kapitels 12), zu den Grundpauschalen für ermächtigte Ärzte,

Institute und Krankenhäuser nach den GOP 01320 und 01321 und der schmerztherapeutischen Grundpauschale nach der GOP 30700. Sie ist darüber hinaus zu den Früherkennungs- und Präventionsleistungen des Abschnitts 1.7 (ausgenommen in-vitro-diagnostische Leistungen) berechnungsfähig, da Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen gemäß Nr. 4.1 der Allgemeinen Bestimmungen zum EBM in ausschließlich präventiv-ambulanten Behandlungsfällen nicht berechnungsfähig sind.

Die GOP 01431 umfasst Tätigkeiten im Zusammenhang mit der ePA für Versicherte, bei denen im Arztfall kein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt oder Arzt- Patienten-Kontakt im Rahmen der Videosprechstunde erfolgt und somit nicht die Voraussetzungen zur Berechnung der GOP 01647 vorliegen. Die GOP 01431 vergütet Tätigkeiten im Zusammenhang mit der ePA bei Durchführung der Leistungen entsprechend der GOP 01430 (Verwaltungskomplex), 01435 (Haus-/Fachärztliche Bereitschaftspauschale) und 01820 (Ausstellung Wiederholungsrezept etc. Empfängnisregelung).

Im Zusammenhang mit der Aufnahme der zwei GOP erfolgen verschiedene Folgeänderungen im EBM.

Zur Beobachtung der Anwendung der elektronischen Patientenakte in der vertragsärztlichen Versorgung erfolgt jährlich eine Auswertung der Entwicklung der Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 01431 und 01647.

4. Inkrafttreten

Der Beschluss Teil A tritt mit Wirkung zum 1. Januar 2021 in Kraft.

Teil B

zu Empfehlungen gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 SGB V bzw. § 87a Abs. 5 Satz 7 i. V. m. § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 SGB V im Zusammenhang mit der Aufnahme der Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 01431 und 01647 in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) mit Wirkung zum 1. Januar 2021

1. Rechtsgrundlage

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband vereinbaren gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V im Bewertungsausschuss den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) und Empfehlungen gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 SGB V bzw. § 87a Abs. 5 Satz 7 i. V. m. § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 SGB V.

2. Regelungsinhalte und Regelungshintergründe

Mit Wirkung zum 1. Januar 2021 werden die Gebührenordnungspositionen 01431 und 01647, in den EBM aufgenommen.

Da die erforderliche Vergütung derzeit nicht genau quantifiziert werden kann, empfiehlt der Bewertungsausschuss, die Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 01431 und 01647, zunächst außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen zu finanzieren.

Für die Vergütung empfiehlt der Bewertungsausschuss, die Leistung nach den Gebührenordnungspositionen 01431 und 01647 zunächst für zwei Jahre außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu finanzieren und zum 31. Dezember 2022 zu prüfen, ob die Überführung der Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 01431 und 01647 in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung empfohlen werden kann.

Die Überführung dieser Leistungen in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung erfolgt gemäß dem vom Bewertungsausschuss in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016, zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 526. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), bzw. entsprechender Folgebeschlüsse, unter Nr. 2.2.1.2 beschlossenen Verfahren zur Berücksichtigung einer geänderten Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

3. Inkrafttreten

Der Beschluss Teil B tritt mit Wirkung zum 1. Januar 2021 in Kraft.