

Entscheidungserhebliche Gründe

zum Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 4 SGB V in seiner 79. Sitzung am 14. Dezember 2022 zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) mit Wirkung zum 1. Januar 2023

1. Rechtsgrundlage

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband vereinbaren gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V im Bewertungsausschuss den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM). Gemäß § 87 Abs. 2b Satz 3 und 2c Satz 3 und 4 SGB V hat der Bewertungsausschuss den Auftrag, bis zum 1. Januar 2023 verschiedene Zuschläge auf die Versicherten-, Grund- bzw. Konsiliarpauschalen bei Terminvermittlungen zu vereinbaren.

2. Regelungshintergrund und -inhalt

Das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz (GKV-FinStG) ist zum 12. November 2022 in Kraft getreten und erfordert Änderungen und Erweiterungen von bestehenden Regelungen zu Terminvermittlungen durch Terminservicestellen (TSS) und Hausärzte. Mit dem vorliegenden Beschluss setzt der Erweiterte Bewertungsausschuss die Vorgaben aus dem GKV-FinStG im EBM um.

Es wird die Nr. 4.3.10 der Allgemeinen Bestimmungen zum EBM neu gefasst. Die bisherigen Nrn. 4.3.10.1 und 4.3.10.2, welche die TSS-Terminfälle und TSS-Akutfälle abbilden, werden angepasst sowie eine neue Nr. 4.3.10.3 zum Hausarztvermittlungsfall aufgenommen.

In Nr. 4.3.10.1 der Allgemeinen Bestimmungen werden insbesondere die Fristen und Zeiträume für die Berechnung der Zuschläge auf die Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale für Haus- und Fachärzte bei Vermittlung von Terminfällen durch die TSS entsprechend der Vorgaben in § 87 Abs. 2b Satz 3 Nrn. 2 bis 4 und 2c Satz 3 Nrn. 2 bis 4 SGB V angepasst.

In Nr. 4.3.10.2 der Allgemeinen Bestimmungen wird die Höhe des Zuschlags für TSS-Akutfälle entsprechend der maximal möglichen Vorgabe in § 87 Abs. 2b Satz 3 Nr. 1 und 2c Satz 3 Nr. 1 SGB V auf 200 % angepasst.

Erfolgt eine Terminvermittlung durch den Hausarzt nach Nr. 4.3.10.3 der Allgemeinen Bestimmungen, kommen die gleichen Zuschlagsregelungen zur Anwendung wie bei Terminfällen, die durch eine TSS vermittelt werden.

In Nr. 4.3.10.1 der Allgemeinen Bestimmungen zum TSS-Terminfall wird festgelegt, dass die Anzahl der Kalendertage nach der Terminvermittlung durch die TSS gemäß § 75 Absatz 1a Satz 3 SGB V maßgeblich ist für die Höhe des jeweiligen Zuschlages auf die Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen. Die Bewertung der Zusatzpauschale nach der Gebührenordnungsposition (GOP) 01710, die für die Durchführung von Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern des Abschnitts 1.7.1 (ausgenommen Laborleistungen und GOP 01720) aufgrund einer Terminvermittlung berechnungsfähig ist, wird in der Nr. 4.3.10.1 der Allgemeinen Bestimmungen weiterhin auf der Grundlage der Bewertungen der Versichertenpauschalen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr (GOP 04001 und 04002) und den für die Zusatzpauschalen gemäß der Nr. 4.3.10.1 der Allgemeinen Bestimmungen geltenden prozentualen Aufschlägen abhängig von der Anzahl der Kalendertage bis zum Tag der Behandlung festgelegt und in ihrer Höhe angepasst.

Für TSS-Terminfälle, TSS-Akutfälle und Hausarztvermittlungsfälle ist der Zuschlag im Arztgruppenfall insgesamt nur einmal berechnungsfähig. Es wird zusätzlich geregelt, dass dies auch dann gilt, wenn in demselben Quartal eine erneute Behandlung desselben Versicherten aufgrund einer erneuten Terminvermittlung durch den Hausarzt oder durch die TSS (TSS-Terminfall und/oder TSS-Akutfall) erfolgt.

Die Bewertung der GOP 03008 und 04008, die Hausärzte und Pädiater für die Vermittlung eines Behandlungstermins bei einem Arzt der fachärztlichen Versorgung abrechnen können, wird erhöht und Anpassungen an der Leistungsbeschreibung sowie den Anmerkungen vorgenommen.

Zudem werden die Legenden der arztgruppenspezifischen Zuschläge in den Kapiteln 4 bis 27 (mit Ausnahme von Kapitel 12 und 19) und in den Abschnitten 1.3 und 30.7 jeweils um den Verweis auf die neue Allgemeine Bestimmung 4.3.10.3 ergänzt und somit für an der fachärztlichen Versorgung teilnehmende Vertragsärzte für die Behandlung eines Versicherten aufgrund einer Terminvermittlung durch den Hausarzt gemäß § 73 Abs. 1a S. 1 SGB V (Hausarztvermittlungsfall) berechnungsfähig.

Zudem erfolgt eine Anpassung jeweils der Nr. 2 der Präambel 16.1 und 21.1 EBM sowie der dritten und sechsten Bestimmung zum Abschnitt 30.7 EBM für den Hausarztvermittlungsfall.

Weiterhin erfolgen verschiedene Folgeänderungen im EBM.

3. Inkrafttreten

Der Beschluss tritt mit Wirkung zum 1. Januar 2023 in Kraft.