

Lesefassung des BESCHLUSSES

**des Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V
in seiner 439. Sitzung am 19. Juni 2019, zuletzt geändert durch
Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner
79. Sitzung am 14. Dezember 2022,**

TEIL A

zu Eckpunkten zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM)

mit Wirkung zum 19. Juni 2019

1. Übergreifende Regelungen

In den Allgemeinen Bestimmungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) wird eine neue Regelung aufgenommen, die die Vergütungssystematik für die Zuschläge gemäß § 87 Absatz 2b Satz 3 Nrn. 1-3 und Absatz 2c Satz 3 Nrn. 1-3 SGB V in Verbindung mit § 75 Abs. 1a Satz 3 Nr. 3 SGB V für Termine, welche durch die Terminservicestelle vermittelt wurden, konkretisiert.

2. Zuschläge für Terminservicestelle-Terminfall

Es wird in die arztgruppenspezifischen Kapitel 3 bis 27 (mit Ausnahme von Kapitel 12 und 19) und den Abschnitt 30.7 des EBM jeweils eine Gebührenordnungsposition als Zusatzpauschale aufgenommen, mit der die zusätzliche Vergütung gemäß § 87 Abs. 2b Satz 3 und Abs. 2c Satz 3 SGB V gestaffelt nach dem Tag der Behandlung abgebildet wird.

Zwischen dem 1. bis 8. Tag: in Höhe von 50 % der jeweiligen Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale in den arztgruppenspezifischen Kapiteln, auch in Fällen bei denen ausschließlich Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern des Abschnitts 1.7.1 EBM durchgeführt werden.

Zwischen dem 9. bis 14. Tag: in Höhe von 30 % der jeweiligen Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale in den arztgruppenspezifischen Kapiteln auch in Fällen bei

denen ausschließlich Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern des Abschnitts 1.7.1 EBM durchgeführt werden.

Zwischen dem 15. bis 35. Tag: in Höhe von 20 % der jeweiligen Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale in den arztgruppenspezifischen Kapiteln auch in Fällen bei denen ausschließlich Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern des Abschnitts 1.7.1 EBM durchgeführt werden.

Der Tag der Kontaktaufnahme des Versicherten bei der Terminservicestelle gilt als erster Zähltag für die Berechnung des gestaffelten prozentualen Zuschlags.

Die Zusatzpauschalen können nur in Fällen mit Versicherten-, Grund-, oder Konsiliarpauschale oder in Fällen, in denen ausschließlich Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern des Abschnitts 1.7.1 EBM durchgeführt werden, berechnet werden. In Abhängigkeit zur Anpassung des EBM in Bezug auf die Videosprechstunde wird die Berechnungsfähigkeit der Zusatzpauschale überprüft und ggfs. erweitert.

Zur Abbildung der alters- und fachgruppenspezifischen Bewertung der Zusatzpauschalen werden weitere Zusatznummern in die Liste der kodierten Zusatznummern aufgenommen.

Die Zusatzpauschalen sind im Arztgruppenfall einmal berechnungsfähig. Die in Abhängigkeit des Behandlungstages gestaffelten Zusatzpauschalen sind im Arztgruppenfall nicht nebeneinander berechnungsfähig.

Die Zusatzpauschalen werden ab dem 1. September 2019 von der Arztpraxis berechnet. Sofern es technisch möglich ist, soll spätestens ab dem 1. April 2020 die Zusetzung durch die Kassenärztliche Vereinigung erfolgen.

3. Zuschlag für Terminservicestelle-Akutfall

Es wird in die arztgruppenspezifischen Kapitel 3 bis 27 (mit Ausnahme von Kapitel 12 und 19) und den Abschnitt 30.7 des EBM eine Gebührenordnungsposition als Zusatzpauschale für TSS-Akutfälle gemäß § 75 Abs. 1a Satz 3 Nr. 3 SGB V aufgenommen, mit der die zusätzliche Vergütung in Höhe von 50 % auf die jeweilige Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale abgebildet wird. Die Zusatzpauschale ist nur berechnungsfähig, wenn der vermittelte Termin spätestens am Tag nach Kontaktaufnahme des Versicherten bei der TSS und Einschätzung als TSS-Akutfall erfolgt.

Die Zusatzpauschalen können nur in Fällen mit Versicherten-, Grund-, oder Konsiliarpauschale berechnet werden. In Abhängigkeit zur Anpassung des EBM in Bezug auf die Videosprechstunde wird die Berechnungsfähigkeit der Zusatzpauschale überprüft und ggfs. erweitert.

Zur Abbildung der alters- und fachgruppenspezifischen Bewertung der Zusatzpauschalen werden weitere Zusatznummern in die Liste der kodierten Zusatznummern aufgenommen.

Die Zusatzpauschalen sind im Arztgruppenfall einmal berechnungsfähig.

Die Zusatzpauschale ist erst nach Implementierung des standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens gemäß § 75 Abs. 1a Satz 3 Nr. 3 SGB V berechnungsfähig. Sofern es technisch möglich ist, soll spätestens ab dem 1. April 2020 die Zusetzung durch die Kassenärztliche Vereinigung erfolgen.

4. Zuschlag Hausarzt für Terminvermittlung beim Facharzt

Es wird ein Zuschlag zu den Versichertenpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 03000 und 04000 für die Vermittlung eines aus medizinischen Gründen dringend erforderlichen Behandlungstermins gemäß einer von den Partnern des Bundesmantelvertrages-Ärzte zu vereinbarenden Definition der medizinischen Dringlichkeit auf Grundlage von § 73 Absatz 1 Satz 2 Nr. 2 SGB V bei einem Facharzt bzw. Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt oder Zusatzweiterbildung (Voraussetzung zur Berechnung von Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 4.4 oder 4.5 EBM) aufgenommen.

Die BSNR der Praxis, an die der Patient vermittelt wurde, ist durch den Arzt bei der Abrechnung des Zuschlags anzugeben.

Der Zuschlag ist mehrfach berechnungsfähig, wenn der Patient in demselben Quartal durch denselben Arzt zu unterschiedlichen Arztgruppen vermittelt wird. Der Zuschlag ist nicht berechnungsfähig, wenn der vermittelte Patient bei dem gleichen Facharzt im laufenden Quartal bereits behandelt wurde.

Der Zuschlag wird mit 93 Punkten bewertet.

Voraussetzung für die Berechnungsfähigkeit ist die erfolgreiche Vermittlung des Termins durch den Hausarzt.

Der Zuschlag ist nur berechnungsfähig, sofern der Termin beim Facharzt innerhalb von vier Kalendertagen nach Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit durch den Hausarzt liegt.

5. Folgeänderungen im EBM

Die neuen Zusatzpauschalen bzw. Zuschläge gemäß Nm. 2-4 führen nicht zum Ausschluss der Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung.

TEIL B

zur extrabudgetären Vergütung gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 Nrn. 3 bis 6 SGB V

mit Wirkung zum 1. Januar 2022

Teil B des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 439. Sitzung am 19. Juni 2019, zuletzt geändert durch Teil B des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 581. Sitzung am 26. Januar 2022, zur extrabudgetären Vergütung gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 Nrn. 3 bis 6 SGB V, wurde mit Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 79. Sitzung am 14. Dezember 2022 zur extrabudgetären Vergütung gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 Nrn. 3, 4 und 6 SGB V mit Wirkung zum 1. Januar 2023 aufgehoben.

Hinweis der Geschäftsführung des Bewertungsausschusses:

Mit dem Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 79. Sitzung wurden die aufgrund des GKV-Finanzstabilisierungsgesetzes resultierenden notwendigen Anpassungen an den bestehenden Regelungen der extrabudgetären Vergütung gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 Nrn. 3 bis 6 SGB V vorgenommen.

TEIL C

zu Vorgaben gemäß § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V zur Bereinigung gemäß § 87a Abs. 3 Satz 7 und 8 SGB V

mit Wirkung zum 11. Mai 2019

Präambel

Der Bewertungsausschuss beschließt Vorgaben gemäß § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V zur Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) gemäß § 87a Abs. 3 Satz 7 und 8 SGB V. Die ab dem Inkrafttreten der Vergütungsregelungen des TSVG erbrachten und nach sachlich-rechnerischer Prüfung abgerechneten Leistungen gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 Nrn. 3 bis 6 SGB V (TSVG-Konstellationen) sind unter Berücksichtigung der arztgruppenspezifischen Auszahlungsquoten des jeweiligen Vorjahresquartals begrenzt auf ein Jahr zu bereinigen.

1. Bereinigungszeitraum

Die einmalige basiswirksame Bereinigung erfolgt im Bereinigungszeitraum vom Tag des Inkrafttretens der extrabudgetären Vergütung in der jeweiligen TSVG-Konstellation im jeweiligen gesamtvertragszuständigen KV-Bezirk bis zum Tag vor dem jeweiligen Inkrafttreten im Folgejahr.

2. Zu bereinigende Leistungen

Zu bereinigen sind diejenigen sachlich-rechnerisch geprüften Leistungen, die im Rahmen der Quartalsabrechnung zu einem Quartal, welches mindestens einen Tag aus dem jeweiligen Bereinigungszeitraum nach Nr. 1 enthält, vom Arzt abgerechnet, als eine TSVG-Konstellation entsprechend gekennzeichnet und außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet werden.

Sofern dieses Quartal im Jahr 2020 liegt und nicht vollständig in dem jeweiligen Bereinigungszeitraum nach Nr. 1 enthalten ist, werden die als eine TSVG-Konstellation gekennzeichneten Leistungen einer Arztgruppe in einer Arztpraxis am jeweiligen Patienten in diesem Quartal genau dann bereinigt, wenn das die TSVG-Konstellation auslösende Ereignis in dem jeweiligen Bereinigungszeitraum nach Nr. 1 enthalten ist. Das Datum des auslösenden Ereignisses wird definiert als der erste Tag im Quartal, an

dem der Patient jeweils aufgrund der Vermittlung durch die TSS oder durch einen Hausarzt, als Neupatient oder im Rahmen einer offenen Sprechstunde vorstellig wird. Dieses wird in den betroffenen Quartalen wie folgt bestimmt:

- bei den TSVG-Konstellationen TSS-Terminfall und TSS-Akutfall das bei der Abrechnung des Zuschlags angegebene Behandlungsdatum,
- bei den TSVG-Konstellationen Neupatient und Hausarzt-Vermittlungsfall das erste Behandlungsdatum der in der jeweiligen TSVG-Konstellationen im Quartal abgerechneten extrabudgetären Leistungen,
- bei der TSVG-Konstellation offene Sprechstunde das angegebene Datum des ersten Besuchs einer offenen Sprechstunde.

Insgesamt werden damit also die aufgrund des TSVG extrabudgetär gewordenen Leistungen eines Arztgruppenfalls stets entweder ganz oder gar nicht bereinigt.

Der Bereinigung unterliegen ausschließlich Leistungen, die ohne die extrabudgetäre Förderung gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 Nrn. 3 bis 6 SGB V der MGV zugehörig wären. Sachverhalte, die ohnehin der extrabudgetären Vergütung zugeordnet sind, wie beispielsweise die Zuschläge nach § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 2 SGB V, sind nicht zu bereinigen. Ebenfalls nicht zu bereinigen sind diejenigen Leistungen, die für Patienten abgerechnet wurden, die bereits aufgrund von Selektivvertragsteilnahme bereinigt wurden, und die dem jeweiligen Ziffernkranz (gemäß der Satzart L08) – ggf. eingeschränkt auf bereinigungsrelevante Arztgruppen – zuzuordnen sind (nicht vertragskonforme Inanspruchnahme).

3. Bestimmung der zugrunde zu legenden relevanten Leistungsmengen

Für jede Arztgruppe in der Gliederung nach dem zweistelligen Fachgruppencode gemäß Anlage 1 der Vereinbarung gemäß § 293 Absätze 4 und 7 SGB V über eine zentrale Arztnummernvergabe wird quartalsweise die Summe der gemäß Nr. 2 zu bereinigenden Leistungsmengen gemäß Euro-Gebührenordnung für die im jeweiligen KV-Bezirk wohnhaften Versicherten sowie – insofern diese innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet werden – für die Wohnausländer mit Kassensitz im jeweiligen KV-Bezirk über alle im jeweiligen Quartal gemäß Nr. 1 bereinigungsrelevanten TSVG-Konstellationen je Krankenkasse ermittelt.

1. Bestimmung der arztgruppenspezifischen Auszahlungsquoten des Vorjahresquartals

Die arztgruppenspezifischen Auszahlungsquoten werden in der Gliederung der Arztgruppen nach dem zweistelligen Fachgruppencode gemäß Anlage 1 der

Vereinbarung gemäß § 293 Absätze 4 und 7 SGB V über eine zentrale Arztnummernvergabe bestimmt als Honorar des jeweiligen Vorjahresquartals dividiert durch den Leistungsbedarf gemäß Euro-Gebührenordnung des jeweiligen Vorjahresquartals, jeweils in der Abgrenzung der MGV des jeweiligen Vorjahresquartals.

5. Nachweis der arztgruppenspezifischen Auszahlungsquoten

Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben die gemäß Nr. 4 bestimmten Quoten gegenüber den Krankenkassen nachzuweisen. Hierzu wird der Bewertungsausschuss bis zum 31. August 2019 einen Beschluss gemäß § 87a Abs. 6 SGB V zu einer zusätzlichen Datenlieferung zu Leistungsbedarfs- und Honorarsummen je gesamtvertragszuständiger Kassenärztlicher Vereinigung, Quartal, Arztgruppe, Krankenkasse und differenziert in der Abgrenzung der der MGV zugehörigen Leistungen einerseits sowie allen Leistungen andererseits fassen.

6. Ermittlung der Bereinigungsmengen

Durch Multiplikation der jeweiligen gemäß Nr. 3 bestimmten Summe der gemäß Nr. 2 zu bereinigenden Leistungsmengen mit der gemäß Nr. 4 bestimmten entsprechenden arztgruppenspezifischen Auszahlungsquote des Vorjahresquartals ergibt sich der Bereinigungsbetrag in Euro. Durch Division mit dem jeweils zutreffenden regionalen Punktwert des aktuellen Quartals ergibt sich die Bereinigungsmenge in Punkten. Diese wird in den nach Nr. 2 zu bereinigenden Quartalen vom Behandlungsbedarf des jeweiligen KV-Bezirks nach der Umsetzung der Rechenschritte in Nr. 2.2.3 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016, geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 401. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zu Vorgaben für ein Verfahren zur Ermittlung der Aufsatzwerte und der Anteile der einzelnen Krankenkassen, oder entsprechender Folgebeschlüsse abgezogen.

Protokollnotiz:

Zur Ermöglichung kassenseitiger Prüfungen und Plausibilisierungen verständigen sich die Partner der Gesamtverträge, ob eine Anpassung der Zahlungsfrist der Gesamtvergütung und der Höhe der dafür zu leistenden Abschlagszahlungen notwendig ist.