

Entscheidungserhebliche Gründe

TEIL A

zum Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 439. Sitzung am 19. Juni 2019 zu Eckpunkten zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) mit Wirkung zum 19. Juni 2019

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 und -inhalt

Zur Umsetzung der gesetzlichen Regelungen gemäß § 87 Absatz 2b Satz 3 Nr. 1 bis 4 SGB V und § 87 Absatz 2c Satz 2 Nr. 1 bis 3 SGB V haben die Träger des Bewertungsausschusses Eckpunkte vereinbart, auf deren Grundlage der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) mit Wirkung zum 1. September 2019 angepasst werden soll.

Die vorliegenden Eckpunkte betreffen die gesetzlich vorgesehenen Zuschläge für die Behandlung von durch die Terminservicestelle vermittelten Patienten sowie die Terminvermittlung durch den Hausarzt bei Vorliegen einer medizinischen Dringlichkeit.

3. Inkrafttreten

Der Beschluss Teil A tritt mit Wirkung zum 19. Juni 2019 in Kraft.

Entscheidungserhebliche Gründe

TEIL B

zum Beschluss des Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 439. Sitzung am 19. Juni 2019 Teil B zur extrabudgetären Vergütung gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 Nrn. 3 bis 6 SGB V mit Wirkung zum 11. Mai 2019

1. Rechtsgrundlage

Gemäß Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) sind in § 87a Abs. 3 Satz 5 Nrn. 3 bis 6 SGB V fünf unterschiedliche Konstellationen aufgeführt, für die eine Vergütung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vorgesehen ist (TSVG-Konstellationen). Zur Umsetzung dieser gesetzlichen Regelungen in Zusammenhang mit der Bereinigung gemäß § 87a Abs. 3 Satz 7 und 8 SGB V konkretisiert der Bewertungsausschuss in Beschlussteil B den Umfang der extrabudgetären Vergütung in den TSVG-Konstellationen.

2. Regelungsinhalte und Regelungshintergründe

Der Beschluss regelt für alle TSVG-Konstellationen, dass alle Leistungen im Arztgruppenfall extrabudgetär vergütet werden und benennt die von dieser Regelung umfassten Arztgruppen. Damit setzt der Bewertungsausschuss die gesetzlichen Vorgaben zur extrabudgetären Vergütung gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 Nrn. 3 bis 6 SGB V um.

In den Nrn. 3. bis 8. des vorliegenden Beschlusses werden weitere spezifische Regelungen zu den TSVG-Konstellationen vorgegeben. Für die TSVG-Konstellationen TSS-Akutfall (Patienten, die durch die Terminservicestelle als unmittelbar behandlungsbedürftig eingestuft und vermittelt werden) und Hausarztvermittlungsfall beim Facharzt werden als Voraussetzung für die extrabudgetäre Vergütung Zeiträume vorgegeben, in denen der Termin liegen muss. Diese Vorgabe operationalisiert u. a. die gesetzliche Anforderung an die Terminvermittlung durch den Hausarzt, die auf Grund einer aus medizinischen Gründen dringend erforderlichen Behandlung erfolgen soll.

Zur Umsetzung der Begrenzung der extrabudgetären Vergütung auf bis zu fünf offene Sprechstunden pro Woche hat der Bewertungsausschuss eine pauschale Regelung festgelegt.

Entsprechend der gesetzlichen Vorgabe in § 87a Abs. 5 Satz 13 SGB V werden für die TSVG-Konstellation Neupatient mit diesem Beschluss die Arztgruppen, für die die extrabudgetäre Vergütung in diesen Fällen gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 5 SGB V vorzusehen ist, benannt. Zudem werden die in diesem Zusammenhang extrabudgetär zu vergütenden Arztgruppenfälle auf zwei Arztgruppen je Arztpraxis begrenzt sowie Ausnahmen für den Fall, dass eine Praxis neu ist oder ein Gesellschafterwechsel vorliegt, vorgegeben.

3. Inkrafttreten

Der Beschluss Teil B tritt mit Wirkung zum 11. Mai 2019 in Kraft.

Entscheidungserhebliche Gründe

TEIL C

zum Beschluss des Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 439. Sitzung am 19. Juni 2019 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

1. Rechtsgrundlage

Die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) ist gemäß § 87a Abs. 3 Satz 7 und 8 SGB V durch die regionalen Gesamtvertragspartner um die in § 87a Abs. 3 Satz 5 Nummer 3 bis 6 SGB V genannten Leistungen (TSVG-Konstellationen) unter Berücksichtigung der arztgruppenspezifischen Auszahlungsquoten des jeweiligen Vorjahresquartals, die von den Kassenärztlichen Vereinigungen gegenüber den Krankenkassen nachzuweisen sind, begrenzt auf ein Jahr zu bereinigen. Der Bewertungsausschuss beschließt mit dem vorliegenden Beschluss Teil C Vorgaben gemäß § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V zur Umsetzung dieser Bereinigung.

2. Regelungsinhalte und Regelungshintergründe

Zunächst werden die für die einzelnen TSVG-Konstellationen anzuwendenden Bereinigungszeiträume mit Ausnahme der TSVG-Konstellation TSS-Terminfall als die jeweils vier ersten vollständigen Quartale nach Inkrafttreten der jeweiligen Regelung festgelegt. Für die TSVG-Konstellation TSS-Terminfall wurde der Bereinigungszeitraum um ein Quartal versetzt auf den Zeitraum vom Quartal 4/2019 bis zum Quartal 3/2020 festgelegt.

Sodann wird festgelegt, dass für diese Quartale jeweils die für das Quartal mit einer entsprechenden TSVG-Konstellations-Kennzeichnung abgerechneten, sachlich-rechnerisch geprüften Leistungen zu bereinigen sind, die außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet werden. Zu bereinigen sind ausschließlich Leistungen, die ohne die extrabudgetäre Förderung gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 Nrn. 3 bis 6 SGB V der MGV zugehörig wären. Die entsprechenden Leistungsmengen gemäß Euro-Gebührenordnung sind je Krankenkasse nach dem

Wohnortprinzip in der Gliederung des zweistelligen Fachgruppencodes gemäß Anlage 1 der Vereinbarung gemäß § 293 Absätze 4 und 7 SGB V über eine zentrale Arztnummernvergabe aufzusummieren. Damit wird eine für alle Krankenkassen, KV-Bezirke und sowohl bereichseigene als auch bereichsfremde Leistungen einheitliche und transparente Gliederung vorgegeben, die zudem sehr einfach und eindeutig aus der jeweiligen lebenslangen Arztnummer umgesetzt werden kann.

Entsprechend der gesetzlichen Vorgaben gemäß § 87a Abs. 3 Satz 7 SGB V sind die auf diese Leistungsmengen anzuwendenden arztgruppenspezifischen Auszahlungsquoten als Honorar des jeweiligen Vorjahresquartals dividiert durch den Leistungsbedarf gemäß Euro-Gebührenordnung des jeweiligen Vorjahresquartals zu bestimmen. Der Bewertungsausschuss gibt vor, dass auch hier die Gliederung der Arztgruppen nach dem zweistelligen Fachgruppencode gemäß Anlage 1 der Vereinbarung gemäß § 293 Absätze 4 und 7 SGB V über eine zentrale Arztnummernvergabe sowie die Abgrenzung der MGV des jeweiligen Vorjahresquartals anzuwenden ist. Damit wird die Konsistenz der Quoten zu den zu bereinigenden Leistungen sichergestellt. Der Nachweis dieser Quoten gegenüber den Krankenkassen soll durch anlassbezogene Datenlieferungen gemäß § 87a Abs. 6 SGB V erfolgen, zu denen der Bewertungsausschuss bis zum 31. August 2019 das Nähere beschließen wird. Diese Datenlieferungen werden die Leistungsbedarfs- und Honorarsummen je gesamtvertragszuständiger Kassenärztlicher Vereinigung, Quartal, Arztgruppe, Krankenkasse und - zur Verbesserung der Plausibilisierungsmöglichkeiten - eine Differenzierung nach den der MGV zugehörigen Leistungen einerseits sowie allen Leistungen andererseits umfassen.

Die mit den Auszahlungsquoten multiplizierten zu bereinigenden Leistungsmengen sind außerdem noch durch den jeweiligen regionalen Punktwert des aktuellen Quartals zu dividieren, um die Bereinigungsmenge in Punkten zu erhalten. Diese ist aufgrund der retrospektiven Bestimmung der zu bereinigenden Leistungsmengen im Rahmen der Aufsatzwertberechnung 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), in Abzug zu bringen.

3. Inkrafttreten

Der Beschluss Teil C tritt mit Wirkung zum 11. Mai 2019 in Kraft.