

## **Entscheidungserhebliche Gründe**

### **zum Beschluss des Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 452. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) Teil A zur Änderung des Beschlusses des Bewertungsausschusses 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). Der Bewertungsausschuss beschließt mit dem vorliegenden Beschluss Anpassungen und Klarstellungen seiner hierzu in der 439. Sitzung am 19. Juni 2019 gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 3 bis 6 SGB V beschlossenen Vorgaben zur Umsetzung dieser gesetzlichen Regelungen in Zusammenhang mit der extrabudgetären Vergütung.

#### **2. Regelungsinhalte und Regelungshintergründe**

Alle Leistungen des Kapitels 32 EBM werden von der extrabudgetären Vergütung im Rahmen des TSVG ausgenommen. Aus Gründen der Anreizwirkungen und der Gleichbehandlung werden sowohl die Laborleistungen von Laborgemeinschaften als auch die eigenerbrachten Laborleistungen analog zu den von Laborärzten erbrachten Leistungen im Rahmen des TSVG nicht extrabudgetär vergütet.

In Teil B Nr. 2 des Beschlusses in der 439. Sitzung am 19. Juni 2019 wird Satz 2 gestrichen, weil Satz 1 bereits hinreichend klarstellt, dass durch ein die extrabudgetäre Vergütung auslösendes Ereignis jeweils ausschließlich die Leistungen der betroffenen Arztgruppe in der betroffenen Arztpraxis innerhalb desselben Kalendervierteljahres an demselben Versicherten extrabudgetär werden. Jedes eine extrabudgetäre Vergütung nach dem TSVG auslösende Ereignis kann damit nur zur extrabudgetären Vergütung genau eines Arztgruppenfalls führen. Erfolgt die Behandlung dieses Patienten in dieser Arztpraxis durch weitere Arztgruppen, werden deren Leistungen grundsätzlich nicht extrabudgetär vergütet, es sei denn, es liegen andere Gründe hierfür vor. Dabei kommt es (anders als nach dem bisherigen Satz 2 nahegelegt) mit Ausnahme der Regelung zu den Neupatienten nicht auf die Reihenfolge der Behandlung an. Sucht z. B. ein Patient die offene Sprechstunde einer Praxis auf, werden in diesem Behandlungsfall zwar die

Leistungen der Arztgruppe des in dieser offenen Sprechstunde behandelnden Arztes extrabudgetär vergütet. Leistungen einer weiteren Arztgruppe in diesem Behandlungsfall können unter dem Aspekt der offenen Sprechstunde hingegen nur dann extrabudgetär vergütet werden, wenn der Patient in diesem Behandlungsfall zusätzlich auch eine offene Sprechstunde bei einem Arzt dieser Arztgruppe aufsucht.

In der 439. Sitzung des Bewertungsausschusses wurde festgelegt, dass arztgruppenunabhängig im Rahmen der schmerztherapeutischen Behandlung nach Abschnitt 30.7 EBM abgerechnete Leistungen im Rahmen des TSVG extrabudgetär vergütet werden. Es wird klargestellt, dass es sich im Kontext der Neupatienten-Regelung um Leistungen handelt, die von Ärzten der Arztgruppen nach Nr. 1 der Präambel zu Kapitel 5 EBM durchgeführt werden, die zudem die Gebührenordnungsposition 30700 EBM abgerechnet haben. In der Folge wurde der gleichlautende Aufzählungspunkt zur schmerztherapeutischen Behandlung aus der Übersicht unter Nr. 2 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 439. Sitzung, Teil B, herausgenommen, da sie dort von der Arztgruppe, die gemäß Präambel Nr. 1 des Kapitels 5 EBM abrechnungsberechtigt ist, umfasst ist.

Eine Bestimmung der Obergrenze zur extrabudgetären Vergütung von Leistungen, die im Rahmen der offenen Sprechstunde durchgeführt wurden, auf Basis von Fallzahlen des Vorjahresquartals würde beispielweise bei neu gegründeten Praxen zu einem verzerrten Ergebnis führen. Die Änderung der Berechnungsbasis auf die Fallzahlen des aktuellen Quartals verhindert diese Verzerrungen und erleichtert die Umsetzung der Regelung.

Der Zeitraum, der für die Definition eines Neupatienten herangezogen wird, wird konkretisiert. Es wird klargestellt, dass der Zeitraum das aktuelle Quartal sowie die acht vorhergehenden Quartale umfasst.

Teil B Nr. 8 des Beschlusses in der 439. Sitzung am 19. Juni 2019 wird neu gefasst und konkretisiert. Wie bisher ist vorgesehen, dass für neu gegründete Praxen, innerhalb der ersten acht Quartale nach Gründung keine Vergütung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für Neupatienten erfolgt. Um Neugründungen im diesem Sinn handelt es sich auch bei im Wege der Nachbesetzung gemäß § 103 Abs. 4 SGB V übernommene Einzelpraxen. Für bereits bestehende Berufsausübungsgemeinschaften und Medizinische Versorgungszentren wird klargestellt, dass eine Änderung der Anzahl oder der Personen der Gesellschafter nicht als Neugründung anzusehen ist und daher die Sperrfrist von acht Quartale nicht auslöst. Gleiches gilt für Veränderungen bei angestellten Ärzten in bestehenden (Einzel-)Praxen, Berufsausübungsgemeinschaften oder Medizinischen Versorgungszentren.

In diesen Fällen findet die allgemeine Regelung nach Teil B Nr. 6 des Beschlusses in der 439. Sitzung am 19. Juni 2019 Anwendung. Danach gilt ein Versicherter für eine Arztgruppe nur dann als Neupatient, wenn er in der bestehenden Praxis im aktuellen

Quartal sowie den acht vorangegangenen Quartalen entweder gar nicht oder von höchstens einer anderen Arztgruppe behandelt wurde. Für welche Arztgruppen der Versicherte im Rahmen dieser Regelung als Neupatient gilt, bestimmt sich nach der Reihenfolge der Kontaktaufnahme.

### **3. Inkrafttreten**

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

## **Entscheidungserhebliche Gründe**

### **zum Beschluss des Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 452. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) Teil B zur Umsetzung des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 439. Sitzung am 19. Juni 2019 Teil B, Nr. 5 mit Wirkung zum 1. September 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). Der Bewertungsausschuss beschließt mit dem vorliegenden Beschluss die in Nr. 5 seines Beschlusses in der 439. Sitzung am 19. Juni 2019 gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 3 bis 6 SGB V angekündigten Vorgaben für den Algorithmus zur Operationalisierung der Grenze in Höhe von 17,5 Prozent der Arztgruppenfälle bei offenen Sprechstunden.

#### **2. Regelungsinhalte und Regelungshintergründe**

Zur Umsetzung des Algorithmus für die Begrenzung der extrabudgetär zu vergütenden offenen Sprechstunde wird die Anzahl der maximal auszuwählenden Arztgruppenfälle bestimmt. Dazu wird die Anzahl der Arztgruppenfälle in der Praxis im aktuellen Quartal ermittelt und mit 0,175 multipliziert. Um dem unterquartaligen Inkrafttreten der TSVG-Konstellation Rechnung zu tragen, wird die Anzahl der Arztgruppenfälle im 3. Quartal 2019 mit 0,0583 multipliziert. Das Ergebnis bildet den Höchstwert der extrabudgetär zu vergütenden Arztgruppenfälle im Rahmen offener Sprechstunden des abgelaufenen Quartals. Zur Auswahl der extrabudgetär zu vergütenden Arztgruppenfälle werden für die Versichertennummern der in offenen Sprechstunden behandelten Patienten mit Hilfe der Hash-Funktion RIPEMD-160 Hashwerte gebildet. Diese werden alphanumerisch aufsteigend sortiert und die bis zum bestimmten Höchstwert der extrabudgetär zu vergütenden Arztgruppenfälle im Rahmen offener Sprechstunden identifiziert. Für diese Fälle gilt die extrabudgetäre Vergütung.

#### **3. Inkrafttreten**

Der Beschluss Teil B tritt mit Wirkung zum 1. September 2019 in Kraft.