

## **TEIL B**

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

**mit Wirkung zum 11. Mai 2019**

---

#### **1. Präambel**

Die Nrn. 3 bis 6 des § 87a Abs. 3 Satz 5 SGB V enthalten jeweils unterschiedliche Konstellationen, in denen eine Vergütung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vorgesehen ist (TSVG-Konstellationen). Dieser Beschluss stellt den Umfang der extrabudgetären Vergütung in den TSVG-Konstellationen dar. Die Regelungen werden jeweils mit Inkrafttreten der jeweiligen TSVG-Konstellation gültig.

#### **2. Definition der umfassten Leistungen**

Alle Leistungen, die im Falle des Vorliegens einer TSVG-Konstellation von derselben Arztgruppe in derselben Arztpraxis innerhalb desselben Kalendervierteljahres an demselben Versicherten ambulant zu Lasten derselben Krankenkasse erbracht worden sind, werden extrabudgetär vergütet. Erfolgt die Behandlung in der Arztpraxis durch mehrere Arztgruppen, werden die Leistungen derjenigen Arztgruppe extrabudgetär vergütet, die den ersten Kontakt zum Versicherten in der TSVG-Konstellation hatte (TSVG-Arztgruppe). Zu jeweils einer TSVG-Arztgruppe gehören diejenigen Ärzte, die gemäß Präambel eines Kapitels oder den Unterabschnitten des Abschnitts 13.3 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes abrechnungsberechtigt sind:

- Arztgruppen nach Nr. 1. der Präambel zu Kapitel 3 EBM
- Arztgruppen nach Nr. 1. der Präambel zu Kapitel 4 EBM
- Arztgruppen nach Nr. 1. der Präambel zu Kapitel 5 EBM
- Arztgruppen nach Nr. 1. der Präambel zu Kapitel 6 EBM
- Arztgruppen nach Nr. 1. der Präambel zu Kapitel 7 EBM
- Arztgruppen nach Nr. 1. der Präambel zu Kapitel 8 EBM
- Arztgruppen nach Nr. 1. der Präambel zu Kapitel 9 EBM
- Arztgruppen nach Nr. 1. der Präambel zu Kapitel 10 EBM
- Arztgruppen nach Nr. 1. der Präambel zu Kapitel 11 EBM
- Arztgruppen nach Nr. 1. der Präambel zu Kapitel 13 EBM
- Arztgruppen nach Nr. 1. zu Unterabschnitt 13.3.1 EBM
- Arztgruppen nach Nr. 1. zu Unterabschnitt 13.3.2 EBM
- Arztgruppen nach Nr. 1. zu Unterabschnitt 13.3.3 EBM
- Arztgruppen nach Nr. 1. zu Unterabschnitt 13.3.4 EBM

- Arztgruppen nach Nr. 1. zu Unterabschnitt 13.3.5 EBM
- Arztgruppen nach Nr. 1. zu Unterabschnitt 13.3.6 EBM
- Arztgruppen nach Nr. 1. zu Unterabschnitt 13.3.7 EBM
- Arztgruppen nach Nr. 1. zu Unterabschnitt 13.3.8 EBM
- Arztgruppen nach Nr. 1. der Präambel zu Kapitel 14 EBM
- Arztgruppen nach Nr. 1. der Präambel zu Kapitel 15 EBM
- Arztgruppen nach Nr. 1. der Präambel zu Kapitel 16 EBM
- Arztgruppen nach Nr. 1. der Präambel zu Kapitel 17 EBM
- Arztgruppen nach Nr. 1. der Präambel zu Kapitel 18 EBM
- Arztgruppen nach Nr. 1. der Präambel zu Kapitel 20 EBM
- Arztgruppen nach Nr. 1. der Präambel zu Kapitel 21 EBM
- Arztgruppen nach Nr. 1. der Präambel zu Kapitel 22 EBM
- Arztgruppen nach Nr. 1. der Präambel zu Kapitel 23 EBM
- Arztgruppen nach Nr. 1. der Präambel zu Kapitel 24 EBM
- Arztgruppen nach Nr. 1. der Präambel zu Kapitel 25 EBM
- Arztgruppen nach Nr. 1. der Präambel zu Kapitel 26 EBM
- Arztgruppen nach Nr. 1. der Präambel zu Kapitel 27 EBM
- arztgruppenunabhängig im Rahmen der schmerztherapeutischen Behandlung nach Abschnitt 30.7 EBM

Im Falle von Patienten, deren Leistungen bereits aufgrund einer Selektivvertragsteilnahme bereinigt wurden, sind die dem jeweiligen Ziffernkranz unterliegende Leistungen als nicht vertragskonforme Inanspruchnahme zu kennzeichnen.

### **3. Vermittlung durch die Termin-Service-Stelle (TSS)**

In der TSVG-Konstellation gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 Nrn. 3 SGB V erfolgt eine Vergütung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach Nr. 2 (Leistungen der Arztgruppen im Behandlungsfall), wenn durch die TSS zu der Arztgruppe in einer Arztpraxis vermittelt worden ist.

Im TSS-Akutfall erfolgt eine Vergütung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach Nr. 2 nur dann, wenn die Behandlung spätestens am Tag nach Kontaktaufnahme des Versicherten bei der TSS und Einschätzung als TSS-Akutfall erfolgt ist.

### **4. Anforderungen für einen vom Hausarzt an den Facharzt gemäß § 73 Abs. 1 Nr. 2 SGB V vermittelten Termin**

In der TSVG-Konstellation gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 4 SGB V erfolgt eine Vergütung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach Nr. 2 nur dann, wenn die Frist für den vermittelten Termin gemäß § 17a BMV-Ä eingehalten worden ist.

## **5. Begrenzung der extrabudgetär zu vergütenden offenen Sprechstunden**

In der TSVG-Konstellation gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 6 SGB V, die zum 1. September 2019 in Kraft tritt, erfolgt eine Vergütung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für maximal fünf offene Sprechstunden in der Woche. Zur Operationalisierung dieser Grenze werden nach einem bis zum 31. August 2019 noch festzulegenden Algorithmus höchstens 17,5 % der Arztgruppenfälle einer Arztpraxis des Vorjahresquartals extrabudgetär vergütet. Die Vergütung der darüber hinaus im Rahmen der offenen Sprechstunde von einem Arzt abgerechneten Fälle erfolgt innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, sofern diese Leistungen nicht aus anderen Gründen extrabudgetär vergütet werden.

## **6. Definition eines Neupatienten**

In der TSVG-Konstellation gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 5 SGB V, die zum 1. September 2019 in Kraft tritt, erfolgt eine Vergütung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach Nr. 2, wenn ein Patient im Zeitraum von zwei Jahren nicht in der Arztpraxis behandelt oder untersucht wurde. Gibt es in der Arztpraxis mehrere Arztgruppen, ist auf die Arztgruppe abzustellen, maximal jedoch auf zwei Arztgruppen pro Arztpraxis. Bei einer Behandlung durch weitere Arztgruppen einer Arztpraxis im Zeitraum nach Satz 1 gilt der Patient für diese Arztgruppen nicht als Neupatient. Eine bisherige Behandlung im Rahmen eines Selektivvertrages führt nicht zu einer Einstufung als Neupatient. Ein Wechsel der Krankenkasse durch den Versicherten führt nicht dazu, dass er allein aufgrund dieses Wechsels als Neupatient einzustufen ist.

## **7. Arztgruppen, für die die die Regelung der extrabudgetären Vergütung von Neupatienten gilt**

In der TSVG-Konstellation gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 5 SGB V erfolgt eine Vergütung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, wenn diese von Ärzten folgender Arztgruppen durchgeführt werden:

- Arztgruppen nach Nr. 1. der Präambel zu Kapitel 3 EBM
- Arztgruppen nach Nr. 1. der Präambel zu Kapitel 4 EBM
- Arztgruppen nach Nr. 1. der Präambel zu Kapitel 6 EBM
- Arztgruppen nach Nr. 1. der Präambel zu Kapitel 7 EBM
- Arztgruppen nach Nr. 1. der Präambel zu Kapitel 8 EBM
- Arztgruppen nach Nr. 1. der Präambel zu Kapitel 9 EBM
- Arztgruppen nach Nr. 1. der Präambel zu Kapitel 10 EBM
- Arztgruppen nach Nr. 1. der Präambel zu Kapitel 13 EBM
- Arztgruppen nach Nr. 1. zu Unterabschnitt 13.3.1 EBM
- Arztgruppen nach Nr. 1. zu Unterabschnitt 13.3.2 EBM
- Arztgruppen nach Nr. 1. zu Unterabschnitt 13.3.3 EBM

- Arztgruppen nach Nr. 1. zu Unterabschnitt 13.3.4 EBM
- Arztgruppen nach Nr. 1. zu Unterabschnitt 13.3.5 EBM
- Arztgruppen nach Nr. 1. zu Unterabschnitt 13.3.6 EBM
- Arztgruppen nach Nr. 1. zu Unterabschnitt 13.3.7 EBM
- Arztgruppen nach Nr. 1. zu Unterabschnitt 13.3.8 EBM
- Arztgruppen nach Nr. 1. der Präambel zu Kapitel 14 EBM
- Arztgruppen nach Nr. 1. der Präambel zu Kapitel 16 EBM
- Arztgruppen nach Nr. 1. der Präambel zu Kapitel 18 EBM
- Arztgruppen nach Nr. 1. der Präambel zu Kapitel 20 EBM
- Arztgruppen nach Nr. 1. der Präambel zu Kapitel 21 EBM
- Arztgruppen nach Nr. 1. der Präambel zu Kapitel 22 EBM
- Arztgruppen nach Nr. 1. der Präambel zu Kapitel 23 EBM
- Arztgruppen nach Nr. 1. der Präambel zu Kapitel 26 EBM
- Arztgruppen nach Nr. 1. der Präambel zu Kapitel 27 EBM
- arztgruppenunabhängig im Rahmen der schmerztherapeutischen Behandlung nach Abschnitt 30.7 EBM

## **8. Praxiskonstellationen, für die die Regelung der extrabudgetären Vergütung von Neupatienten nicht gilt**

In der TSVG-Konstellation gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 5 SGB V erfolgt innerhalb von zwei Jahren keine Vergütung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, wenn es sich um eine Behandlung in einer Praxis innerhalb der ersten zwei Jahre nach Gründung („Neupraxis“) handelt oder ein Gesellschafterwechsel in einer Arztpraxis vorliegt.

### **Protokollnotizen:**

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband erklären hiermit zu Protokoll, dass sie sich im Rahmen der 439. Sitzung des Bewertungsausschusses auf die folgenden Eckpunkte verständigt haben, auf deren Grundlage sie den Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) und die Richtlinien zur Durchführungen der Prüfungen gemäß § 106d SGB V (Abrechnungsprüfungs-Richtlinien) – wenn nicht anders angegeben – bis zum 31. August 2019 anpassen werden.

#### **1. BMV-Ä und Anlagen:**

- Für die Terminvermittlung durch einen Hausarzt an den Facharzt gemäß § 73 Abs. 1 Nr. 2 SGB V wird „aus medizinischen Gründen dringend erforderlichen“ operationalisiert als vermitteltler Termin liegt innerhalb von vier Kalendertagen nach Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit durch den Hausarzt.
- Definition der Arztgruppen mit offenen Sprechstunden, umfasst sind:
  - Arztgruppen nach Nr. 1. der Präambel zu Kapitel 6 EBM

- Arztgruppen nach Nr. 1. der Präambel zu Kapitel 7 EBM
- Arztgruppen nach Nr. 1. der Präambel zu Kapitel 8 EBM
- Arztgruppen nach Nr. 1. der Präambel zu Kapitel 9 EBM
- Arztgruppen nach Nr. 1. der Präambel zu Kapitel 10 EBM
- Arztgruppen nach Nr. 1. der Präambel zu Kapitel 14 EBM
- Arztgruppen nach Nr. 1. der Präambel zu Kapitel 16 EBM
- Arztgruppen nach Nr. 1. der Präambel zu Kapitel 18 EBM
- Arztgruppen nach Nr. 1. der Präambel zu Kapitel 21 EBM
- Arztgruppen nach Nr. 1. der Präambel zu Kapitel 26 EBM

Ärzte der definierten Arztgruppen sind zur Durchführung und Veröffentlichung der offenen Sprechstunden verpflichtet, so dass die Patientinnen und Patienten jederzeit Kenntnis darüber erlangen können. Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben auf ihren Webseiten über das Angebot an offenen Sprechstunden der betreffenden Praxen zu informieren. Die im Rahmen der offenen Sprechstunden behandelten Patientinnen und Patienten sind von den Ärzten in der Abrechnung entsprechend zu kennzeichnen.

## **2. Anlage 6 BMV-Ä (DA-Vertrag) bzw. dessen technische Anlage:**

- Erweiterung des Einzelfallnachweises:
  - Aufnahme der aus dem TSVG resultierenden fünf Vermittlungs-/Kontaktarten
  - Aufnahme des Datums der Kontaktaufnahme durch den Versicherten bei der Terminservicestelle (TSS)
  - Aufnahme der BSNR des Arztes, bei dem der Termin vermittelt wird
- Abbildung des Arztgruppenfalls
- Zeitpunkt der technischen Umsetzung möglichst ab Abrechnungsquartal 2/2020

### **3. Anpassung der Richtlinien nach § 106d SGB V:**

- Aufnahme eines Absatzes 1a in § 9:  
„Eine Abrechnungsauffälligkeit ist zu vermuten, wenn in einer Arztpraxis in einer Arztgruppe der Anteil der Fälle mit Abrechnung der GOP 03008 und 04008 den Wert von 15 % überschreitet.“  
Das weitere Verfahren nach Feststellung von Abrechnungsauffälligkeiten ist in § 12 der Richtlinien geregelt.
- Aufnahme einer Vorgabe, dass die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung je Arztpraxis (BSNR) die extrabudgetäre Vergütung von TSS-vermittelten Fällen in den Abrechnungsdaten der Arztpraxis mit Daten aus TSS über den Abgleich der Anzahl der vermittelten Patienten einerseits und der abgerechneten Zuschläge andererseits plausibilisiert und den Krankenkassen das Ergebnis der Prüfung je Arztpraxis zur Verfügung stellt.

## **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.