

BESCHLUSS

**des Erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 4
SGB V 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

Präambel

Durch die Regelungen des GKV-Finanzstabilisierungsgesetzes (GKV-FinStG) endet die extrabudgetäre Vergütung für Leistungen nach § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 5 SGB V (Neupatienten) zum 31. Dezember 2022. Mit dem vorliegenden Beschluss werden die daraus resultierenden notwendigen Anpassungen an den bestehenden Regelungen der extrabudgetären Vergütung gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 Nrn. 3 bis 6 SGB V vorgenommen.

Die Nrn. 3, 4 und 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 diesen TSVG-Konstellationen dar.

1. Aufhebung bisheriger Regelungen

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, wird aufgehoben.

2. Definition der umfassten Leistungen

Alle Leistungen mit Ausnahme von Leistungen des Kapitels 32 EBM, 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.

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

Die unter einem Spiegelstrich aufgeführten Facharztgruppen bilden jeweils eine TSVG-Arztgruppe. Dabei sind auch Ärzte umfasst, die gemäß Nr. 1.9 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM eine entsprechende Bezeichnung führen und aus den genannten Kapiteln des EBM abrechnen.

Im Falle von Patienten, deren Leistungen bereits aufgrund einer Selektivvertragsteilnahme bereinigt wurden, sind die dem jeweiligen Ziffernkranz

unterliegenden 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 Nr. 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 Satz 2 Nr. 2 SGB V vermittelten Termin

Für Ärzte, die an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen, erfolgt in der TSVG-Konstellation gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 4 SGB V eine Vergütung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach Nr. 2 nur dann, wenn die Behandlung spätestens am 4. Kalendertag nach Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit durch den Hausarzt beginnt oder die Behandlung spätestens am 35. Tag nach Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit durch den Hausarzt beginnt und eine Terminvermittlung durch die Terminservicestellen der KV oder eine eigenständige Terminvereinbarung durch den Patienten (oder eine Bezugsperson) aufgrund der medizinischen Besonderheit des Einzelfalls nicht angemessen oder nicht zumutbar war.

5. Begrenzung der extrabudgetär zu vergütenden offenen Sprechstunden

Für Ärzte, die den Arztgruppen der grundversorgenden und wohnortnahen Patientenversorgung gemäß § 17 Abs. 1c BMV-Ä angehören, erfolgt in der TSVG-Konstellation gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 6 SGB V eine Vergütung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für maximal fünf offene Sprechstunden in der Woche. Zur Operationalisierung dieser Grenze werden höchstens 17,5 % der Arztgruppenfälle einer Arztpraxis des aktuellen Quartals nach dem Algorithmus gemäß Teil B des Beschlusses des Bewertungsausschusses in 452. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) 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.

Protokollnotizen:

1. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband geben hiermit zu Protokoll, dass sie sich im Rahmen der 79. Sitzung des Erweiterten Bewertungsausschusses darauf verständigt haben, den § 17a des Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) mit Wirkung zum 1. Januar 2023 zu streichen.
2. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband geben hiermit zu Protokoll, dass sie sich im Rahmen der 79. Sitzung des Erweiterten Bewertungsausschusses darauf verständigt haben, Anpassungsbedarf an den Richtlinien zur Durchführungen der Prüfungen gemäß § 106d SGB V (Abrechnungsprüfungs-Richtlinien) infolge dieser Beschlussfassung bis spätestens zum 31. März 2023 zu prüfen und ggf. umzusetzen.
3. Der Bewertungsausschuss wird bis spätestens zum 31. März 2023 eine Anpassung des Verfahrens zur Berücksichtigung einer geänderten Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung im Aufsatzwertverfahren gemäß Nr. 2.2.1.2 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016, zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 598. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), bzw. entsprechender Folgebeschlüsse, zu Vorgaben für ein Verfahren zur Ermittlung der Aufsatzwerte und der Anteile einzelner Krankenkassen prüfen und ggf. umsetzen. Die Prüfung bezieht sich auf den Sachverhalt, dass bei der Überführung von Leistungen aus der extrabudgetären Vergütung in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung der Anteil der Punktmenge, die auf Leistungen gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 Nrn. 3, 4 und ggf. 6 SGB V entfällt, abzuziehen ist.
4. Das Institut des Bewertungsausschusses wird eine Lesefassung des durch diesen Beschluss geänderten 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, erstellen und auf seiner Internetseite veröffentlichen.

Entscheidungserhebliche Gründe

zum Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 4 SGB V 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

1. Rechtsgrundlage

Gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 Nrn. 3 bis 6 SGB V in der Fassung des GKV-Finanzstabilisierungsgesetzes (GKV-FinStG) erfolgt ab dem 1. Januar 2023 in vier unterschiedlichen Konstellationen eine Vergütung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (TSVG-Konstellationen). Aufgrund der Änderungen durch das GKV-FinStG passt der Erweiterte Bewertungsausschuss die hierzu in der 439. Sitzung am 19. Juni 2019, zuletzt geändert durch Teil B des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 581. Sitzung am 26. Januar 2022 beschlossenen Konkretisierungen zum Umfang der extrabudgetären Vergütung in den TSVG-Konstellationen an.

2. Regelungsinhalte und Regelungshintergründe

Der Beschluss hebt Teil B des Beschlusses aus der 439. Sitzung am 19. Juni 2019, zuletzt geändert durch Teil B des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 581. Sitzung am 26. Januar 2022, auf und regelt die ab dem 1. Januar 2023 geltenden Konkretisierungen neu.

Dabei wird die Definition der umfassten Leistungen in Nr. 2, die Konkretisierung zur Vermittlung durch die Termin-Service-Stelle in Nr. 3 und die Begrenzung der extrabudgetär zu vergütenden offenen Sprechstunden in Nr. 5 inhaltlich unverändert weitergeführt. Hingegen laufen die Regelungen zur TSVG-Konstellation Neupatienten gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 5 SGB V zum 31. Dezember 2022 aus.

In Nr. 4 wird hinsichtlich der Anforderungen an die medizinische Dringlichkeit der vom Hausarzt an den Facharzt gemäß § 73 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 SGB V vermittelten Termine eine Frist von 4 Kalendertagen ohne weitere Einschränkungen oder bis zu 35 Kalendertagen vorgegeben, wenn eine Terminvermittlung durch die Terminservicestellen der KV oder eine eigenständige Terminvereinbarung durch den

Patienten (oder eine Bezugsperson) aufgrund der medizinischen Besonderheit des Einzelfalls nicht angemessen oder nicht zumutbar war.

Darüber hinaus wird in einer Protokollnotiz festgehalten, dass sich die Bundesmantelvertragspartner darauf verständigt haben, passend zur Regelung in Nr. 4 den § 17a BMV-Ä mit Wirkung zum 1. Januar 2023 zu streichen.

In weiteren Protokollnotizen wird die Prüfung und ggf. Anpassung der Abrechnungsprüfungs-Richtlinien gemäß § 106d SGB V sowie der Vorgaben zur Aufsatzwertbestimmung gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 SGB V infolge des vorliegenden Beschlusses bis zum 31. März 2023 angekündigt und das Institut des Bewertungsausschusses mit der Erstellung einer Lesefassung des durch Nr. 1 dieses Beschlusses befristeten Beschlussteils B aus der 439. Sitzung am 19. Juni 2019, zuletzt geändert durch Teil B des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 581. Sitzung am 26. Januar 2022, beauftragt.

3. Inkrafttreten

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