

Lesefassung des BESCHLUSSES

**des Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V
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**

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

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 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

* In dieser Fassung gilt Satz 1 in Nr. 2 ab dem 1. September 2019. Die bis zum 31. August 2019 gültige Fassung lautet wie folgt: „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.“

- 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 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 aktuellen Quartals 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 aktuellen Quartal und den acht vorhergehenden Quartalen 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. **Eine alleinige Behandlung im Bereitschafts- und Notdienst mit den Scheinuntergruppen 41 sowie 43 bis 46 führt nicht zu einer Einstufung als Neupatient, ebenso werden Behandlungen im Bereitschafts- und Notdienst in den acht vorhergehenden Quartalen nicht als Vorbehandlung berücksichtigt.** 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 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
- Arztgruppen nach Nr. 1. der Präambel zu Kapitel 5 EBM, wenn diese die Gebührenordnungsposition 30700 EBM in diesem Quartal abgerechnet haben

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.

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 keine Vergütung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, wenn es sich um eine Behandlung in einer Praxis (Einzelpraxis, Berufsausübungsgemeinschaft oder MVZ) innerhalb der ersten vollen acht Quartale nach deren Gründung handelt. Eine Praxisgründung liegt auch dann vor, wenn eine Einzelpraxis - auch im Wege eines Nachbesetzungsverfahrens - übernommen wird.

Keine Praxisgründung im Sinne von Satz 1 liegt bei einer Änderung der Anzahl oder der Personen der Gesellschafter einer bestehenden Berufsausübungsgemeinschaft oder eines bestehenden MVZs vor. Gleiches gilt für Veränderungen bei angestellten Ärzten in bestehenden Praxen, Berufsausübungsgemeinschaften oder MVZ.

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.

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.

4. 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.