

B E S C H L U S S

des Erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 4 SGB V in seiner 79. Sitzung am 14. Dezember 2022

zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM)

mit Wirkung zum 1. Januar 2023

1. Neufassung der Nr. 4.3.10 der Allgemeinen Bestimmungen zum EBM

4.3.10 Terminvermittlung durch die Terminservicestelle oder Hausärzte

4.3.10.1 Terminservicestellen-Terminfall

Für die Behandlung eines Versicherten aufgrund einer Terminvermittlung durch die TSS (Terminservicestellen-Terminfall, kurz: TSS-Terminfall) erhält der Arzt einen Aufschlag auf die jeweilige Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale in Form eines Zuschlags. Für die Durchführung von Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern des Abschnitts 1.7.1 (ausgenommen Laborleistungen und Gebührenordnungsposition 01720) aufgrund einer Terminvermittlung durch die TSS erhält der Arzt einen Aufschlag in Form einer Zusatzpauschale nach der Gebührenordnungsposition 01710.

Die Höhe des Zuschlags ist abhängig von der Anzahl der Kalendertage nach der Terminvermittlung durch die TSS gemäß § 75 Absatz 1a Satz 3 bis zum Tag der Behandlung und beträgt

- ab dem gleichen bis 4. Kalendertag nach der Terminvermittlung 100 % der jeweiligen altersklassenspezifischen Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale
- vom 5. bis 14. Kalendertag nach der Terminvermittlung 80 % der jeweiligen altersklassenspezifischen Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale
- vom 15. bis 35. Kalendertag nach der Terminvermittlung 40 % der jeweiligen altersklassenspezifischen Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale.

Die Höhe der Zusatzpauschale nach der Gebührenordnungsposition 01710 ist abhängig von der Anzahl der Kalendertage bis zum Tag der Behandlung und beträgt

- vom gleichen bis 4. Kalendertag nach der Terminvermittlung 217 Punkte
- vom 5. bis 14. Kalendertag nach der Terminvermittlung 173 Punkte
- vom 15. bis 35. Kalendertag nach der Terminvermittlung 87 Punkte.

Bei der Abrechnung des Zuschlags bzw. der Zusatzpauschale nach der Gebührenordnungsposition 01710 ist das zutreffende Zeitintervall des TSS-

Terminfalls durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren.

Der Zuschlag kann nur in Fällen mit Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale berechnet werden.

Die Zusatzpauschale nach der Gebührenordnungsposition 01710 kann nur in Fällen, in denen Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern des Abschnitts 1.7.1 (ausgenommen Laborleistungen und Gebührenordnungsposition 01720) durchgeführt werden, berechnet werden.

Der Zuschlag bzw. die Zusatzpauschale nach der Gebührenordnungsposition 01710 ist nicht in die Berechnung von Abschlägen und Aufschlägen, die auf die Versicherten-, Grund- bzw. Konsiliarpauschalen vorgenommen werden, einzubeziehen.

Der Zuschlag bzw. die Zusatzpauschale nach der Gebührenordnungsposition 01710 ist im Arztgruppenfall insgesamt nur einmal berechnungsfähig. Dies gilt auch dann, wenn in demselben Quartal eine erneute Behandlung desselben Versicherten aufgrund einer erneuten Terminvermittlung durch die TSS (TSS-Terminfall und/oder TSS-Akutfall) oder durch den Hausarzt (Hausarztvermittlungsfall) erfolgt.

4.3.10.2 Terminservicestellen-Akutfall

Gemäß § 75 Abs. 1a Satz 3 Nr. 4 SGB V ist Versicherten durch die TSS in Akutfällen auf der Grundlage eines bundesweit einheitlichen, standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens eine unmittelbare ärztliche Versorgung in der medizinisch gebotenen Versorgungsebene zu vermitteln (Terminservicestellen-Akutfall, kurz: TSS-Akutfall).

Für die Behandlung eines Versicherten aufgrund der Vermittlung eines TSS-Akutfalles erfolgt ein Aufschlag in Höhe von 200 % auf die jeweilige Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale in Form eines Zuschlags. Der Zuschlag ist nur berechnungsfähig, wenn der vermittelte Termin spätestens am Kalendertag nach Kontaktaufnahme des Versicherten bei der TSS und Einschätzung als TSS-Akutfall erfolgt.

Bei der Abrechnung des Zuschlags ist der TSS-Akutfall durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren.

Der Zuschlag kann nur in Fällen mit Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale berechnet werden.

Der Zuschlag ist nicht in die Berechnung von Abschlägen und Aufschlägen, die auf die Versicherten-, Grund- bzw. Konsiliarpauschalen vorgenommen werden, einzubeziehen.

Der Zuschlag ist im Arztgruppenfall einmal berechnungsfähig. Das gilt auch dann, wenn in demselben Quartal eine erneute Behandlung desselben Versicherten aufgrund einer erneuten Terminvermittlung durch die TSS (TSS-Terminfall und/oder TSS-Akutfall) oder durch den Hausarzt (Hausarztvermittlungsfall) erfolgt.

4.3.10.3 Hausarztvermittlungsfall

Für die Vermittlung eines Behandlungstermins gemäß § 73 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 SGB V bei einem an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragsarzt ist die Gebührenordnungsposition 03008 bzw. 04008 unter Berücksichtigung der jeweiligen Abrechnungsbestimmungen berechnungsfähig.

Für die Behandlung eines Versicherten aufgrund einer Terminvermittlung gemäß § 73 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 SGB V durch den Hausarzt gemäß § 73 Abs. 1a S. 1 SGB V (Hausarztvermittlungsfall) erhält der an der fachärztlichen Versorgung teilnehmende Vertragsarzt einen Aufschlag auf die jeweilige Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale in Form eines Zuschlags. Der Zuschlag ist berechnungsfähig, sofern eine der folgenden Bedingungen erfüllt ist:

- die Behandlung des Versicherten beginnt spätestens am 4. Kalendertag nach Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit durch den Hausarzt
oder
- die Behandlung des Versicherten beginnt spätestens am 35. Kalendertag nach Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit durch den Hausarzt und eine Terminvermittlung durch die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigung oder eine eigenständige Terminvereinbarung durch den Patienten (oder eine Bezugsperson) war aufgrund der medizinischen Besonderheit des Einzelfalls nicht angemessen oder nicht zumutbar.

Der Zuschlag ist nicht berechnungsfähig, wenn der vermittelte Patient bei der an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Arztgruppe derselben Praxis in demselben Quartal bereits behandelt wurde.

Die Höhe des Zuschlags ist abhängig von der Anzahl der Kalendertage nach der Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit durch den Hausarzt bis zum Tag der Behandlung und beträgt

- ab dem gleichen bis zum 4. Kalendertag nach der Feststellung 100 % der jeweiligen altersklassenspezifischen Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale
- vom 5. bis 14. Kalendertag nach der Feststellung 80 % der jeweiligen altersklassenspezifischen Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale
- vom 15. bis 35. Kalendertag nach der Feststellung 40 % der jeweiligen altersklassenspezifischen Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale.

Bei der Abrechnung des Zuschlags ist das zutreffende Zeitintervall des Hausarztvermittlungsfalls durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren.

Der Zuschlag kann nur in Fällen mit Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale berechnet werden.

Der Zuschlag ist nicht in die Berechnung von Abschlägen und Aufschlägen, die auf die Versicherten-, Grund- bzw. Konsiliarpauschalen vorgenommen werden, einzubeziehen.

Der Zuschlag ist im Arztgruppenfall insgesamt nur einmal berechnungsfähig. Dies gilt auch dann, wenn in demselben Quartal eine erneute Behandlung desselben Versicherten aufgrund einer erneuten Terminvermittlung durch den Hausarzt (Hausarztvermittlungsfall) oder durch die TSS (TSS-Terminfall und/oder TSS-Akutfall) erfolgt.

2. Änderung der Legenden der Gebührenordnungspositionen 01322 und 01323 im Abschnitt 1.3 EBM

01322 Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 01320 für die Behandlung aufgrund einer TSS-Vermittlung **und/oder Vermittlung durch den Hausarzt** gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.10.1, ~~oder~~ 4.3.10.2 **oder 4.3.10.3,**

01323 Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 01321 für die Behandlung aufgrund einer TSS-Vermittlung **und/oder Vermittlung durch den Hausarzt** gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.10.1, ~~oder~~ 4.3.10.2 **oder 4.3.10.3,**

3. Änderung der Gebührenordnungsposition 03008 im Abschnitt 3.2.1.1 EBM

03008 Zuschlag zu der Versichertenpauschale nach der Gebührenordnungsposition 03000 für die Vermittlung eines aus medizinischen Gründen dringend erforderlichen Behandlungstermins gemäß § 73 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 SGB V **i. V. m. § 17a Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä)**

Obligater Leistungsinhalt

- Vermittlung eines Behandlungstermins bei einem an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragsarzt,
- Überweisung an einen an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragsarzt

131 ~~93~~ Punkte

~~Die Gebührenordnungsposition 03008 ist gemäß § 17a BMV-Ä nur berechnungsfähig, sofern der vermittelte Termin beim Facharzt innerhalb eines Zeitraums von vier Kalendertagen nach Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit liegt. Der Tag nach der Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit gilt als erster Zähltag der vier Kalendertage.~~

Die Gebührenordnungsposition 03008 ist berechnungsfähig, sofern die Behandlung des Versicherten spätestens am 4. Kalendertag nach Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit durch den Hausarzt beginnt.

Die Gebührenordnungsposition 03008 ist auch berechnungsfähig, wenn die Behandlung des Versicherten spätestens am 35. Kalendertag nach Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit durch den Hausarzt beginnt und eine Terminvermittlung durch die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigung oder eine eigenständige Terminvereinbarung durch den Patienten (oder eine Bezugsperson) aufgrund der medizinischen Besonderheit des Einzelfalls nicht angemessen oder nicht zumutbar ist. Die Berechnungsfähigkeit der Gebührenordnungsposition 03008 ab dem 24. Kalendertag nach Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit setzt die Angabe einer medizinischen Begründung voraus.

Der Tag nach der Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit gilt jeweils als erster Zähltag.

Die Gebührenordnungsposition 03008 ist auch bei Überweisung an einen Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, der die Voraussetzungen zur Berechnung von Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 4.4 oder 4.5 erfüllt, berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 03008 ist nur dann mehrfach im Behandlungsfall berechnungsfähig, wenn der Patient in demselben Quartal zu mehreren Fachärzten unterschiedlicher Arztgruppen vermittelt wird.

Die Gebührenordnungsposition 03008 ist nicht berechnungsfähig, wenn der vermittelte Patient nach Kenntnis des vermittelnden Arztes bei der an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Arztgruppe derselben Praxis in demselben Quartal bereits behandelt wurde. Der Arzt ist verpflichtet, sich zu erkundigen, ob der Patient in demselben Quartal bei dieser Arztgruppe in dieser Praxis bereits behandelt wurde.

Bei der Abrechnung der Gebührenordnungsposition 03008 ist die (Neben-)Betriebsstättennummer der Praxis, an die der Patient vermittelt wurde, anzugeben.

4. Änderung der Gebührenordnungsposition 04008 im Abschnitt 4.2.1 EBM

04008 Zuschlag zu der Versichertenpauschale nach der Gebührenordnungsposition 04000 für die Vermittlung eines aus medizinischen Gründen dringend erforderlichen Behandlungstermins gemäß § 73 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 SGB V ~~i. V. m. § 17a Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä)~~

Obligater Leistungsinhalt

- Vermittlung eines Behandlungstermins bei einem an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragsarzt,
- Überweisung an einen an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragsarzt

131 ~~93~~ Punkte

~~**Die Gebührenordnungsposition 04008 ist gemäß § 17a BMV-Ä nur berechnungsfähig, sofern der vermittelte Termin beim Facharzt innerhalb eines Zeitraums von vier Kalendertagen nach Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit liegt. Der Tag nach der Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit gilt als erster Zähltag der vier Kalendertage.**~~

Die Gebührenordnungsposition 04008 ist berechnungsfähig, sofern die Behandlung des Versicherten spätestens am 4. Kalendertag nach Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit durch den Hausarzt beginnt.

Die Gebührenordnungsposition 04008 ist auch berechnungsfähig, wenn der Termin der Behandlung des Versicherten spätestens auf dem 35. Kalendertag nach Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit durch den Hausarzt beginnt und eine Terminvermittlung durch die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigung oder eine eigenständige Terminvereinbarung durch den Patienten (oder eine Bezugsperson) aufgrund der medizinischen Besonderheit des

Einzelfalls nicht angemessen oder nicht zumutbar ist. Die Berechnungsfähigkeit der Gebührenordnungsposition 04008 ab dem 24. Kalendertag nach Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit setzt die Angabe einer medizinischen Begründung voraus.

Der Tag nach der Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit gilt jeweils als erster Zähltag.

Die Gebührenordnungsposition 04008 ist auch bei Überweisung an einen Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, der die Voraussetzungen zur Berechnung von Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 4.4 oder 4.5 erfüllt, berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 04008 ist nur dann mehrfach im Behandlungsfall berechnungsfähig, wenn der Patient in demselben Quartal zu mehreren Fachärzten unterschiedlicher Arztgruppen vermittelt wird.

Die Gebührenordnungsposition 04008 ist nicht berechnungsfähig, wenn der vermittelte Patient nach Kenntnis des vermittelnden Arztes bei der an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Arztgruppe derselben Praxis in demselben Quartal bereits behandelt wurde. Der Arzt ist verpflichtet, sich zu erkundigen, ob der Patient in demselben Quartal bei dieser Arztgruppe in dieser Praxis bereits behandelt wurde.

Bei der Abrechnung der Gebührenordnungsposition 04008 ist die (Neben-)Betriebsstättennummer der Praxis, an die der Patient vermittelt wurde, anzugeben.

5. Änderung der Legende der Gebührenordnungsposition 04010 im Abschnitt 4.2.1 EBM

04010 Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 04000 für die Behandlung aufgrund einer TSS-Vermittlung **und/oder Vermittlung durch den Hausarzt** gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.10.1, ~~oder~~ 4.3.10.2 **oder 4.3.10.3**,

6. Änderung der Legende der Gebührenordnungsposition 05228 im Abschnitt 5.2 EBM

05228 Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 05210 bis 05212 für die Behandlung aufgrund einer TSS-Vermittlung **und/oder Vermittlung durch den Hausarzt** gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.10.1, ~~oder~~ 4.3.10.2 **oder 4.3.10.3,**

7. Änderung der Legende der Gebührenordnungsposition 06228 im Abschnitt 6.2 EBM

06228 Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 06210 bis 06212 für die Behandlung aufgrund einer TSS-Vermittlung **und/oder Vermittlung durch den Hausarzt** gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.10.1, ~~oder~~ 4.3.10.2 **oder 4.3.10.3,**

8. Änderung der Legende der Gebührenordnungsposition 07228 im Abschnitt 7.2 EBM

07228 Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 07210 bis 07212 für die Behandlung aufgrund einer TSS-Vermittlung **und/oder Vermittlung durch den Hausarzt** gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.10.1, ~~oder~~ 4.3.10.2 **oder 4.3.10.3,**

9. Änderung der Legende der Gebührenordnungsposition 08228 im Abschnitt 8.2 EBM

08228 Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 08210 bis 08212 für die Behandlung aufgrund einer TSS-Vermittlung **und/oder Vermittlung durch den Hausarzt** gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.10.1, ~~oder~~ 4.3.10.2 **oder 4.3.10.3,**

10. Änderung der Legende der Gebührenordnungsposition 09228 im Abschnitt 9.2 EBM

09228 Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 09210 bis 09212 für die Behandlung aufgrund einer TSS-Vermittlung **und/oder Vermittlung durch den Hausarzt** gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.10.1, ~~oder~~ 4.3.10.2 **oder 4.3.10.3,**

11. Änderung der Legende der Gebührenordnungsposition 10228 im Abschnitt 10.2 EBM

10228 Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 10210 bis 10212 für die Behandlung aufgrund einer TSS-Vermittlung **und/oder Vermittlung durch den Hausarzt** gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.10.1, ~~oder~~ 4.3.10.2 **oder 4.3.10.3,**

12. Änderung der Legende der Gebührenordnungsposition 11228 im Abschnitt 11.2 EBM

11228 Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 11210 bis 11212 für die Behandlung aufgrund einer TSS-Vermittlung **und/oder Vermittlung durch den Hausarzt** gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.10.1, ~~oder~~ 4.3.10.2 **oder 4.3.10.3,**

13. Änderung der Legende der Gebührenordnungsposition 13228 im Abschnitt 13.2.1 EBM

13228 Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 13210 bis 13212 für die Behandlung aufgrund einer TSS-Vermittlung **und/oder Vermittlung durch den Hausarzt** gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.10.1, ~~oder~~ 4.3.10.2 **oder 4.3.10.3,**

14. Änderung der Legende der Gebührenordnungsposition 13298 im Abschnitt 13.3.1 EBM

13298 Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 13290 bis 13292 für die Behandlung aufgrund einer TSS-Vermittlung **und/oder Vermittlung durch den Hausarzt** gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.10.1, ~~oder~~ 4.3.10.2 **oder 4.3.10.3,**

15. Änderung der Legende der Gebührenordnungsposition 13348 im Abschnitt 13.3.2 EBM

13348 Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 13340 bis 13342 für die Behandlung aufgrund einer TSS-Vermittlung **und/oder Vermittlung durch den Hausarzt** gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.10.1, ~~oder~~ 4.3.10.2 **oder 4.3.10.3,**

16. Änderung der Legende der Gebührenordnungsposition 13398 im Abschnitt 13.3.3 EBM

13398 Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 13390 bis 13392 für die Behandlung aufgrund einer TSS-Vermittlung **und/oder Vermittlung durch den Hausarzt** gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.10.1, ~~oder~~ 4.3.10.2 **oder 4.3.10.3,**

17. Änderung der Legende der Gebührenordnungsposition 13498 im Abschnitt 13.3.4 EBM

13498 Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 13490 bis 13492 für die Behandlung aufgrund einer TSS-Vermittlung **und/oder Vermittlung durch den Hausarzt** gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.10.1, ~~oder~~ 4.3.10.2 **oder 4.3.10.3,**

18. Änderung der Legende der Gebührenordnungsposition 13548 im Abschnitt 13.3.5 EBM

13548 Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 13540 bis 13542 für die Behandlung aufgrund einer TSS-Vermittlung **und/oder Vermittlung durch den Hausarzt** gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.10.1, ~~oder~~ 4.3.10.2 **oder 4.3.10.3,**

19. Änderung der Legende der Gebührenordnungsposition 13598 im Abschnitt 13.3.6 EBM

13598 Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 13590 bis 13592 für die Behandlung aufgrund einer TSS-Vermittlung **und/oder Vermittlung durch den Hausarzt** gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.10.1, ~~oder~~ 4.3.10.2 **oder 4.3.10.3,**

20. Änderung der Legende der Gebührenordnungsposition 13648 im Abschnitt 13.3.7 EBM

13648 Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 13640 bis 13642 für die Behandlung aufgrund einer TSS-Vermittlung **und/oder Vermittlung durch den Hausarzt** gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.10.1, ~~oder~~ 4.3.10.2 **oder 4.3.10.3,**

21. Änderung der Legende der Gebührenordnungsposition 13698 im Abschnitt 13.3.8 EBM

13698 Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 13690 bis 13692 für die Behandlung aufgrund einer TSS-Vermittlung **und/oder Vermittlung durch den Hausarzt** gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.10.1, ~~oder~~ 4.3.10.2 **oder 4.3.10.3,**

22. Änderung der Legende der Gebührenordnungsposition 14218 im Abschnitt 14.2 EBM

14218 Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 14210 und 14211 für die Behandlung aufgrund einer TSS-Vermittlung **und/oder Vermittlung durch den Hausarzt** gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.10.1, ~~oder~~ 4.3.10.2 **oder 4.3.10.3,**

23. Änderung der Legende der Gebührenordnungsposition 15228 im Abschnitt 15.2 EBM

15228 Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 15210 bis 15212 für die Behandlung aufgrund einer TSS-Vermittlung **und/oder Vermittlung durch den Hausarzt** gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.10.1, ~~oder~~ 4.3.10.2 **oder 4.3.10.3,**

24. Änderung der Nr. 2 der Präambel 16.1 EBM

2. Fachärzte für Nervenheilkunde, Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie sowie Fachärzte, die Fachärzte für Neurologie und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sind, berechnen abweichend von Nr. 6 der Allgemeinen Bestimmungen immer die Grundpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 21213 bis 21215 sowie den Zuschlag für die nervenheilkundliche Grundversorgung nach der Gebührenordnungsposition 21225 und den Zuschlag für die Behandlung aufgrund einer TSS-Vermittlung **und/oder Vermittlung durch den Hausarzt** nach der Gebührenordnungsposition 21237. Der Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 21213 bis 21215 nach der Gebührenordnungsposition 21228 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

25. Änderung der Legende der Gebührenordnungsposition 16228 im Abschnitt 16.2 EBM

16228 Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 16210 bis 16212 für die Behandlung aufgrund einer TSS-Vermittlung **und/oder Vermittlung durch den Hausarzt** gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.10.1, ~~oder~~ 4.3.10.2 **oder 4.3.10.3,**

26. Änderung der Legende der Gebührenordnungsposition 17228 im Abschnitt 17.2 EBM

17228 Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 17210 für die Behandlung aufgrund einer TSS-Vermittlung **und/oder Vermittlung durch den Hausarzt** gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.10.1, ~~oder~~ 4.3.10.2 **oder 4.3.10.3,**

27. Änderung der Legende der Gebührenordnungsposition 18228 im Abschnitt 18.2 EBM

18228 Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 18210 bis 18212 für die Behandlung aufgrund einer TSS-Vermittlung **und/oder Vermittlung durch den Hausarzt** gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.10.1, ~~oder~~ 4.3.10.2 **oder 4.3.10.3,**

28. Änderung der Legende der Gebührenordnungsposition 20228 im Abschnitt 20.2 EBM

20228 Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 20210 bis 20212 für die Behandlung aufgrund einer TSS-Vermittlung **und/oder Vermittlung durch den Hausarzt** gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.10.1, ~~oder~~ 4.3.10.2 **oder 4.3.10.3,**

29. Änderung der Nr. 2 der Präambel 21.1 EBM

2. Fachärzte für Nervenheilkunde, Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie sowie Fachärzte, die Fachärzte für Neurologie und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sind, berechnen abweichend von Nr. 6 der Allgemeinen Bestimmungen immer die Grundpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 21213 bis 21215 sowie den Zuschlag für die nervenheilkundliche Grundversorgung nach der Gebührenordnungsposition 21225 und den Zuschlag für die Behandlung aufgrund einer TSS-Vermittlung **und/oder Vermittlung durch den Hausarzt** nach der Gebührenordnungsposition 21237. Die Zuschläge zu den Gebührenordnungspositionen 21213 bis 21215 nach den

Gebührenordnungspositionen 21222 und 21228 werden durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

30. Änderung der Legenden der Gebührenordnungspositionen 21236 und 21237 im Abschnitt 21.2 EBM

- 21236 Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 21210 bis 21212 für Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie für die Behandlung aufgrund einer TSS-Vermittlung **und/oder Vermittlung durch den Hausarzt** gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.10.1, ~~oder~~ 4.3.10.2 **oder 4.3.10.3,**
- 21237 Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 21213 bis 21215 für Fachärzte für Nervenheilkunde und Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie für die Behandlung aufgrund einer TSS-Vermittlung **und/oder Vermittlung durch den Hausarzt** gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.10.1, ~~oder~~ 4.3.10.2 **oder 4.3.10.3,**

31. Änderung der Legende der Gebührenordnungsposition 22228 im Abschnitt 22.2 EBM

- 22228 Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 22210 bis 22212 für die Behandlung aufgrund einer TSS-Vermittlung **und/oder Vermittlung durch den Hausarzt** gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.10.1, ~~oder~~ 4.3.10.2 **oder 4.3.10.3,**

32. Änderung der Legenden der Gebührenordnungspositionen 23228 und 23229 im Abschnitt 23.2 EBM

- 23228 Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 23210 bis 23212 für ärztliche und psychologische Psychotherapeuten für die Behandlung aufgrund einer TSS-Vermittlung **und/oder Vermittlung durch den Hausarzt** gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.10.1, ~~oder~~ 4.3.10.2 **oder 4.3.10.3,**

23229 Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 23214 für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten für die Behandlung aufgrund einer TSS-Vermittlung **und/oder Vermittlung durch den Hausarzt** gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.10.1, ~~oder~~ 4.3.10.2 **oder 4.3.10.3,**

33. Änderung der Legende der Gebührenordnungsposition 24228 im Abschnitt 24.2 EBM

24228 Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 24210 bis 24212 für die Behandlung aufgrund einer TSS-Vermittlung **und/oder Vermittlung durch den Hausarzt** gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.10.1, ~~oder~~ 4.3.10.2 **oder 4.3.10.3,**

34. Änderung der Legenden der Gebührenordnungspositionen 25228, 25229 und 25230 im Abschnitt 25.2 EBM

25228 Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 25210 bei gutartiger Erkrankung für die Behandlung aufgrund einer TSS-Vermittlung **und/oder Vermittlung durch den Hausarzt** gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.10.1, ~~oder~~ 4.3.10.2 **oder 4.3.10.3,**

25229 Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 25211 bei bösartiger Erkrankung oder bei raumfordernden Prozessen des zentralen Nervensystems für die Behandlung aufgrund einer TSS-Vermittlung **und/oder Vermittlung durch den Hausarzt** gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.10.1, ~~oder~~ 4.3.10.2 **oder 4.3.10.3,**

25230 Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 25214 nach strahlentherapeutischer Behandlung für die Behandlung aufgrund einer TSS-Vermittlung **und/oder Vermittlung durch den Hausarzt** gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.10.1, ~~oder~~ 4.3.10.2 **oder 4.3.10.3,**

35. Änderung der Legende der Gebührenordnungsposition 26228 im Abschnitt 26.2 EBM

26228 Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 26210 bis 26212 für die Behandlung aufgrund einer TSS-Vermittlung **und/oder Vermittlung durch den Hausarzt** gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.10.1, ~~oder~~ 4.3.10.2 **oder 4.3.10.3,**

36. Änderung der Legende der Gebührenordnungsposition 27228 im Abschnitt 27.2 EBM

27228 Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 27210 bis 27212 für die Behandlung aufgrund einer TSS-Vermittlung **und/oder Vermittlung durch den Hausarzt** gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.10.1, ~~oder~~ 4.3.10.2 **oder 4.3.10.3,**

37. Änderung der dritten Bestimmung zum Abschnitt 30.7 EBM

3. Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 30702 ist auf höchstens 300 Behandlungsfälle je Vertragsarzt, der über eine Genehmigung gemäß Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V verfügt, pro Quartal begrenzt. Dabei sind Behandlungsfälle aufgrund einer TSS-Vermittlung **und/oder Vermittlung durch den Hausarzt** gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.10.1, ~~oder~~ 4.3.10.2 **oder 4.3.10.3** nicht zu berücksichtigen. Die vorgenannte Begrenzung auf 300 Behandlungsfälle kann aus Gründen der Sicherstellung der Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten auf Antrag durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung modifiziert werden.

38. Änderung der sechsten Bestimmung zum Abschnitt 30.7 EBM

6. Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 30704 ist weiterhin, dass in der schmerztherapeutischen Einrichtung ausschließlich bzw. weit überwiegend chronisch schmerzkranker Patienten entsprechend der Definition der Präambel und des § 1 Abs. 1 der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie behandelt werden. Es sind regelmäßig mindestens 150 chronisch schmerzkranker Patienten im Quartal zu betreuen. Die schmerztherapeutische Einrichtung muss an vier Tagen pro Woche mindestens je 4 Stunden schmerztherapeutische Sprechstunden vorhalten, in denen ausschließlich chronisch schmerzkranker Patienten behandelt werden. Der Anteil der schmerztherapeutisch betreuten Patienten an der Gesamtzahl der Patienten muss mindestens 75 % betragen. Dabei sind Behandlungsfälle aufgrund einer TSS-Vermittlung **und/oder einer Vermittlung durch den Hausarzt** gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.10.1, ~~oder~~ 4.3.10.2 **oder 4.3.10.3** bei der Gesamtzahl der Patienten nicht zu berücksichtigen. Die Gesamtzahl der schmerztherapeutisch betreuten Patienten darf die Höchstzahl von 300

Behandlungsfällen pro Vertragsarzt pro Quartal nicht überschreiten. Dabei sind Behandlungsfälle aufgrund einer TSS-Vermittlung **und/oder einer Vermittlung durch den Hausarzt** gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.10.1, ~~oder~~ 4.3.10.2 **oder 4.3.10.3** nicht zu berücksichtigen. Die vorgenannte Begrenzung auf 300 Behandlungsfälle kann aus Gründen der Sicherstellung der Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten auf Antrag durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung modifiziert werden.

39. Änderung der Legende der Gebührenordnungsposition 30705 im Abschnitt 30.7.1 EBM

30705 Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 30700 für die Behandlung aufgrund einer TSS-Vermittlung **und/oder Vermittlung durch den Hausarzt** gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.10.1, ~~oder~~ 4.3.10.2 **oder 4.3.10.3**,

40. Änderungen der Kurzlegenden der Gebührenordnungspositionen 01322, 01323, 04010, 05228, 06228, 07228, 08228, 09228, 10228, 11228, 13228, 13298, 13348, 13398, 13498, 13548, 13598, 13648, 13698, 14218, 15228, 16228, 17228, 18228, 20228, 21236, 21237, 22228, 23228, 23229, 24228, 26228, 27228 und 30705 im Anhang 3 zum EBM

Kurzlegende
Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall

41. Änderungen von Gebührenordnungspositionen im Anhang 3 zum EBM

GOP	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
25228	Zuschlag Terminvermittlung Hausarztvermittlungsfall bei gutartiger Erkrankung TSS- oder bei	KA	./.	Keine Eignung
25229	Zuschlag Terminvermittlung Hausarztvermittlungsfall bei bösartiger Erkrankung TSS- oder bei	KA	./.	Keine Eignung
25230	Zuschlag Terminvermittlung Hausarztvermittlungsfall nach strahlentherapeutischer Behandlung TSS- oder nach	KA	./.	Keine Eignung

Protokollnotizen

1. Die gemäß Protokollnotiz des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 458. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) aufgenommenen kodierten Zusatznummern werden in ihrer Bezeichnung entsprechend diesem Beschluss angepasst.
2. Der Bewertungsausschuss prüft halbjährlich und erstmals nach Vorliegen der Abrechnungsdaten für die ersten beiden Quartale nach Änderung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab die Entwicklung der Abrechnung der Gebührenordnungspositionen 03008 und 04008 sowie der Zuschläge gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.10.1, 4.3.10.2 und 4.3.10.3. Es wird die Entwicklung der Leistungsmenge und des Leistungsbedarfes geprüft. Die Evaluation erfolgt durch das Institut des Bewertungsausschusses.

Entscheidungserhebliche Gründe

zum Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 4 SGB V in seiner 79. Sitzung am 14. Dezember 2022 zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) mit Wirkung zum 1. Januar 2023

1. Rechtsgrundlage

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband vereinbaren gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V im Bewertungsausschuss den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM). Gemäß § 87 Abs. 2b Satz 3 und 2c Satz 3 und 4 SGB V hat der Bewertungsausschuss den Auftrag, bis zum 1. Januar 2023 verschiedene Zuschläge auf die Versicherten-, Grund- bzw. Konsiliarpauschalen bei Terminvermittlungen zu vereinbaren.

2. Regelungshintergrund und -inhalt

Das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz (GKV-FinStG) ist zum 12. November 2022 in Kraft getreten und erfordert Änderungen und Erweiterungen von bestehenden Regelungen zu Terminvermittlungen durch Terminservicestellen (TSS) und Hausärzte. Mit dem vorliegenden Beschluss setzt der Erweiterte Bewertungsausschuss die Vorgaben aus dem GKV-FinStG im EBM um.

Es wird die Nr. 4.3.10 der Allgemeinen Bestimmungen zum EBM neu gefasst. Die bisherigen Nrn. 4.3.10.1 und 4.3.10.2, welche die TSS-Terminfälle und TSS-Akutfälle abbilden, werden angepasst sowie eine neue Nr. 4.3.10.3 zum Hausarztvermittlungsfall aufgenommen.

In Nr. 4.3.10.1 der Allgemeinen Bestimmungen werden insbesondere die Fristen und Zeiträume für die Berechnung der Zuschläge auf die Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale für Haus- und Fachärzte bei Vermittlung von Terminfällen durch die TSS entsprechend der Vorgaben in § 87 Abs. 2b Satz 3 Nrn. 2 bis 4 und 2c Satz 3 Nrn. 2 bis 4 SGB V angepasst.

In Nr. 4.3.10.2 der Allgemeinen Bestimmungen wird die Höhe des Zuschlags für TSS-Akutfälle entsprechend der maximal möglichen Vorgabe in § 87 Abs. 2b Satz 3 Nr. 1 und 2c Satz 3 Nr. 1 SGB V auf 200 % angepasst.

Erfolgt eine Terminvermittlung durch den Hausarzt nach Nr. 4.3.10.3 der Allgemeinen Bestimmungen, kommen die gleichen Zuschlagsregelungen zur Anwendung wie bei Terminfällen, die durch eine TSS vermittelt werden.

In Nr. 4.3.10.1 der Allgemeinen Bestimmungen zum TSS-Terminfall wird festgelegt, dass die Anzahl der Kalendertage nach der Terminvermittlung durch die TSS gemäß § 75 Absatz 1a Satz 3 SGB V maßgeblich ist für die Höhe des jeweiligen Zuschlages auf die Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen. Die Bewertung der Zusatzpauschale nach der Gebührenordnungsposition (GOP) 01710, die für die Durchführung von Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern des Abschnitts 1.7.1 (ausgenommen Laborleistungen und GOP 01720) aufgrund einer Terminvermittlung berechnungsfähig ist, wird in der Nr. 4.3.10.1 der Allgemeinen Bestimmungen weiterhin auf der Grundlage der Bewertungen der Versichertenpauschalen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr (GOP 04001 und 04002) und den für die Zusatzpauschalen gemäß der Nr. 4.3.10.1 der Allgemeinen Bestimmungen geltenden prozentualen Aufschlägen abhängig von der Anzahl der Kalendertage bis zum Tag der Behandlung festgelegt und in ihrer Höhe angepasst.

Für TSS-Terminfälle, TSS-Akutfälle und Hausarztvermittlungsfälle ist der Zuschlag im Arztgruppenfall insgesamt nur einmal berechnungsfähig. Es wird zusätzlich geregelt, dass dies auch dann gilt, wenn in demselben Quartal eine erneute Behandlung desselben Versicherten aufgrund einer erneuten Terminvermittlung durch den Hausarzt oder durch die TSS (TSS-Terminfall und/oder TSS-Akutfall) erfolgt.

Die Bewertung der GOP 03008 und 04008, die Hausärzte und Pädiater für die Vermittlung eines Behandlungstermins bei einem Arzt der fachärztlichen Versorgung abrechnen können, wird erhöht und Anpassungen an der Leistungsbeschreibung sowie den Anmerkungen vorgenommen.

Zudem werden die Legenden der arztgruppenspezifischen Zuschläge in den Kapiteln 4 bis 27 (mit Ausnahme von Kapitel 12 und 19) und in den Abschnitten 1.3 und 30.7 jeweils um den Verweis auf die neue Allgemeine Bestimmung 4.3.10.3 ergänzt und somit für an der fachärztlichen Versorgung teilnehmende Vertragsärzte für die Behandlung eines Versicherten aufgrund einer Terminvermittlung durch den Hausarzt gemäß § 73 Abs. 1a S. 1 SGB V (Hausarztvermittlungsfall) berechnungsfähig.

Zudem erfolgt eine Anpassung jeweils der Nr. 2 der Präambel 16.1 und 21.1 EBM sowie der dritten und sechsten Bestimmung zum Abschnitt 30.7 EBM für den Hausarztvermittlungsfall.

Weiterhin erfolgen verschiedene Folgeänderungen im EBM.

3. Inkrafttreten

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