

§ 87a

Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten

(1) – (2) – Anmerkung: in Leseprobe nicht wiedergegeben

(3) ¹ Ebenfalls jährlich bis zum 31. Oktober vereinbaren die in Absatz 2 Satz 1 genannten Vertragsparteien gemeinsam und einheitlich für das Folgejahr mit Wirkung für die Krankenkassen die von den Krankenkassen mit befreiender Wirkung an die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung zu zahlenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen für die gesamte vertragsärztliche Versorgung der Versicherten mit Wohnort im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung. ² Hierzu vereinbaren sie als Punktzahlvolumen auf der Grundlage des einheitlichen Bewertungsmaßstabes den mit der Zahl und der Morbiditätsstruktur der Versicherten verbundenen Behandlungsbedarf und bewerten diesen mit dem nach Absatz 2 Satz 1 vereinbarten Punktwert in Euro; der vereinbarte Behandlungsbedarf gilt als notwendige medizinische Versorgung gemäß § 71 Abs. 1 Satz 1. ³ Die im Rahmen des Behandlungsbedarfs erbrachten Leistungen sind mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 Satz 5 zu vergüten. ⁴ Darüber hinausgehende Leistungen, die sich aus einem bei der Vereinbarung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nicht vorhersehbaren Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs ergeben, sind von den Krankenkassen zeitnah, spätestens im folgenden Abrechnungszeitraum unter Berücksichtigung der Empfehlungen nach Absatz 5 Satz 1 Nr. 1 ebenfalls mit den in der Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 Satz 5 enthaltenen Preisen zu vergüten. ⁵ **Von den Krankenkassen sind folgende Leistungen und Zuschläge außerhalb der nach Satz 1 vereinbarten Gesamtvergütungen mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 Satz 5 zu vergüten:**

- 1. Leistungen im Rahmen der Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses,**
- 2. Zuschläge nach § 87 Absatz 2b Satz 3 sowie Absatz 2c Satz 3 und 4,**
- 3. Leistungen im Behandlungsfall, die aufgrund der Vermittlung durch die Terminservice-stelle nach § 75 Absatz 1a Satz 3 Nummer 1 und 3 erbracht werden, sofern es sich nicht um Fälle nach § 75 Absatz 1a Satz 8 handelt,**
- 4. Leistungen im Behandlungsfall bei Weiterbehandlung eines Patienten durch einen an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer nach Vermittlung durch einen an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer nach § 73 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2,**
- 5. Leistungen im Behandlungsfall, die von Ärztinnen und Ärzten, die an der grundversorgenden oder unmittelbaren medizinischen Versorgung teilnehmen, gegenüber Patienten erbracht werden, die in der jeweiligen Arztpraxis erstmals untersucht und behandelt werden oder die mindestens zwei Jahre nicht in der jeweiligen Arztpraxis untersucht und behandelt wurden und**
- 6. Leistungen im Behandlungsfall, die im Rahmen von bis zu fünf offenen Sprechstunden je Kalenderwoche ohne vorherige Terminvereinbarung gemäß § 19a Absatz 1 Satz 3 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte erbracht werden; bei einem reduzierten Versorgungsauftrag ist die Vergütung außerhalb der Gesamtvergütung auf die jeweils anteilige Zeit offener Sprechstunden je Kalenderwoche gemäß § 19a Absatz 1 Satz 4 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte begrenzt.**

⁶ Darüber hinaus können Leistungen außerhalb der nach Satz 1 vereinbarten Gesamtvergütungen mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 Satz 5 vergütet werden, wenn sie besonders gefördert werden sollen oder wenn dies medizinisch oder aufgrund von Besonderheiten bei Veranlassung und Ausführung der Leistungserbringung erforderlich ist. ⁷ Die in Absatz 2 Satz 1 genannten Vertragspartner haben die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung in den Vereinbarungen nach Absatz 3 Satz 1 um die in Satz 5 Nummer 3 bis 6 genannten Leistungen unter Berücksichtigung der arztgruppenspezifischen Auszahlungsquoten des jeweiligen Vorjahresquartals, die von den Kassenärztlichen Vereinigungen gegenüber den Krankenkassen nachzuweisen sind, begrenzt auf ein Jahr zu berei-

nigen.⁸ Dabei haben sie die vom Bewertungsausschuss zu beschließenden Vorgaben nach Absatz 5 Satz 7 zu berücksichtigen.

(3a) – (6) – Anmerkung: in Leseprobe nicht wiedergegeben

Begründung zum TSVG:

Zu Absatz 3 Satz 5 bis 8

Zur Verbesserung und Förderung der Leistungen und des Zugangs zur haus- und fachärztlichen Versorgung für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung sind zukünftig weitere Leistungen und Zuschläge nach dem Gesetz außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen nach § 87a Absatz 3 Satz 1 zu festen Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung nach § 87a Absatz 2 Satz 5 zu vergüten. § 87a Absatz 3 Satz 5 wird zur besseren Übersichtlichkeit und Lesbarkeit in Form einer Auflistung neugefasst. Die folgenden Leistungen der Nummern 2 bis 4 werden neu in den Katalog der extrabudgetären Leistungen aufgenommen:

Nach Nummer 2 sind die mit diesem Gesetz vorgesehenen neuen Zuschläge extrabudgetär außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen zu festen Preisen zu vergüten. Zur Verbesserung des Zugangs für gesetzlich Versicherte zur ambulanten ärztlichen Versorgung handelt es sich um Zuschläge auf die Leistungen der Versicherten- und Grundpauschalen für Neupatientinnen und Neupatienten. Zudem wird der Zuschlag für die Leistung der erfolgreichen Vermittlung eines Behandlungstermins nach § 73 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 durch einen hausärztlich tätigen Leistungserbringer zu einem fachärztlich tätigen Leistungserbringer außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen zu festen Preisen vergütet. Darüber hinaus wird der Zuschlag auf die Grundpauschale zur Förderung der gezielten Erbringung fachärztlicher Grundleistungen in offenen Sprechstunden, der grundsätzlich im Rahmen einer durch Überweisungen koordinierten vertragsärztlichen Versorgung gezahlt wird, außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen zu festen Preisen vergütet.

Nach Nummer 3 sind zukünftig auch Leistungen, die aufgrund der Vermittlung durch die Terminservicestelle nach § 75 Absatz 1a Satz 3 Nummer 1 und Nummer 3 erbracht werden, außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen zu festen Preisen zu vergüten. Hierbei werden alle aufgrund der Terminvermittlung im Behandlungsfall erforderlichen Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen zu festen Preisen vergütet. Der Behandlungsfall ist die gesamte von derselben Arztpraxis (Vertragsarzt, Vertragspsychotherapeut, Berufsausübungsgemeinschaft, medizinisches Versorgungszentrum) innerhalb desselben Kalendervierteljahres an demselben Versicherten ambulant zu Lasten derselben Krankenkasse vorgenommene Behandlung (vgl. § 21 Absatz 1 Satz 1 Bundesmantelvertrag-Ärzte).

Akutfälle nach § 75 Absatz 1a Satz 3 Nummer 3 sind keine Notfälle im Sinne der ständigen Rechtsprechung des BSG. Die Notfallversorgung beschränkt sich demnach auf die Erstversorgung, insbesondere um Gefahren für Leib und Leben sowie unzumutbare Schmerzen der Patienten zu begegnen (vgl. BSG, Urteil vom 12. Dezember 2012, Az. B 6 KA 5/12 R, RdNr. 15 und BSG, Urteil vom 2. Juli 2014, Az. B 6 KA 30/13 R, RdNr. 12). Sofern die Terminservicestellen Akutfälle an Krankenhäuser vermitteln müssen, bleibt es bei der geltenden Rechtslage nach § 76 Absatz 1a in Verbindung mit § 120 Absatz 3a.

Die Vergütung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen zu festen Preisen gilt nicht für Fälle nach § 75 Absatz 1a Satz 8 (verschiebbare Routineuntersuchungen, Bagatellerkrankungen sowie bei weiteren vergleichbaren Fällen).

Um auch die Übernahme eines aus medizinischen Gründen dringend erforderlichen Behandlungstermins durch einen fachärztlich tätigen Leistungserbringer zu fördern, werden nach Nummer 4 alle Leistungen im Behandlungsfall außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen zu festen Preisen vergütet, die aufgrund der Vermittlung nach § 73 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 erforderlich sind.

Satz 6 ist bereits Gegenstand des bisherigen Rechts. Die Sätze 7 und 8 sehen vor, dass die Leistungen, die in Satz 5 Nummer 3 und 4 genannt sind, aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach den Vorgaben des Bewertungsausschusses zu bereinigen sind (Entbudgetierung). Die Bereinigung erfolgt über die Anpassung des Behandlungsbedarfs nach Absatz 4. Dabei wird eine Nettobereinigung des Behandlungsbedarfs unter Berücksichtigung der artzgruppenspezifischen Auszahlungsquoten des Vorjahresquartals, die von der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung gegenüber den Krankassen transparent nachzuweisen sind, begrenzt auf einen Zeitraum von einem Jahr, das heißt einmalig für die jeweiligen vier Abrechnungsquartale eines Jahreszeitraums vorgesehen. Zu bereinigen sind die ab dem Inkrafttreten der Vergütungsregelungen erbrachten und nach sachlich-rechnerischer Prüfung abgerechneten Leistungen im Behandlungsfall, die in Satz 5 Nummer 3 und 4 genannt sind. Die Bereinigung soll auf Ebene der Honorarverteilung zudem ausschließlich diejenigen Leistungserbringerbetreffen, die die künftig aufgrund dieses Gesetzes extrabudgetär gestellten Leistungen erbringen. Dies ist durch die Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) nach § 87b Abs. 4 Satz 2 zu gewährleisten, wonach die KBV Vorgaben zur Durchführung geeigneter und neutraler Verfahren zur Honorarbereinigung im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen zu bestimmen hat.

Dem Bundesministerium für Gesundheit wird im Rahmen der gesetzlich vorgegebenen Evaluation jährlich durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung über die Auswirkungen der Tätigkeit der Terminservicestellen nach § 75 Absatz 1a berichtet. Hierbei sind die Auswirkungen der Tätigkeit der Terminservicestellen insbesondere im Hinblick auf die Erreichung der fristgemäßen Vermittlung von Facharztterminen, auf die Häufigkeit der Inanspruchnahme und auf die Vermittlungsquote zu evaluieren. Mit dieser Evaluierung können in der Folge die zukünftigen Steuerungswirkungen auf die Annahme und Versorgung der Versicherten durch die neu vorgesehenen extrabudgetären Vergütungsanreize aufgezeigt werden. Dies schließt auch die neu aufgenommene Vermittlung von Akutfällen mit ein. Den zukünftigen Auswirkungen auf die Versorgung sollen auch die damit verbundenen Ausgaben gegenübergestellt werden können. Deshalb hat der Bewertungsausschuss auf der Grundlage von § 87 Absatz 3a die Auswirkungen seiner in diesem Zusammenhang getroffenen Beschlüsse insbesondere auf die Versorgung der Versicherten mit vertragsärztlichen Leistungen, auf die vertragsärztlichen Honorare sowie auf die Ausgaben der Krankenkassen zu analysieren. Der Bewertungsausschuss hat die Auswirkungen der erfolgten Anpassungen der Vergütungen in den ersten zwei Jahren nach Inkrafttreten der Vergütungsregelungen zu analysieren und dem Bundesministerium für Gesundheit darüber zu berichten. In dem Bericht sollen unter anderem die Entwicklung der extrabudgetären Vergütungszuschläge bei der Untersuchung und Behandlung von in den Arztpraxen neuen Patientinnen und Patienten, für die erfolgreiche Vermittlung eines dringlich notwendigen Behandlungstermins durch eine an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztin bzw. Arzt sowie von Zuschlägen auf Leistungen der jeweiligen Grundpauschale in der offenen Sprechstunde dargestellt werden. Darüber hinaus sollen die Entwicklung der extrabudgetären Vergütung der Leistungen für die Übernahme eines Behandlungstermins durch einen fachärztlich tätigen Leistungserbringer nach Vermittlung durch einen hausärztlich tätigen Leistungserbringer und die extrabudgetäre Vergütung von ärztlichen (Akut-)Leistungen, die von der Terminservicestelle vermittelt werden, aufgezeigt werden. Das Bundesministerium für Gesundheit kann das Nähere zum Inhalt der Analysen bestimmen. Der Bericht wird der Bundesregierung vom Bundesministerium für Gesundheit zur Verfügung gestellt.

Der 14. Ausschuss begründet das Anfügen von Absatz 3 Satz 5 Nummer 5 und 6 wie folgt:
In dieser Leseprobe nicht wiedergegeben.