

## **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-Akuttfall) oder durch den Hausarzt (Hausarztvermittlungsfall) erfolgt.

#### 4.3.10.2 Terminservicestellen-Akuttfall

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-Akuttfall, kurz: TSS-Akuttfall).

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-Akuttfall erfolgt.

Bei der Abrechnung des Zuschlags ist der TSS-Akuttfall 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-Akuttfall) 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  
15,05 €

**~~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  
15,05 €

~~**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**

<b>Kurzlegende</b>
Zuschlag TSS-Terminvermittlung <b>oder</b> Hausarztvermittlungsfall

**41. Änderungen von Gebührenordnungspositionen im Anhang 3 zum EBM**

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



## **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.