

2. Sonderrundschreiben „Terminservice- u.

Versorgungsgesetz (TSVG)“



Definition der umfassten Leistungen (Arztgruppenfall)

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.

Regelungen ab dem 11. Mai 2019 Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG)

Vermittlung durch die Terminservicestelle (TSS)

Im „1. Sonderrundschreiben TSVG“ haben wir Sie bereits über die Kennzeichnung von Terminvermittlungsfällen informiert.

Sachverhalt	Vergütung	Kennzeichnung/Feldkennung
Betrifft alle Termine, die über die Terminservicestellen vermittelt werden	Fach-, Haus- und Kinderärzte sowie Psychotherapeuten erhalten alle Leistungen im Behandlungsfall, die aufgrund der Terminvermittlung erbracht werden, extrabudgetär bezahlt.	Praxen kennzeichnen den Überweisungs- oder Originalschein mithilfe der Praxissoftware als „TSS-Terminfall“ (Feldkennung 4103: TSVG Vermittlungs-/Kontaktart)

Vergütung:

In der TSVG-Konstellation gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 3 SGB V erfolgt eine Vergütung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (Leistungen der Arztgruppen im Behandlungsfall, außer Labormediziner und Pathologen) wenn durch die TSS ein Patient in eine Arztpraxis vermittelt worden ist. Zudem gilt für die Vergütung die Definition des Arztgruppenfalls.

2. Sonderrundschreiben „Terminservice- u.

Versorgungsgesetz (TSVG)“



Bereinigung:

Zeitraum: 11. Mai 2019 bis 10. Mai 2020

Es erfolgt eine Bereinigung des individuellen Praxisbudgets (basiswirksam, d. h. auf Dauer).

Hausarztvermittlungsfall (für Fachärzte)

Die folgende Übersicht zeigt, welche Konstellation des Terminservice- und Versorgungsgesetzes extrabudgetär vergütet wird und wie die Kennzeichnung erfolgt.

Sachverhalt	Vergütung	Kennzeichnung/Feldkennung
Betrifft alle Termine, die Hausärzte beim Facharzt vermitteln	Weiterbehandelnde Fachärzte (Ausnahme: Pathologen und Labormediziner) erhalten alle Leistungen im Behandlungsfall extrabudgetär vergütet, sofern der Termin innerhalb von vier Kalendertagen nach Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit durch den Hausarzt liegt.	Fachärzte kennzeichnen den Überweisungsschein, mithilfe der Praxissoftware als „HA-Vermittlungsfall“ (Feldkennung 4103: TSVG Vermittlungs-/Kontaktart). Zudem wird die Dokumentation (s. Hinweis) in die Feldkennung 4105 (Ergänzende Information zur TSVG Vermittlungs-/Kontaktart) eingetragen. <u>Hinweis:</u> In die Feldkennung 4105 (Ergänzende Information zur TSVG Vermittlungs-/Kontaktart) wird zur Dokumentation in der Facharztpraxis der <u>Name des vermittelnden Hausarztes eingetragen.</u>

Vergütung:

In der o. g. TSVG-Konstellation gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 4 SGB V erfolgt eine Vergütung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, sofern der Termin innerhalb von vier Kalendertagen nach Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit durch den Hausarzt liegt.

Bereinigung:

Zeitraum: 11. Mai 2019 bis 10. Mai 2020

Es erfolgt eine Bereinigung des individuellen Praxisbudgets (basiswirksam, d. h. auf Dauer).

2. Sonderrundschreiben „Terminservice- u.

Versorgungsgesetz (TSVG)“



Regelungen Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) ab dem 1. September 2019

Zuschläge zur Vermittlung durch die Terminservicestelle (TSS-Terminfälle)

Die ab 1. September geltenden Zuschläge für die Behandlung TSS-vermittelter Patienten sind nun fest verankert und werden in die arztgruppenspezifischen Kapitel 3 bis 27 (Ausnahme: Labormediziner und Pathologen) sowie in den Abschnitt 30.7 des EBM jeweils als Zusatzpauschale aufgenommen. Zu jeder Zusatzpauschale gibt es Zusätze (B, C und D), die die entsprechende Höhe der Zuschläge abbilden und vom Arzt zusammen mit der neuen GOP anzugeben sind.

Abrechnung:

Facharztgruppe		GOP; Zusatzpauschale TSS-Terminfälle
Hausärzte	(Kapitel 3)	03010
Kinder- und Jugendmediziner	(Kapitel 4)	04010
Anästhesiologie (Kapitel 5)	(Kapitel 5)	05228
Augenheilkunde	(Kapitel 6)	06228
Chirurgie	(Kapitel 7)	07228
Gynäkologie	(Kapitel 8)	08228
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	(Kapitel 9)	09228
Dermatologie	(Kapitel 10)	10228
Humangenetik	(Kapitel 11)	11228
Innere Medizin, Facharzt ohne Schwerpunkt	(Kapitel 13.2.1)	13228
Innere Medizin, Schwerpunkt Angiologie	(Kapitel 13.3.1)	13298
Innere Medizin, Schwerpunkt Endokrinologie	(Kapitel 13.3.2)	13348
Innere Medizin, Schwerpunkt Gastroenterologie	(Kapitel 13.3.3)	13398
Innere Medizin, Schwerpunkt Hämatologie/Onkologie	(Kapitel 13.3.4)	13498
Innere Medizin, Schwerpunkt Kardiologie	(Kapitel 13.3.5)	13548
Innere Medizin, Schwerpunkt Nephrologie	(Kapitel 13.3.6)	13598
Innere Medizin, Schwerpunkt Pneumologie	(Kapitel 13.3.7)	13648
Innere Medizin, Schwerpunkt Rheumatologie	(Kapitel 13.3.8)	13698
Kinder- und Jugendpsychiatrie und - psychotherapie	(Kapitel 14)	14218
Mund-,Kiefer- und Gesichtschirurgie	(Kapitel 15)	15228
Neurologie	(Kapitel 16)	16228
Nuklearmedizin	(Kapitel 17)	17228
Orthopädie	(Kapitel 18)	18228

2. Sonderrundschreiben „Terminservice- u.

Versorgungsgesetz (TSVG)“



Facharztgruppe		GOP; Zusatzpauschale TSS-Terminfälle
Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen	(Kapitel 20)	20228
Psychiatrie und Psychotherapie	(Kapitel 21)	21236
Nervenheilkunde und Neurologie und Psychiatrie	(Kapitel 21)	21237
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	(Kapitel 22)	22228
Ärztliche und psychologische Psychotherapeuten	(Kapitel 23)	23228
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	(Kapitel 23)	23229
Radiologie	(Kapitel 24)	24228
Strahlentherapie	(Kapitel 25)	25228 Bei gutartiger Erkrankung
		25229 Bei bösartiger Erkrankung
		25230 Nach strahlentherapeutischer Behandlung
Urologie	(Kapitel 26)	26228
Physikalische u. Rehabilitative Medizin	(Kapitel 27)	27228
Schmerztherapie	(Kapitel 30.7)	30705

Vergütung/Abrechnung:

Die Vergütung der Zuschlagpauschalen erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und erfolgt nach dem u. a. Schema:

Zwischen dem 1. bis zum 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 durchgeführt werden.

Zusatz: Suffix-Angabe hinter der GOP (Zuschlagpauschale) des TSS-Terminfalls: Buchstabe B

Zwischen dem 9. bis zum 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 durchgeführt werden.

Zusatz: Suffix-Angabe hinter der GOP (Zuschlagpauschale) des TSS-Terminfalls: Buchstabe C

Zwischen dem 15. bis zum 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 durchgeführt werden.

Zusatz: Suffix-Angabe hinter der GOP (Zuschlagpauschale) des TSS-Terminfalls: Buchstabe D

2. Sonderrundschreiben „Terminservice- u.

Versorgungsgesetz (TSVG)“



Der Tag der Kontaktaufnahme des Versicherten bei der Terminservicestelle (TSS) gilt als erster Zähltag für die Berechnung des gestaffelten prozentualen Zuschlags.

Beispiel:

Ein Facharzt für Augenheilkunde behandelt einen 40-jährigen Patienten aufgrund der Vermittlung durch die TSS. Zwischen Kontaktaufnahme des Versicherten zur TSS und Behandlung liegen 12 Tage. Der Arzt rechnet dabei wie gewöhnlich die für den Patienten geltende Grundpauschale 06211 in Höhe von 127 Punkten sowie weitere gegebenenfalls erforderliche Leistungen ab. Zusätzlich gibt er für die Behandlung aufgrund der TSS-Vermittlung die GOP 06228C (Zusatzpauschale TSS-Terminvermittlung) an. Das Buchstabensuffix C steht für den „TSS-Terminfall“ mit einer Vermittlungsfrist von 9 bis 14 Tagen. Das PVS setzt automatisch die durch den Arzt abgerechnete GOP 06228C in die altersklassenspezifische GOP 06911C (Zusatzpauschale TSS-Terminvermittlung 6.-59. Lebensjahr) mit einer Bewertung in Höhe von 30 Prozent der Grundpauschale (38 Punkte) um und überträgt diese auch in die Abrechnung gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung.

Bereinigung:

Keine Bereinigung

Zuschlag Hausarzt/Kinder u. Jugendmediziner für die Terminvermittlung beim Facharzt

Für die Vermittlung eines Termins aus medizinisch dringenden Gründen durch einen Hausarzt oder Kinder- und Jugendmediziner wird die GOP 03008/04008 gemäß der Definition der medizinischen Dringlichkeit auf Grundlage von §73 Absatz 1 Satz 2 Nr. 2 SGB V in den EBM aufgenommen. Sie bilden die Vergütung der mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz geforderten Vermittlung eines Behandlungstermins bei einem an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragsarztes ab.

Dabei gibt der Hausarzt/Kinder und Jugendmediziner zusätzlich zur o. g. GOP in seiner Abrechnung in der Feldkennung 5003 die Betriebsstättennummer (BSNR) der Praxis an, an die der Patient vermittelt wurde.

- Der Zuschlag ist nur berechnungsfähig, sofern der Termin beim Facharzt innerhalb von vier Kalendertagen nach Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit (mit Überweisung) durch den Hausarzt liegt.
- Der Zuschlag ist mehrfach berechnungsfähig, wenn der Patient in demselben Quartal durch denselben Arzt zu unterschiedlichen Arztgruppen vermittelt wird und sofern der Termin beim Facharzt innerhalb von vier Kalendertagen nach Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit durch den Hausarzt/Kinder- und Jugendmediziner liegt.
- Der Zuschlag ist nicht berechnungsfähig, wenn der vermittelte Patient bei dem gleichen Facharzt im laufenden Quartal bereits behandelt wurde.

2. Sonderrundschreiben „Terminservice- u.

Versorgungsgesetz (TSVG)“



Vergütung:

Der Zuschlag wird mit 93 Punkten (10,07 Euro) bewertet.

Voraussetzung für die Berechnungsfähigkeit ist die erfolgreiche Vermittlung des Termins durch den Hausarzt/Kinder und Jugendmediziner.

Die Vergütung erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

Bereinigung:

Keine Bereinigung

Offene Sprechstunde

Wohnortnah- und grundversorgende Fachärzte müssen ab dem 1. September fünf Stunden pro Woche als offene Sprechstunde ohne vorherige Terminvereinbarung anbieten (voller Versorgungsauftrag, sonst anteilig). Eine Kennzeichnung im PVS erfolgt in der Feldkennung 4103 mit „Offene Sprechstunde“. Die Zeiten der offenen Sprechstunde müssen der Kassenärztlichen Vereinigung mitgeteilt werden. Hausärzte/Kinder- und Jugendmediziner nimmt das Gesetz von dieser Regelung aus. Folgende Facharztgruppen müssen eine offene Sprechstunde anbieten:

- Augenärzte
- Chirurgen
- Gynäkologen
- HNO-Ärzte
- Hautärzte
- Urologen
- Kinder- und Jugendpsychiater
- Nervenärzte
- Neurologen
- Neurochirurgen
- Orthopäden
- Psychiater

Patienten können offene Sprechstunden ohne Überweisung aufsuchen.

Vergütung:

Die Vergütung erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für maximal fünf offene Sprechstunden in der Woche. Zur Operationalisierung dieser Grenze werden höchstens 17,5% der Arztgruppenfälle 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.

Zur Sicherstellung einer gleichmäßigen Verteilung der offenen Sprechstunden, die extrabudgetär vergütet werden, wird ein sogenanntes Hashverfahren vorgegeben. Dabei wird den Versichertennummern der Patienten, die in einer offenen Sprechstunde behandelt wurden, ein zufälliger Hashwert zugewiesen. Diese Hashwerte werden zunächst alphanumerisch sortiert. Anschließend werden die ersten 17,5 Prozent dieser Werte ausgewählt – diese Fälle werden

2. Sonderrundschreiben „Terminservice- u.

Versorgungsgesetz (TSVG)“



extrabudgetär vergütet. Da die extrabudgetäre Vergütung der Untersuchungen und Behandlungen in offenen Sprechstunden am 1. September 2019 beginnt, werden im dritten Quartal 2019 maximal 5,83 Prozent der Arztgruppenfälle einer Arztpraxis extrabudgetär vergütet.

Bereinigung:

Zeitraum: 01. September 2019 bis 31. August 2020

Es erfolgt eine Bereinigung des individuellen Praxisbudgets (basiswirksam, d. h. auf Dauer).

Behandlung neuer Patienten

Nicht selten kommen neue Patienten in die Praxis deshalb sollen Ärzte künftig die Behandlung neuer Patienten extrabudgetär vergütet bekommen. Diese Regelung gilt für alle grundversorgende oder an der unmittelbaren medizinischen Versorgung teilnehmenden Ärzte. Dies sind:

- Hausärzte
- Kinder- und Jugendmediziner
- Augenärzte
- Chirurgen
- Frauenärzte
- HNO-Ärzte
- Hautärzte
- Internisten
- Kinder- und Jugendpsychiater
- Neurologen
- Nervenärzte
- Neurochirurgen
- Orthopäden
- Phoniater und Pädaudiologen
- Psychiater
- Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- Ärztliche und psychologische Psychotherapeuten
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
- Urologen
- Fachärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin
- Anästhesisten, wenn diese die GOP 30700 (Schmerztherapie) abgerechnet haben

Eine Kennzeichnung der Abrechnung erfolgt in der Feldkennung 4103 mit „Neupatient“ und wird von der Praxis gesetzt.

Vergütung:

Die Vergütung erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, wenn ein Patient im aktuellen Quartal und den acht vorhergehenden Quartalen nicht in der Arztpraxis behandelt oder untersucht wurde. Bei mehreren Arztgruppen in einer Praxis ist auf maximal zwei Arztgruppen pro Praxis abzustellen. Bei einer Behandlung durch weitere Arztgruppen einer Arztpraxis gilt der Patient

2. Sonderrundschreiben „Terminservice- u.

Versorgungsgesetz (TSVG)“



nicht als Neupatient. Eine bisherige Behandlung im Rahmen eines Selektivvertrages führt nicht zu einer Einstufung als Neupatient. Ein Wechsel der Krankenkasse durch den Versicherten führt nicht dazu, dass er allein aufgrund dieses Wechsels als Neupatient einzustufen ist.

Es 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 nach der o. g. Definition 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 MVZs.

Bereinigung:

Zeitraum: 01. September 2019 bis 31. August 2020

Es erfolgt eine Bereinigung des individuellen Praxisbudgets (basiswirksam, d. h. auf Dauer).

Ansprechpartner:

Service Center

✉: servicecenter@kvsaarland.de