

## Terminservice- und Versorgungsgesetz

### 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.

### Hausarztvermittlungsfall (nur für Fachärzte)

#### Vermittlung:

Betrifft alle Termine, die Hausärzte beim Facharzt vermitteln.

#### Kein Hausarztvermittlungsfall:

Ein Hausarztvermittlungsfall **liegt nicht vor:**

- bei Anforderung durch den Facharzt
- wenn keine medizinische Notwendigkeit vorliegt
- wenn eine Terminvermittlung durch die TSS oder eine eigenständige Terminvereinbarung durch den Patienten zumutbar ist (z.B. herkömmliche Überweisung)
- auf Wunsch des Patienten

#### Kennzeichnung des Abrechnungsscheins:

Fachärzte kennzeichnen den Überweisungsschein, mithilfe der Praxissoftware als „HA-Vermittlungsfall“ (Feldkennung 4103: TSVG Vermittlungs-/Kontaktart).

Weiter wird in die Feldkennung 4105 (Ergänzende Information zur TSVG Vermittlungs-/Kontaktart) der Name des vermittelnden Hausarztes eingetragen.

Der EBM wurde dahingehend angepasst, sodass die arztgruppenspezifischen Zuschläge (bisher aussch. bei der TSS-Terminvermittlung berechnungsfähig) ab Januar auch bei der Vermittlung durch den Hausarzt abgerechnet werden können.

**Zuschläge:**

<b>Facharztgruppe</b>		<b>GOP; Zusatzpauschale TSSTerminfälle</b>
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
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:

#### Die Behandlung erfolgt am 4. Tag

In Höhe von 100 % 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 (Zuschlagspauschale) des TSS-Terminfalls: Buchstabe B**

#### Die Behandlung erfolgt spätestens am 14. Tag

In Höhe von 80 % 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 (Zuschlagspauschale) des TSS-Terminfalls: Buchstabe C**

#### Die Behandlung erfolgt spätestens am 35. Tag

In Höhe von 40 % 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 (Zuschlagspauschale) des TSS-Terminfalls: Buchstabe D**

➤ Die Zählung der Kalendertage beginnt am Tag nach der Terminvermittlung durch die TSS beziehungsweise nach der Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit durch den Hausarzt.