

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.

Behandlung neuer Patienten

Vermittlung

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
- Augenärzte
- Frauenärzte
- Hautärzte
- Kinder- und Jugendpsychiater
- Nervenärzte
- Orthopäden
- 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
- Kinder- und Jugendmediziner
- Chirurgen
- HNO-Ärzte
- Internisten
- Neurologen
- Neurochirurgen
- Phoniater und Pädaudiologen

Kennzeichnung des Abrechnungsscheins:

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 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.

Keine Vergütung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung bei Praxisgründung:

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.