

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.

Vermittlung durch die Terminservicestelle (TSS-Terminfall)

Vermittlung

Betrifft alle Termine, die über die Terminservicestellen vermittelt werden.

Kennzeichnung des Abrechnungsscheins:

Praxen kennzeichnen den Abrechnungsschein mithilfe der Praxissoftware als „TSS-Terminfall“ (Feldkennung 4103: TSVG Vermittlungs/Kontaktart)

Angabe des Barcodes: Der auf dem Überweisungsschein aufgetragene Barcode wird in der Feldkennung 4114 eingetragen (Die ÜW benötigt der Patient zur Terminvermittlung bei der Terminservicestelle - **außer beim Hausarzt/Kinder- und Jugendmediziner**). Diese bringt er zum Termin in die Facharztpraxis mit.

Zuschläge:

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
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:

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.

Suffix: Die Vergütung der Zuschlagspauschalen 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 (Zuschlagspauschale) 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 (Zuschlagspauschale) des TSS-Terminfalls: Buchstabe C

Zwischen dem 15. Bis 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 (Zuschlagspauschale) des TSS-Terminfalls: Buchstabe D

- **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.