

Saarbrücken, Mai 2023

Sonderrundschreiben: Schnellüberblick zum Hausarztvermittlungsfall

- Ausschließlich die medizinische Notwendigkeit bestimmt, ob der Hausarzt eine Vermittlung selbst oder über sein Team vornimmt (die Vermittlung kann an einen Praxismitarbeiter delegiert werden)
- D.h. keine Vermittlung auf Wunsch des Patienten oder Facharztes
- Ist eine Vermittlung erforderlich, organisiert die Hausarztpraxis einen konkreten Termin beim Facharzt und teilt dies dem Patienten mit
- Die Vermittlung kann auch ausschließlich über Fax (siehe Faxvorlage - Anlage 2) erfolgen
- Der Hausarzt stellt für die Behandlung eine **Überweisung** aus (keine „Dringlichkeitsüberweisung“, keine Angabe eines Vermittlungscodes)
- Terminvermittlungen **zwischen dem 24. und 35. Tag sind gesondert zu begründen** und zu dokumentieren
- Facharztpraxen vergeben weiterhin auch Termine an Patienten, die nicht im Rahmen eines Hausarztvermittlungsfalls mit einer Überweisung die Praxis aufsuchen oder sich telefonisch melden
- Eine Abrechnungsauffälligkeit ist (nach § 9 Abs. 1a der Richtlinien nach § 106d SGB V) zu vermuten, wenn die Obergrenze von 15 % der vermittelten Fälle im Quartal überschritten wird -> bei Überschreitung der Obergrenze wird eine Plausibilitätsprüfung ausgelöst- diese kann zu Regressierungen führen

Ausführliche Informationen entnehmen Sie bitte den folgenden Seiten:

Anlage 1: Klarstellung zu den TSVG-Konstellationen „Hausarztvermittlungsfall“ bzw. „TSS-Terminfall“

Anlage 2: Fax-Maske zum Hausarztvermittlungsfall

Anlage 3: Veranlassung von Laborleistungen

Klarstellung zu den TSVG-Konstellationen „Hausarztvermittlungsfall“ bzw. „TSS-Terminfall“

Hintergrund: Der Gesetzgeber hatte im Jahr 2019 verschiedene Maßnahmen ergriffen, damit gesetzlich Versicherte schneller einen Termin beim Arzt oder Psychotherapeuten bekommen. Dazu zählen neben der offenen Sprechstunde auch **die Terminvermittlung durch die Terminservicestellen (TSS) oder den Hausarzt (HA-Vermittlungsfall)**.

Aufgrund vermehrter Rückfragen zu den o. g. Konstellationen, möchten wir Ihnen gerne nochmal die folgenden Informationen aufführen:

Hausarzt-Vermittlungsfall:

Hinweise für den Hausarzt, der den Termin beim Facharzt vermittelt:

Grundsätzlich gilt: die Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit und einer Terminvermittlung liegt in der Verantwortung und Zuständigkeit des Haus- bzw. Kinderarztes. Weder der Wunsch des Facharztes noch eines Patienten, sondern alleine die medizinische Notwendigkeit bestimmt, ob der Hausarzt eine Vermittlung selbst oder über sein Team vornimmt - falls eine Vermittlung erforderlich ist, organisiert er einen konkreten Termin beim Facharzt und teilt dies dem Patienten mit.

- der Hausarzt stellt für die Behandlung eine **„normale“ Überweisung** aus (keine „Dringlichkeitsüberweisung“ also keine Angabe eines Vermittlungscodes)
- er darf die Terminvermittlung an einen Praxismitarbeiter delegieren
- Die Vermittlung kann auch ausschließlich über Fax (siehe Faxvorlage - Anlage 2) erfolgen.
- er rechnet die Vermittlungspauschale (seit 01.01.2023 15 Euro, 131 Punkte) wie bisher mit GOP 03008 / 04008 (unter Angabe der BSNR des Facharztes bei dem der Termin vermittelt wurde) ab
- eine Terminvermittlung **zwischen dem 24. und 35. Tag ist gesondert zu begründen** (Feldkennung 5009)
- die Dokumentation der Terminvermittlung und deren Grund erfolgt zusätzlich in der hausärztlichen Patientenakte

Hinweise für den Facharzt, wenn der Patient vom Hausarzt vermittelt wurde:

- der vom Hausarzt vermittelte konkrete Termin ist grundsätzlich verbindlich (sofern es durch eine Absprache zwischen Facharzt und dem Patienten nachfolgend zu einem früheren Termin kommt, ist dies zulässig)
- Abrechnung erfolgt über Überweisungsschein mit der Kennzeichnung der **Vermittlungsart HA-Vermittlungsfall**
- die Höhe des abrechenbaren Zuschlags ist abhängig von der Anzahl der Kalendertage nach der Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit durch den Hausarzt bis zum Tag der Behandlung

Bitte beachten Sie: gemäß § 9 Abs. 1a der Richtlinien nach § 106d SGB V ist eine Abrechnungsauffälligkeit zu vermuten, wenn in einer Arztpraxis in einer Arztgruppe der Anteil der Fälle mit Abrechnung der GOP 03008 und 04008 den Wert von 15 % überschreitet. Die Obergrenze von 15 % ist kein Budget. Es wird bei Überschreitung eine Plausibilitätsprüfung ausgelöst; dies kann zu Regressforderungen führen.

Ein Hausarztvermittlungsfall liegt nicht vor, wenn:

- keine medizinische Notwendigkeit vorliegt
- der Facharzt eine Vermittlung anfordert
- auf Wunsch des Patienten
- eine Terminvermittlung durch die TSS oder eine eigenständige Terminvereinbarung durch den Patienten zumutbar ist
- **keine Kontaktaufnahme (Fax ist ausreichend – siehe Faxvorlage Anlage2) vom Hausarzt zum Facharzt stattgefunden hat**
- alleinige Ausstellung einer Überweisung mit dem Vermerk „Dringlichkeit“ ist zur Anlage eines Hausarzt-Vermittlungsfalles nicht ausreichend!

TSS-Terminvermittlung:

Wenn der Patient den Termin über die TSS vermittelt bekommt:

Die Terminservicestellen vermitteln für gesetzlich Krankenversicherte Termine bei

- **Fachärzten:** Patienten benötigen eine Überweisung. **Ausnahme: Für Termine bei Augenärzten und Gynäkologen ist keine Überweisung erforderlich.**
- **Psychotherapeuten:** Termine zur psychotherapeutischen Sprechstunde ohne Überweisung; Termine zur Akutbehandlung oder probatorischen Sitzung nur, wenn ein Psychotherapeut in der Sprechstunde auf dem Formular PTV11 angegeben hat, dass der Patient eine entsprechende Behandlung benötigt.
- **Hausärzten sowie Kinder- und Jugendärzten:** Patienten brauchen keine Überweisung. Es werden auch Termine für Früherkennungsuntersuchungen im Kindesalter („U-Untersuchungen“) vermittelt.

Alle Überweisungen werden dann mit einem Vermittlungscode (**die Angabe einer Dringlichkeitsstufe ist nicht erforderlich**) gekennzeichnet, den die Patienten beim Anruf in der Terminservicestelle oder bei der Onlinebuchung über den E-Terminservice benötigen (wichtig: wird die Terminvermittlung durch die Hausarztpraxis durchgeführt, reicht eine normale Überweisung ohne Vermittlungscode).

Sonderfall: im Akutfall vermittelt die TSS einen Termin spätestens am Tag nach der Kontaktaufnahme des Versicherten, wenn eine medizinische Ersteinschätzung die Dringlichkeit der Behandlung bestätigt hat. **Nur in diesem Fall ist der Zuschlag von 200 Prozent zur Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale berechnungsfähig (Zuschlag A)**

Die GOP wird wie bisher mit dem Buchstaben A, B, C oder D gekennzeichnet, je nachdem, welcher Zuschlag gewährt wird. Zusätzlich wird der Abrechnungsschein unter „Vermittlungsart“ als „TSS-Terminfall“, „TSS-Akutfall“ oder „HA-Vermittlungsfall“ gekennzeichnet.

- **A:** Zuschlag 200 Prozent (Termin innerhalb 24 Stunden)
- **B:** Zuschlag 100 Prozent (Termin spätestens am 4. Tag)
- **C:** Zuschlag 80 Prozent (Termin spätestens am 14. Tag)
- **D:** Zuschlag 40 Prozent (Termin spätestens am 35. Tag)

Wichtig: Die „Dringlichkeitsstufen“ stehen in keinerlei Zusammenhang mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG. Zur Erbringung bzw. Abrechnung von Leistungen nach den o. g. Konstellationen sind die Dringlichkeitsstufen gänzlich irrelevant. Bitte beachten Sie hierzu ausschließlich die hier nochmal beschriebenen Modalitäten zu den jeweiligen TSVG-Konstellationen.

Alle weiteren Informationen finden Sie auf der Homepage der KBV und der KV Saarland unter folgendem Link:

<https://www.kbv.de/html/terminvermittlung.php>

<https://www.kvsaarland.de/tsvg>

