

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:

| 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:

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.

! Wichtig: Der Hausarzt stellt für die Behandlung eine Überweisung aus (keine „Dringlichkeitsüberweisung“, keine Angabe eines Vermittlungscodes)