

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.

Zuschlag Hausarzt/Kinderarzt und Jugendmediziner für die Terminvermittlung beim Facharzt -Hausarzt

Vermittlung:

Für die Vermittlung eines Termins aus medizinisch dringenden Gründen durch einen Hausarzt oder Kinder- und Jugendmediziner wird die **GOP 03008/04008** gemäß der Definition der medizinischen Dringlichkeit auf Grundlage von §73 Absatz 1 Satz 2 Nr. 2 SGB V in den EBM aufgenommen. Sie bilden die Vergütung der mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz geforderten Vermittlung eines Behandlungstermins bei einem an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragsarztes ab.

Dabei gibt der Hausarzt/Kinder und Jugendmediziner zusätzlich zur o. g. GOP in seiner Abrechnung in der **Feldkennung 5003 die Betriebsstättennummer (BSNR) der Praxis an, an die der Patient vermittelt wurde.**

Voraussetzungen der Berechnungsfähigkeit:

- Termin spätestens am 4. Kalendertag nach Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit durch den Hausarzt
- oder spätestens am 35. Kalendertag, wenn eine Terminvermittlung durch die Terminservicestellen der KV oder eine eigenständige Terminvereinbarung durch den Patienten (oder eine Bezugsperson) aufgrund einer medizinischen Besonderheit des Einzelfalls nicht angemessen oder nicht zumutbar ist.
- Liegt der Termin erst am 24. Tag oder danach (max. bis zum 35. Tag) ist in der Abrechnung eine medizinische Begründung anzugeben (Begründungsfeld, FK: 5009).
- Der Zuschlag ist **mehrfach** berechnungsfähig, wenn der Patient in demselben Quartal durch denselben Arzt zu unterschiedlichen Arztgruppen vermittelt wird und sofern der Termin beim Facharzt innerhalb der o.g. Fristen nach Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit durch den Hausarzt/Kinder- und Jugendmediziner liegt.
- Der Hausarzt stellt für die Behandlung eine Überweisung aus (**keine „Dringlichkeitsüberweisung“, keine Angabe eines Vermittlungscodes**)

Nicht berechnungsfähig/ kein Hausarztvermittlungsfall:

- 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/ Dringlichkeitsüberweisung)
- Auf Wunsch des Patienten
- wenn der vermittelte Patient bei dem gleichen Facharzt im laufenden Quartal bereits behandelt wurde.

Vergütung:

Der Zuschlag wird rund 15 € bewertet.

Die Vergütung erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

Die Zählung der Kalendertage beginnt nach der Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit durch den Hausarzt.