

Aktuelle Informationen zum Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG)

Für Rückfragen: Serviceteam der KVSH Tel. 04551 883 883

11.09.2019

Das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) ist am 11. Mai 2019 in Kraft getreten. In dem Newsletter vom 26. Juni 2019 und in den Folge newsletters berichteten wir über die relevanten Neuerungen. Mit diesem Newsletter möchten wir Sie ergänzend über die seit dem 1. September 2019 gültigen Regelungen sowie über die zwischenzeitlich beschlossenen Änderungen und Anpassungen informieren.

Arztgruppenfall

Der Arztgruppenfall ist zum 1. September 2019 in die Allgemeinen Bestimmungen Nr. 3.5 zum EBM aufgenommen worden. Er ist definiert in § 21 Abs. 1c Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) und umfasst die Behandlung desselben Versicherten durch dieselbe Arztgruppe einer Arztpraxis in demselben Kalendervierteljahr zu Lasten derselben Krankenkasse. Zu einer Arztgruppe gehören diejenigen Ärzte, denen im EBM ein Kapitel bzw. in Kapitel 13 ein Unterabschnitt zugeordnet ist.

Vergütung und Kennzeichnung der Fälle

Bei allen TSVG-Konstellationen werden sämtliche Leistungen im Quartal extrabudgetär bezahlt (ausgenommen sind Leistungen des Kapitels 32). Die Bezugsgröße ist dabei der Arztgruppenfall. Denn es werden immer nur die Leistungen der Arztgruppe extrabudgetär vergütet, zu der beispielsweise die Terminservicestelle (TSS) den Patienten vermittelt hat. Dies ist für Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) oder Medizinische Versorgungszentren (MVZ) relevant, in denen Ärzte unterschiedlicher Arztgruppen tätig sind.

Bitte beachten Sie, dass für jede TSVG-Konstellation und jede Arztgruppe immer ein separater Abrechnungsschein anzulegen und mit der zutreffenden Vermittlungsart zu kennzeichnen ist. Nur so kann eine extrabudgetäre Vergütung der berechtigten Arztgruppe gewährleistet werden. Bei Nichtbeachtung behält sich die KVSH vor, die Leistungen weiterer Arztgruppen auf dem gleichen TSVG-Abrechnungsschein nicht extrabudgetär zu vergüten.

Beispiel: Der Patient wurde durch den Hausarzt an eine Facharztpraxis vermittelt. Die Leistungen des Facharztes werden über den Überweisungsschein mit der Vermittlungsart „HA-Vermittlungsfall“ abgerechnet. In demselben Quartal erscheint derselbe Patient im Rahmen der offenen Sprechstunde. Zur Abrechnung der Folgeleistungen wird ein Originalschein angelegt und mit der Vermittlungsart „Offene Sprechstunde“ gekennzeichnet. Wurde der Patient später in der offenen Sprechstunde einer

weiteren Arztgruppe behandelt, werden auch diese Leistungen extrabudgetär vergütet, sofern für diese Arztgruppe ebenfalls ein separater Abrechnungsschein angelegt und mit der Vermittlungsart „Offene Sprechstunde“ gekennzeichnet wurde.

Die Ziffer 88210 wird zur Kennzeichnung von Kontakten bei einer TSVG-Konstellation verwendet, in der keine berechnungsfähigen Leistungen angesetzt werden können.

Beispiel: Der Patient wurde im Rahmen eines vereinbarten Termins im Oktober 2019 behandelt. Im November 2019 kommt dieser Patient in die offene Sprechstunde. In diesem Fall wird ein separater Schein mit der Vermittlungsart "offene Sprechstunde" angelegt. Sofern in der offenen Sprechstunde keine Leistungen abrechnungsfähig sind, ist die Ziffer 88210 einzutragen. Dadurch wird gewährleistet, dass die Leistungen im Rahmen des vereinbarten Termins im Oktober 2019 extrabudgetär vergütet werden.

TSS-Terminfall

Die Behandlung von Patienten, die über die TSS-Vermittlung in die Praxis kommen, wird seit dem 11. Mai 2019 für das gesamte Quartal bezogen auf die Arztgruppe extrabudgetär vergütet. Zum 1. September 2019 wurde in die arztgruppenspezifischen Kapitel 3 bis 27 (mit Ausnahme von Kapitel 12 und 19) und in den Abschnitt 30.7 des EBM jeweils eine GOP als Zusatzpauschale aufgenommen. Wir berichteten darüber in dem Newsletter vom 7. August 2019. Die Zusatzpauschale für den TSS-Akutfall ist erst ab Implementierung des standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens berechnungsfähig. Wir werden Sie darüber gesondert informieren.

Die Zusatzpauschale kann auch in Fällen abgerechnet werden, in denen ausschließlich Früherkennungsuntersuchungen (Abschnitt 1.7.1 EBM) bei Kindern (außer Laborleistungen und die Jugendgesundheitsuntersuchung J1 / GOP 01720) durchgeführt werden, auch wenn in diesen Fällen keine Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale abrechnungsfähig ist. Die Zusatzpauschale ist einmal im Arztgruppenfall berechnungsfähig. Das gilt auch dann, wenn in demselben Quartal eine erneute Behandlung desselben Versicherten aufgrund einer erneuten Terminvermittlung (egal ob TSS-Terminfall und/oder TSS-Akutfall) durch die TSS erfolgt.

Der Tag der Kontaktaufnahme des Versicherten bei der TSS gilt als erster Zähltag für die Abrechnung der jeweiligen Zusatzpauschale. Bei der Berechnung der Frist ist allein auf Kalendertage abzustellen. Fällt das Fristende auf einen Samstag, Sonntag oder Feiertag, so endet die Frist an diesem Tag.

Hausarzt-Vermittlungsfall

Bereits seit dem 11. Mai 2019 werden Leistungen von Fachärzten, die aufgrund der Vermittlung eines dringenden Termins durch einen Hausarzt erbracht wurden, extrabudgetär von den Krankenkassen vergütet.

Hausärztlicher Versorgungsbereich:

Seit dem 1. September 2019 können Hausärzte sowie Kinder- und Jugendmediziner einen extrabudgetären Zuschlag (GOP 03008/04008 EBM) für die Vermittlung eines medizinisch dringend erforderlichen

Behandlungstermins abrechnen. Medizinische Dringlichkeit ist anzunehmen, wenn es dem Patienten nicht mehr zuzumuten ist, sich selbst um eine Terminvereinbarung beim Facharzt zu bemühen oder den Termin beim Facharzt über die Terminservicestelle zu organisieren. Voraussetzung für die Abrechnung des Zuschlages ist die erfolgreiche Vermittlung eines Facharzttermins, der innerhalb von vier Kalendertagen nach Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit durch den Hausarzt liegt. Anders als bei der Abrechnung der Zusatzpauschale im TSS-Terminfall gilt beim Hausarzt-Vermittlungsfall **der Tag nach Feststellung** der Behandlungsnotwendigkeit als erster Zähltag der vier Kalendertage.

Beispiel: Stellt der Hausarzt am Freitag fest, dass sich der Patient dringend bei einem Kardiologen vorstellen sollte, muss er spätestens für Dienstag einen Termin vereinbaren, um die Vier-Tagesfrist einzuhalten (vier Kalendertage: Samstag, Sonntag, Montag, Dienstag – der Freitag zählt nicht mit). Der Hausarzt kann den Zuschlag unabhängig davon abrechnen, ob der Patient den Termin beim Kardiologen wahrgenommen hat.

Der Zuschlag ist auch bei der Terminvermittlung an einen Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, der die Voraussetzungen zur Berechnung von GOP des Abschnitts 4.4 oder 4.5 erfüllt, berechnungsfähig. Darüber hinaus ist der Zuschlag nur dann mehrfach im Behandlungsfall berechnungsfähig, wenn der Patient in demselben Quartal zu mehreren Fachärzten unterschiedlicher Arztgruppen vermittelt wird. Nicht berechnungsfähig ist der Zuschlag, wenn der vermittelte Patient bei derselben Arztgruppe, in derselben Praxis und in demselben Quartal bereits behandelt wurde. Der Arzt ist verpflichtet, sich darüber zu erkundigen.

Bei der Abrechnung der GOP 03008/04008 EBM ist die (Neben-)Betriebsstättennummer der Praxis, an die der Patient vermittelt wurde, anzugeben (Feldkennung 5003).

Fachärztlicher Versorgungsbereich:

Der Facharzt ist an die Überweisung des Hausarztes gebunden und legt diese unter Angabe der Vermittlungsart „HA-Vermittlungsfall“ und Berücksichtigung der Vier-Tagesfrist in seinem Praxisverwaltungssystem an.

Offene Sprechstunde

Wohnortnah- und grundversorgende Fachärzte müssen seit dem 1. September 2019 mindestens fünf Stunden pro Woche bei vollem Versorgungsauftrag (sonst anteilig) als offene Sprechstunde ohne vorherige Terminvereinbarung anbieten. Die Regelung gilt für die Arztgruppen, die jeweils von der Nr. 1. der Präambel zu den Kapiteln 6, 7, 8, 9, 10, 14, 16, 18, 21 und 26 EBM umfasst werden. Wie die Stunden auf die Arbeitswoche verteilt werden, ist den Praxen freigestellt. Selbstverständlich können nur so viele Patienten behandelt werden, wie es die Kapazitäten erlauben. So können beispielsweise Patienten, die nicht mehr in der offenen Stunde behandelt werden können, auf die nächste offene Sprechstunde verwiesen werden. Alternativ kann diesen Patienten auch ein fester Termin angeboten werden. Zu der offenen Sprechstunde und Angabe im eKVSH-Portal haben wir kürzlich in dem Newsletter vom 30. August 2019 berichtet.

Die extrabudgetäre Vergütung im Rahmen der offenen Sprechstunde ist pro Quartal auf 17,5 Prozent der Arztgruppenfälle des aktuellen Quartals (nicht wie bisher vorgesehen des Vorjahresquartals) der Praxis begrenzt.

Beispiel: Im 4. Quartal 2019 hat ein Urologe in einer Praxis insgesamt 1.000 Arztgruppenfälle. Wurden 200 offene Sprechstunden-Fälle in der Abrechnung übermittelt, werden davon nur 175 Arztgruppenfälle extrabudgetär vergütet.

Neupatienten

Seit dem 1. September 2019 erhalten Ärzte für die Behandlung neuer Patienten eine extrabudgetäre Vergütung. Als „neu“ gelten Patienten, die weder im aktuellen noch in den acht vorangegangenen Quartalen in der jeweiligen Praxis behandelt wurden. Entscheidend ist das Quartal und nicht der Behandlungstag.

Beispiel: Ein Patient, der im dritten Quartal 2019 in einer Praxis war, gilt dort frühestens im vierten Quartal 2021 als Neupatient (bezogen auf die Arztgruppe).

Folgende Fachärzte erhalten für die Behandlung von Neupatienten eine extrabudgetäre Vergütung: Arztgruppen nach der Präambel zu dem Kapitel 3, 4, 5 (nur schmerztherapeutische Fälle) 6, 7, 8, 9, 10,13 (mit und ohne Schwerpunkt), 14, 16, 18, 20, 21, 22, 23, 26, 27 EBM.

Der Abrechnungsschein ist mit der Vermittlungsart „Neupatient“ zu kennzeichnen.

Wird ein Patient im Vertretungsfall behandelt, so kann auch in diesem Fall eine extrabudgetäre Vergütung erfolgen, sofern die Abrechnungsvoraussetzungen der TSVG-Konstellation „Neupatient“ erfüllt sind.

Ärzte, die eine Praxis neu gegründet oder übernommen haben, sind in den ersten zwei Jahren von dieser Regelung ausgenommen. Erst nach diesem Zeitraum erhalten sie für die Behandlung von Neupatienten eine extrabudgetäre Vergütung. Eine Änderung der Anzahl oder der Personen der Gesellschafter einer bestehenden Berufsausübungsgemeinschaft oder eines bestehenden MVZ ist keine Praxis-Neugründung im Sinne der Neupatienten-Regelung. Gleiches gilt für Veränderungen bei angestellten Ärzten in bestehenden Praxen, Berufsausübungsgemeinschaften oder MVZ.

In einer Praxis mit mehreren Arztgruppen (Berufsausübungsgemeinschaften und MVZ) erhalten maximal zwei Arztgruppen für denselben Patienten eine extrabudgetäre Vergütung.

Beispiel: Wird ein Patient im 1. Quartal 2020 durch den Hausarzt und im 3. Quartal durch den Urologen behandelt, kann eine dritte Arztgruppe (oder der Hausarzt) erst wieder im 2. Quartal 2022 den Patienten als neu kennzeichnen.

Alle Newsletter der KVSH finden Sie im Downloadcenter unter www.kvsh.de.