

Das Terminservice- Versorgungsgesetz - TSVG

Agenda

Begrüßung und Einführung

- I. TSVG: Die wichtigsten Regelungen im Überblick
- II. TSVG im Detail: die neuen Vergütungsregelungen

TSVG

**Wir hätten es uns anders gewünscht –
als ob es nicht schon kompliziert genug
wäre!**

„Vermarktung“ des TSVG

So bekommen Patienten schneller Termine

- ✓ Terminservicestellen vermitteln künftig 24/7 Termine
- ✓ neu: auch bei Haus- und Kinderarztterminen
- ✓ bei Akutfällen Vermittlung zu einer offenen Praxis oder Notfallambulanz
- ✓ Terminservicestellen künftig unter einheitlicher Nummer 116117 erreichbar
- ✓ sie vermitteln dann auch dauerhaften Haus- oder Kinderarzt



So werden Ärzte für Zusatzangebote entlohnt

- ✓ wer kurzfristig Patienten annimmt, bekommt mehr Geld
- ✓ Hausärzte, die einen Termin zum Facharzt vermitteln, werden dafür entlohnt
- ✓ mehr Geld für Mehrarbeit ab der 20. Sprechstunde/Woche
- ✓ Kommunikation zwischen Arzt und Patient (sprechende Medizin) wird vergütet



So viele Sprechstunden müssen Ärzte künftig anbieten

- ✓ statt bisher 20 nun mindestens 25 Stunden pro Woche
- ✓ davon 5 offene Sprechstunden ohne feste Terminvergabe



So sorgen wir für Ärzte auf dem Land

- ✓ Regionale Zuschüsse für Ärzte in unterversorgten Regionen
- ✓ mehr Geld für Praxisgründungen in ländlichen Gebieten möglich
- ✓ wenn es zu wenig Ärzte gibt, müssen Kassenärztliche Vereinigungen Alternativen anbieten z.B. Patientenbusse, digitale Sprechstunden, mobile Praxen



Quelle: BMG

I. TSVG: Die wichtigsten Regelungen im Überblick

TSVG: Die wichtigsten Regelungen im Überblick



Erweiterte Sprechstundenzeiten (§ 19 Ärzte-ZV, § 95 SGB V)



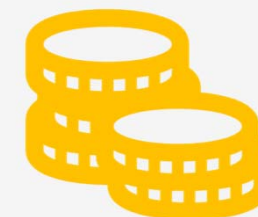
- **Mindestsprechstundenzeiten** von **25 Stunden pro Woche**.
Hausbesuchszeiten werden künftig als Teil des Versorgungsauftrages angerechnet.
- **Offene Sprechstunden: Facharztgruppen der grundversorgenden und wohnortnahen Versorgung** (Aug, Chir, Gyn, HNO, Haut, KJPP, Neuro, Ortho, Psychiater/Nerven, Uro) **müssen** künftig mindestens **5 h/ Woche** als offene Sprechstunden (= ohne vorherige Terminvereinbarung) anbieten
- Die **KVen informieren online** über die **Sprechstundenzeiten** der Vertragsärzte
- Die **KVen** haben die **Einhaltung der Sprechstundenzeiten zu prüfen** und ggf. zu sanktionieren.

Hausärztliche Terminvermittlung

(§§ 73, 87, 87a, 295 SGB V)



- Die **Vermittlung dringend erforderlicher fachärztlicher Behandlungstermine** wird gesetzliche Pflicht für den **Hausarzt**
- **Vergütung** für den **Hausarzt** nach erfolgreicher Terminvermittlung:
 - **extrabudgetärer Zuschlag von mindestens 10 Euro**
- **Vergütung** für den **Facharzt** (außer: Labor und Pathologie) für die Behandlung des Patienten nach Terminvermittlung durch einen Hausarzt:
 - **extrabudgetäre Vergütung aller Leistungen im Behandlungsfall**

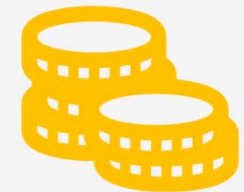


Vergütung für Neupatienten

(§ 87a SGB V)



- **Behandlung „neuer Patienten“ in der Praxis**
 - extrabudgetäre Vergütung aller Leistungen im Behandlungsfall
 - **für welche Patienten:**
 - **erstmalige** Behandlung in Praxis **oder**
 - **mindestens 2 Jahre** nicht in Praxis behandelt („*Neupatienten*“)
 - **für welche Facharztgruppen:**
 - „Ärzte der **grundversorgenden** oder **unmittelbaren** medizinischen Versorgung“
 - Festlegung durch Bewertungsausschuss (BA)
 - Alle Arztgruppen außer Labor, Patho, Anä (≠ SMT), Human, MKG, Nuk, Radio, Strahlen



Verbindliche Regelungen zur Kodierung (§ 295 SGB V)



Verbindlichen Regelungen zur Kodierung:

- **Festlegung** erstmals zum **30.06.2020** durch **KBV** auf Basis ICD 10 und der stationären „Deutschen Kodierrichtlinien“ und OPS
- mit Wirkung zum **01.01.2022** ⇒ **Kodier-Pflicht!**

Regressschutz und Wirtschaftlichkeitsprüfung (§§ 106 ff., 275, 297 SGB V)



Der Regresschutz wird erweitert:

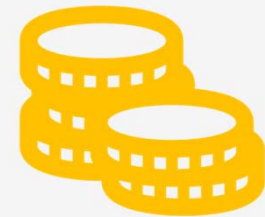
- **Wirtschaftlichkeitsprüfung** innerhalb 2 Jahre (statt 4 Jahre) abgeschlossen, sonst verjährt
- **Ersetzung Zufälligkeitsprüfungen** ärztlicher Leistungen durch Prüfung auf Antrag und Festlegung der Anzahl der zu prüfenden Ärzte durch Landesvertragspartner
- **Aufhebung** der Prüfungen der **Feststellung von AU** und der **Verordnungen von Krankenhausbehandlungen**
- **Verkürzung** der Ausschlussfrist
- Klarstellung, dass **zweijährige Ausschlussfrist bei Abrechnungsprüfungen** sowohl für die KVen als auch für die Krankenkassen maßgeblich ist.
- **Nachforderungen** werden begrenzt auf **Differenz der Kosten** der wirtschaftlichen und der tatsächlichen Leistung

Förderung Weiterbildung

(§ 75a SGB V)



- Förderung von bundesweit **2.000** Weiterbildungsstellen (bisher: 1.000)
- auch WB-Förderung von **Kinder- und Jugendärzten**



Sicherstellung (1)

(§ 105 SGB V)



- **Strukturfonds der KVen** (§ 105 Abs. 1a SGB V)
 - werden **verpflichtend** und auf **bis zu 0,2 Prozent der MGV** verdoppelt
 - **Verwendungszwecke** werden erweitert , z.B. auch für Investitionskosten bei Praxisübernahmen, Betrieb TSS, Stipendien.
- KVen und Krankenkassen **können** in den Verträgen auf Landesebene vereinbaren, dass über Mittel des Strukturfonds hinaus **zusätzliche Mittel zur Sicherstellung der Strukturen des vertragsärztlichen Notdienstes** bereitgestellt werden (§ 105 Abs. 1b –neu SGB V).

Sicherstellung (2)

(§ 105 SGB V)



- **Eigeneinrichtungen** (§ 105 Abs. 1c -neu SGB V)
 - KVen können Eigeneinrichtungen betreiben, auch in Form von mobilen oder telemedizinischen Versorgungsformen.
 - KVen müssen Gebieten, in denen Unterversorgung festgestellt ist, spätestens 6 Monate nach Feststellung Eigeneinrichtungen betreiben
- KVen müssen bei eingetretener oder drohender ärztlicher Unterversorgung sowie bei einem zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf obligatorisch an in diesen Gebieten tätige – noch zu bestimmende - Ärzte / PTen **Sicherstellungszuschläge** bezahlen (§ 105 Abs. 4 SGB V)
 - Über die Anforderungen an die berechtigten Ärzte und Höhe der Sicherstellungszuschläge entscheidet wie bisher der **Landesausschuss**

Digitalisierung (1)

(§§ 67, 291a, 295 SGB V)



- **Ab 01.01.2021: Ärzte schicken AU-Bescheinigungen** unter Angabe der Diagnose online an Krankenkassen (§ 295 SGB V); Ärzte müssen Versicherten aber nach wie vor **AU in Papier** ausstellen (§ 73 Abs. 2 Nr. 9 SGB V)
- **Die Kommunikation und der Daten-/Informationsfluss** zwischen Ärzten/PT untereinander / zu Versicherten und zwischen/zu Krankenkassen soll künftig durch **vernetzte digitale Anwendungen** erfolgen (§ 67 SGB V)
- Krankenkassen müssen ihren Versicherten **spätestens ab 2021** eine **elektronische Patientenakte (ePA)** zur Verfügung stellen
- Der **Zugriff** auf medizinische Daten der ePA soll auch ausschließlich mittels **Smartphone** oder **Tablet** möglich sein

..und weil das noch nicht genug ist:

**Erweiterung der Terminservicestelle „TSS“
zu
Servicestellen für
ambulante Versorgung und Notfälle**

Terminservicestellen (1)

(§ 75 Abs. 1a SGB V)



Die TSS sollen bis spätestens zum 01.01.2020 zu Servicestellen für ambulante Versorgung und Notfälle weiterentwickelt werden.

- Erweitertes Leistungsangebot:
 - Erreichbarkeit TSS rund um die Uhr (24 Stunden/7 Tage) über bundesweit einheitliche Notdienstnummer 116117
 - In Akutfällen werden Patienten auch während der Sprechstundenzeiten auf Basis eines standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens in die richtige Versorgungsebene (=> Arztpraxen, Notfallambulanzen am Krankenhaus oder Rettungsdienst/112) vermittelt

Terminservicestellen (2)

(§ 75 Abs. 1a SGB V)



Ab Inkrafttreten des TSVG gilt:

- Terminvermittlung erfolgt innerhalb 1 Woche, Wartezeit auf einen Termin darf **4 Wochen nicht überschreiten**
- Auch Terminvermittlung zu **Haus- und Kinder-/Jugendärzten, einschließlich Termine für U-Untersuchungen** (Gesundheitsuntersuchungen im Kindesalter)
 - Termin innerhalb von 4 Wochen
 - i.d.R. keine Überweisung nötig, Ausnahmen werden im BMV geregelt
- **Unterstützung** bei der Suche nach **dauerhaft versorgenden Haus-, Kinder- und Jugendärzten** (keine Überweisung nötig)
- TSS vermittelt Termine zur **psychotherapeutischen Akutbehandlung** künftig innerhalb **2 Wochen** (bisher: 4 Wochen)
 - KBV: Bescheinigung (PTV 11) nötig, dass Akutbehandlung erforderlich ist
- Für **FA-Termine** i.d.R. **Überweisung** erforderlich, **Ausnahme: Augen- und Frauenärzte** und im **Akutfall**

Terminservicestellen (3)

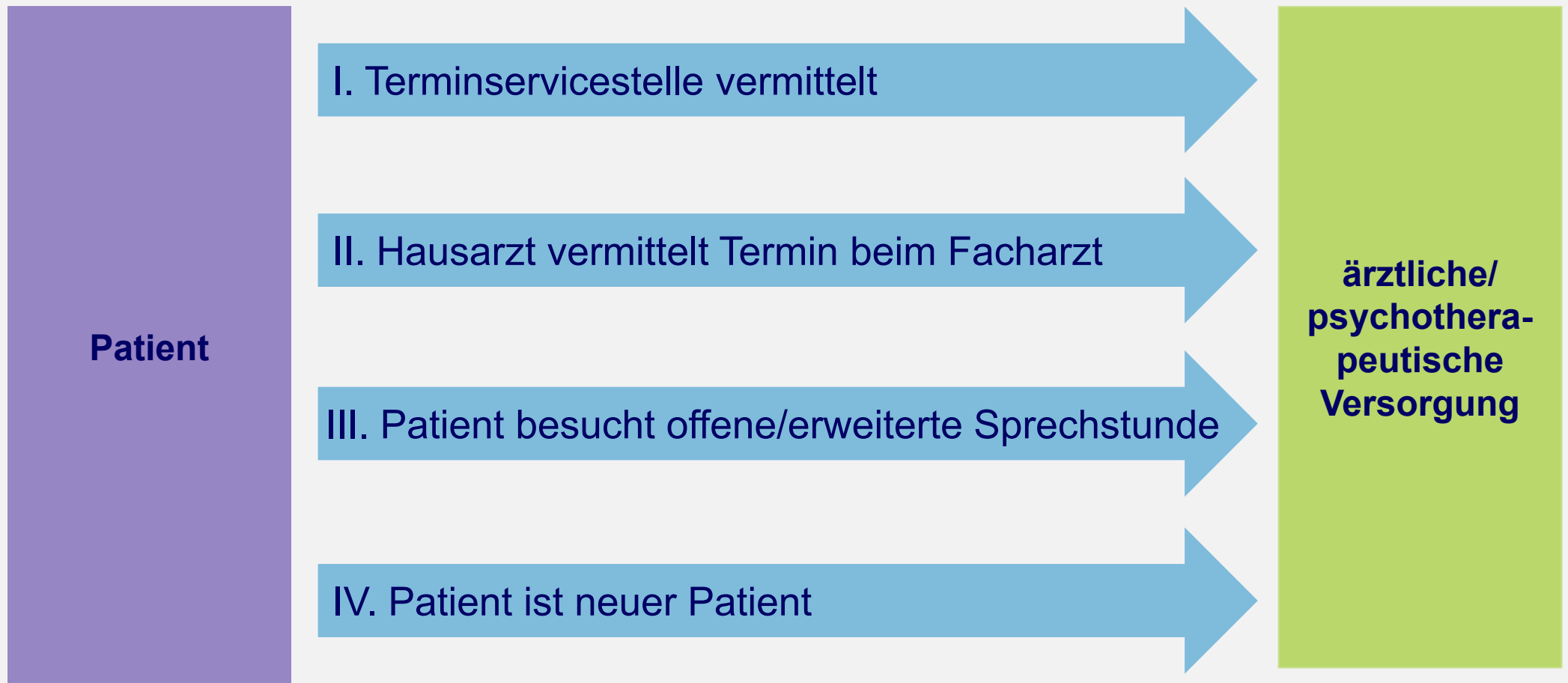
(§ 75 Abs. 1a SGB V)



- **Online-Angebot** zu Terminservicestellen (damit Termine nicht nur telefonisch, sondern auch online oder per App vereinbart werden können)
- **KVen** informieren **online** über **Sprechstundenzeiten** der Ärzte/Psychotherapeuten und **Barrierefreiheit** der Praxis
- **TSS** können auch **mit Landesverbänden der KK** und **mit Rettungsleitstellen kooperieren**
- Die **KBV** regelt Näheres zur **einheitlichen Umsetzung** durch die KVen in Richtlinien
- **Ärzte und Psychotherapeuten sind verpflichtet, für TSS freie Termine zu melden**

III. TSVG im Detail: die neuen Vergütungsregelungen

TSVG-Konstellationen



Grundsätzliches

- **Vergütung: extrabudgetär**

- ▶ die Behandlung eines Patienten im Rahmen einer der Möglichkeiten, die das TSVG neu bietet, wird zu festen Preisen außerhalb der MGV bezahlt
 - ▶ dabei sind alle Leistungen eingeschlossen, die im „Arztgruppenfall“ erbracht werden
 - ▶ davon ausgenommen sind allerdings Laboruntersuchungen des Kapitels 32 EBM und Leistungen im organisierten Bereitschaftsdienst (letztere werden zu 100% aus der MGV vergütet)
- ▶ zusätzlich gibt es extrabudgetäre Zuschläge
 - ▶ beim TSS-Terminfall u. TSS-Akutfall zur Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschale
 - ▶ für Hausärzte, die in dringenden Fällen einen Termin beim Facharzt vermitteln

Grundsätzliches

- **Bereinigung: MGV wird bereinigt**
 - ▶ die extrabudgetäre Vergütung geht mit einer Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) einher
 - ▶ die MGV wird (basiswirksam) ein Jahr lang um die Leistungen reduziert, die innerhalb eines Jahres nach Inkrafttreten der jeweiligen TSVG-Konstellation abgerechnet werden (unter Berücksichtigung der arztgruppenspezifischen Auszahlungsquote im Vorjahresquartal)
 - ▶ die Zuschläge werden nicht bereinigt – nur die Leistungen im Rahmen der Behandlung
 - ▶ Folge:
 - ▶ wenn einerseits die Behandlung voll bezahlt wird und andererseits gleichzeitig die MGV um das Honorar, das sich unter normalen Umständen ergeben hätte, bereinigt wird, besteht das finanzielle Plus im ersten Jahr nur in der Differenz zwischen der Auszahlung zu 100% und dem Honorar, das ohne TSVG angefallen wäre
 - ▶ erst nach Ende der Bereinigung zahlen die Krankenkassen jeden zusätzlichen Fall komplett zusätzlich

Grundsätzliches

- **neue Fallzählung: Arztgruppenfall**

- ▶ bei allen TSVG-Konstellationen werden sämtliche Leistungen im Quartal extrabudgetär bezahlt
- ▶ Bezugsgröße ist aber nicht wie gewohnt der Behandlungs-, sondern der Arztgruppenfall
- ▶ die Definition wurde im Bundesmantelvertrag-Ärzte aufgenommen (§ 21, 1c)
- ▶ es werden immer nur die Leistungen der Arztgruppe extrabudgetär vergütet, bei der z.B. die Terminservicestelle (TSS) einen Termin vermittelt hat
- ▶ dies ist für BAGs oder MVZs relevant, in denen Ärzte unterschiedlicher Artgruppen tätig sind

- ▶ der Arztgruppenfall umfasst alle Leistungen, die
 - ▶ von derselben Arztgruppe,
 - ▶ innerhalb derselben Praxis,
 - ▶ innerhalb desselben Quartals,
 - ▶ ambulant,
 - ▶ zulasten derselben Krankenkasse durchgeführt wurden

I. Terminservicestelle (TSS)

- **Vermittlung von Termin**

- ▶ zusätzlich zu fachärztlicher nun auch bei hausärztlicher Versorgung (inkl. Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern nach Abschnitt 1.7.1 EBM)
- ▶ psychotherapeutische Akutbehandlung innerhalb von zwei Wochen (bisher vier)
- ▶ Patienten mit akuten Beschwerden können einen Termin binnen 24h, bzw. spätestens am Folgetag erhalten (TSS-Akutfall); diese Möglichkeit besteht voraussichtlich ab Januar 2020

Leistung

ab 11. Mai 2019

extrabudgetäre Vergütung aller Leistungen im „Arztgruppenfall“

Achtung: Bereinigung der MGV (**11.05.2019 – 10.05.2020**) und Auswirkungen auf Mengengrenzung

Zuschlag

ab 1. September 2019 gestaffelter Zuschlag zu Vers.-/Grund./Konsiliarpauschale 1x im „Arztgruppenfall“; 50%, 30%, 20% je Wartezeit (8, 14, 35 Tagen)

voraussichtlich ab Januar 2020 für TSS-Akutfall: Zuschlag 50%

I. Terminservicestelle (TSS)

- **Hinweise zur Umsetzung**

- ▶ Kennzeichnung des Behandlungsfalls als „TSS-Terminfall“ oder „TSS-Akutfall“ aktiv durch die Arztpraxis in der Abrechnung (KVDT-Feld 4103)
- ▶ Kennzeichnung mit der GOP 99873T oder 99873A
- ▶ EBM-GOPen für die Zuschläge wurden in jedes der EBM-Kapitel 3 bis 27 (ohne Kapitel 12 Labormedizin und 19 Pathologen) und in den Abschnitt 30.7 Schmerztherapie aufgenommen
- ▶ für den Zuschlag gibt es vier mögliche Kennzeichnungen A, B, C oder D, die je nach Wartezeit die entsprechende Höhe des Zuschlags abbilden
 - ▶ A = TSS-Akutfall 24 Stunden 50%
 - ▶ B = TSS-Terminfall 1.-8. Tag 50%, C = TSS-Terminfall 9.-14 Tag 30%, D = TSS-Terminfall 15.-35. Tag 20%
 - ▶ damit Praxen wissen, welcher Buchstabe anzusetzen ist, teilt die TSS mit der Terminbuchungsbestätigung den Tag mit, an dem sich der Versicherte bei der TSS gemeldet hat
 - ▶ der Tag der Kontaktaufnahme des Versicherten bei der TSS gilt als erster Zähltag
 - ▶ die GOP und die Buchstabenkennzeichnung setzt der Arzt an; bei fehlender Angabe der (zutreffenden) Zuschlags-GOP streicht die KVBW die Kennzeichnung der TSS-Vermittlung (GOP 99873T/A).
- ▶ Patienten benötigen für die Terminvermittlung zu Haus- u. Kinderärzten und Psychotherapeuten keine Überweisung; für die Vermittlung von Behandlungsterminen bei einem Facharzt muss eine Überweisung vorliegen (Ausnahmen: Augenarzt, Frauenarzt und Akutfälle)

II. HA-Vermittlung: Bedeutung für Hausarzt/Kinderarzt

- **Vermittlung eines dringenden Termins beim Facharzt**
 - ▶ vermittelt wird durch einen Arzt der hausärztlichen Versorgung (HA)
 - ▶ aus medizinischen Gründen dringend erforderliche Behandlung

ab 1. September 2019

Hausarzt/Kinderarzt erhält 10,07 EUR extrabudgetär (93 Punkte)

II. HA-Vermittlung: Bedeutung für Hausarzt/Kinderarzt

- **Hinweise zur Umsetzung**

- ▶ der Zuschlag zur Versichertenpauschale ist die GOP 03008 für Hausärzte bzw. GOP 04008 für FA für Kinder- und Jugendmedizin
 - ▶ die Voraussetzung für die Abrechnung des Zuschlags ist die erfolgreiche Vermittlung eines Termins innerhalb von 4 Kalendertagen („Dringlichkeit“ berücksichtigt durch Einschränkung auf vier Kalendertage)
 - ▶ es gilt der Tag nach Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit als erster Zähltag der vier Kalendertage
 - ▶ eine entsprechende Dokumentation in der Patientenakte für die Erfordernis eines „dringenden“ Termins und der erfolgreichen Vermittlung ist aus Sicht der KVBW zu empfehlen
 - ▶ bei Vermittlung zu unterschiedlichen Arztgruppen, ist der Zuschlag auch mehrfach berechnungsfähig
 - ▶ nicht berechenbar ist der Zuschlag, wenn der vermittelte Patient bei demselben Facharzt im laufenden Quartal bereits behandelt wurde
- ▶ die Angabe der Betriebsstättennummer (BSNR) des Überweisungsempfängers ist verpflichtend; der Eintrag ist im entsprechenden KVDT-Feld (Feldkennung 5003 „(N)BSNR des vermittelten Facharztes“) vorzunehmen
- ▶ der Hausarzt stellt dem Patienten für die Behandlung beim Facharzt eine Überweisung aus
- ▶ der Hausarzt darf die Terminvermittlung an einen Praxismitarbeiter delegieren
- ▶ der Hausarzt erhält den Zuschlag unabhängig davon, ob der Patient den Termin wahrgenommen hat

II. HA-Vermittlung: Bedeutung für Facharzt

- **Durchführung der dringlich erforderlichen Behandlung durch den Facharzt**
 - ▶ innerhalb von vier Kalendertagen
 - ▶ nach Vermittlung durch einen Arzt der hausärztlichen Versorgung (HA)
 - ▶ im fachärztlichen Versorgungsbereich (außer: Labor und Pathologie)
 - ▶ auch: Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt oder Zusatzweiterbildung

ab 11. Mai 2019

alle Leistungen durch Ärzte derselben Fachgruppe („Arztgruppenfall“) extrabudgetär

Achtung: Bereinigung der MGV (**11.05.2019 – 10.05.2020**) und Auswirkung auf die Mengenbegrenzung

II. HA-Vermittlung: Bedeutung für Facharzt

- **Hinweise zur Umsetzung**

- ▶ Kennzeichnung des Behandlungsfalls als „HA-Vermittlungsfall“ aktiv durch Arztpraxis in der Abrechnung (KVDT-Feld 4103); es empfiehlt sich, schon bei der Terminvereinbarung zu notieren, dass der Patient als „HA-Vermittlungsfall“ in die Praxis kommt und wann die Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit war
- ▶ Kennzeichnung mit der GOP 99873H

III. Offene Sprechstunde

- **Verpflichtung zur Durchführung und Veröffentlichung der offenen Sprechstunde**
 - ▶ mindestens fünf Stunden pro Kalenderwoche je vollem Versorgungsauftrag
 - ▶ grundversorgende Fachärzte (Aug, Chir, Gyn, HNO, Haut, KJPP, Nerven, Neuro-Chir, Neuro, Ortho, Psychia, Uro)

ab 1. September 2019

extrabudgetäre Vergütung für maximal fünf offene Sprechstunden in der Woche: praktisch werden maximal 17,5% der Arztgruppenfälle der Praxis des aktuellen Quartals anerkannt (Zufallsprinzip)

(für das Quartal 3/2019 liegt die Grenze bei 5,83%, da die Regelung erst ab 1. September gilt)

Achtung: Bereinigung der MGV (**01.09.2019 – 31.08.2020**) und Auswirkungen auf die Mengenbegrenzung

III. Offene Sprechstunde

- **Hinweise zur Umsetzung**

- ▶ zeitliche Verteilung der 5 Stunden pro Kalenderwoche ist freigestellt
- ▶ 5 Stunden gelten für vollen Versorgungsauftrag (für anteilige Versorgungsaufträge gem. Umfang); Bsp.: eine Praxis mit 3 vollzugelassenen Hautärzten muss 15 Stunden als offene Sprechstunden anbieten; diese können entweder von allen Ärzten oder in Summe ausschließlich von 1 Arzt angeboten werden
- ▶ Kennzeichnung des Behandlungsfalls als „Offene Sprechstunde“ aktiv durch Arztpraxis in der Abrechnung im KVDT-Feld 4103
- ▶ Kennzeichnung mit der GOP 998730
- ▶ Patienten benötigen für diese Sprechstunden keine Überweisung

- ▶ zur Umsetzung wird eine Grenze bestimmt, die praxisbezogen auf Basis der Arztgruppenfälle des aktuellen Quartals ermittelt wird; pauschal werden 17,5 Prozent dieser Fälle als Grenze festgelegt
- ▶ bis zu dieser Grenze erfolgt die extrabudgetäre Vergütung dieser Fälle
- ▶ bei Überschreitung der Höchstgrenze erfolgt die Auswahl der heranzuziehenden Fälle per definiertem Zufallsalgorithmus

- ▶ die offenen Sprechstunden sind auf den Veröffentlichungsmedien der Praxis, wie z. B. Aushang, Anrufbeantworter, Homepage anzugeben; ebenfalls veröffentlicht die KVBW die Zeiten auf ihrer Homepage

IV. Neuer Patient (Erstkontakt)

- **Aufnahme neuer Patienten**

- ▶ neuer Patient = 1. Mal oder in den 8 vorangegangenen Quartalen nicht in derselben Arztgruppe/Praxis untersucht und behandelt (Besonderheit Quartal 3/2019: Patient war zusätzlich zu den 8 Quartalen auch im Zeitraum vom 01.07. bis 31.08. nicht in der Praxis)
- ▶ für alle Arztgruppen außer Labor, Patho, Anä (Ausnahme SMT), Human, MKG, Nuk, Radio, Strahlen

ab 1. September 2019

extrabudgetäre Vergütung aller Leistungen im „Arztgruppenfall“ für maximal zwei Arztgruppen

Achtung: Bereinigung der MGV (**01.09.2019 – 31.08.2020**) und Auswirkungen auf die Mengenbegrenzung

IV. Neuer Patient (Erstkontakt)

- **Hinweise zur Umsetzung**

- ▶ Kennzeichnung des Behandlungsfalls als „Neupatient“ aktiv durch die Arztpraxis in der Abrechnung (KVDT-Feld 4103)
- ▶ Kennzeichnung mit der GOP 99873E
- ▶ als Neupatient gilt ein Patient nicht hinsichtlich der Praxis, sondern hinsichtlich der jeweiligen Arztgruppe der Praxis; allerdings begrenzt auf diejenigen zwei Arztgruppen in einer Praxis mit den ersten Kontakten
- ▶ bisherige Behandlung im Rahmen Selektivvertrag führt nicht zur Einstufung Neupatient

- ▶ ausgenommen von dieser Regelung sind Neupraxen
 - ▶ innerhalb der ersten vollen acht Quartale nach der Gründung gilt eine Praxis als Neupraxis
 - ▶ als Neupraxis gilt auch die Übernahme einer Einzelpraxis im Wege eines Nachbesetzungsverfahrens
 - ▶ eine Neupraxis liegt nicht vor bei einer Änderung der Anzahl oder Personen der Gesellschafter einer BAG/MVZ, oder bei Veränderungen bei angestellten Ärzten in bestehenden Praxen

Fall	Abrechnung	Fachgruppe	Extrabudgetäre Vergütung	Bereinigungszeitraum	Inkrafttreten	Sonstiges
HA-Vermittlungsfall	Zuschlag	HA-Versorgungsbereich	10,07 EUR 93 Punkte	-	01.09.2019	<ul style="list-style-type: none"> • 1x im Arztgruppenfall • Termin innh. 4 Tagen • Angabe „Empfänger“-BSNR
	Leistung	FA-Versorgungsbereich ohne Labor, Pathologen auch „Schwerpunkt-Kinderärzte“	alle Leistungen des Arztgruppenfalls	11.05.2019 - 10.05.2020	11.05.2019	
TSS-Terminfall	Zuschlag	alle ohne Labor, Pathologen	50%, 30%, 20% der VGP	-	01.09.2019	<ul style="list-style-type: none"> • 1x im Arztgruppenfall • je nach Wartezeit: 8, 14, 35 Tagen • nur auf Fällen mit VGP oder Kinderfrüh-erkennung 1.7.1 EBM
	Leistung	alle ohne Labor, Pathologen	alle Leistungen des Arztgruppenfalls	11.05.2019 - 10.05.2020	11.05.2019	
TSS-Akutfall	Zuschlag	alle ohne Labor, Pathologen	50% der VGP	-	mit Einführung SmED spät. 1. Jan. 2020	<ul style="list-style-type: none"> • 1x im Arztgruppenfall • spät. Termin: Folgetag • nur auf Fällen mit VGP
	Leistung	alle ohne Labor, Pathologen	alle Leistungen des Arztgruppenfalls	...	mit Einführung SmED spät. 1. Jan. 2020	

Fall	Abrechnung	Fachgruppe	Extrabudgetäre Vergütung	Bereitungszeitraum	Inkrafttreten	Sonstiges
Offene Sprechstunde	Leistung	Augenärzte, Chirurgen, Gynäkologen, HNO-Ärzte, Hautärzte, KiJu-Psychiater, Nervenärzte, Neurochirurgen, Neurologen, Orthopäden, Psychiater, Urologen	<ul style="list-style-type: none"> • alle Leistungen f. max. 5 h/Kalenderwoche • d.h. max 17,5% der Arztgruppenfälle der Praxis im AQ 	01.09.2019 - 31.08.2020	01.09.2019	
Neuer Patient	Leistung	alle ohne Labor, Pathologen, Anästhesisten (ohne SMT), Humangenetiker, MKG, Nuklearmediziner, Radiologen, Strahlentherapeuten	alle Leistungen des Arztgruppenfalls	01.09.2019 - 31.08.2020	01.09.2019	<ul style="list-style-type: none"> • nicht für Neupraxen • je Arztgruppenfall aber max. für 2 Arztgruppen • nicht falls Wechsel aus Selektivvertrag

Abkürzungen

HA-Versorgungsbereich = Hausärztlicher Versorgungsbereich
FA-Versorgungsbereich = Fachärztlicher Versorgungsbereich
SmED = strukturiertes medizinisches Ersteinschätzungsverfahren für Deutschland
SMT = Schmerztherapie
VGP = Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale
AQ = Aktuelles Quartal

Hinweise

- Arztgruppenfall = umfasst alle Leistungen, die von derselben Arztgruppe in derselben Praxis innerhalb desselben Quartals an demselben Versicherten zulasten derselben Krankenkasse ambulant erbracht wurden
- Fall wird derjenigen Fachgruppe zugeordnet, bei der der Erstkontakt entstanden ist

Vielen Dank.