
DETAILS ZU DEN NEUEN TSVG- REGELUNGEN

TERMINVERMITTLUNG DURCH DIE
TERMINSERVICESTELLEN UND DEN HAUSARZT, OFFENE
SPRECHSTUNDEN, NEUE PATIENTEN

EINFÜHRUNG

Patientinnen und Patienten sollen schneller Termine beim Arzt oder Psychotherapeuten bekommen. Das ist ein Ziel des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG), das seit 11. Mai 2019 in Teilen in Kraft ist. Für die Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten ist das mit einem höheren Aufwand verbunden. Deshalb sieht das Gesetz eine zusätzliche Vergütung vor. Erste Neuerungen gelten bereits, andere wie die offene Sprechstunde ab 1. September.

In dieser Praxisinformation stellen wir Ihnen die Details vor und erläutern, in welchen Fällen Sie die Leistungen wie abrechnen können.

UM DIESE TSVG-KONSTELLATIONEN GEHT ES BEI DER EXTRABUDGETÄREN VERGÜTUNG:

- › Terminvermittlung durch die Terminservicestellen (TSS):
 - TSS-Terminfall
 - TSS-Akutfall
- › Terminvermittlung durch den Hausarzt beim Facharzt
- › Offene Sprechstunde
- › Behandlung neuer Patienten

VERGÜTUNG UND NEUE LEISTUNGEN

In allen TSVG-Konstellationen erfolgt die Vergütung extrabudgetär. Das heißt, die gesamte Behandlung des Patienten – durch eine Arztgruppe – wird in dem Quartal zu festen Preisen bezahlt. Ausgenommen sind lediglich Laboruntersuchungen.

Zusätzlich gibt es extrabudgetäre Zuschläge auf die Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschale beim TSS-Terminfall und beim TSS-Akutfall. Hausärzte, die in dringenden Fällen einen Termin beim Facharzt vermitteln, erhalten dafür ebenfalls einen Zuschlag. Die Krankenkassen stellen dafür zusätzliche Finanzmittel bereit.

Bereinigung der MGV

Die extrabudgetäre Vergütung der Behandlung (nicht der Zuschläge) geht allerdings mit einer Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) einher. Dazu wird die MGV ein Jahr lang um die Leistungen reduziert, die innerhalb eines Jahres nach Inkrafttreten der jeweiligen TSVG-Konstellation abgerechnet werden (unter Berücksichtigung der Auszahlungsquote). Für die TSS-Terminfälle beispielsweise erfolgt die Bereinigung im Zeitraum 11. Mai 2019 bis 10. Mai 2020.

Bei der Bereinigung wird das Honorar, das die Ärzte ursprünglich für die Behandlung der Patienten erhalten hätten, aus der gedeckelten MGV herausgenommen und durch die Krankenkassen auf 100 Prozent aufgestockt, denn jede TSVG-Leistung wird voll bezahlt. Steigt nach Abschluss der Bereinigung dann beispielsweise die Zahl der TSS-Patienten, müssen die Krankenkassen nicht mehr nur die Differenz, sondern jeden zusätzlichen Fall auch komplett zusätzlich bezahlen. Es erfolgt dann keine erneute Bereinigung.

Die Bereinigung hat auch Auswirkungen auf die Höhe des Regelleistungsvolumens oder des Praxisbudgets einer Arztpraxis. Für Patienten in TSVG-Konstellationen gibt es kein Budget, da diese dem nicht unterliegen und stattdessen extrabudgetär vergütet werden.

DER ARZTGRUPPENFALL: Bei allen TSVG-Konstellationen werden sämtliche Leistungen im Quartal extrabudgetär bezahlt – Bezugsgröße ist aber nicht wie gewohnt der Behandlungs-, sondern der Arztgruppenfall. Denn es werden immer nur die Leistungen der Arztgruppe extrabudgetär vergütet, bei der beispielsweise die Terminservicestelle einen Termin vermittelt hat. Dies ist für Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) oder Medizinische Versorgungszentren (MVZ) relevant, in denen Ärzte unterschiedlicher Arztgruppen tätig sind. Ein Beispiel: Hat die Terminservicestelle für einen Patienten einen Termin beim Orthopäden im MVZ vermittelt, dürfen nur er und seine orthopädischen Kollegen die Behandlung als TSS-Terminfall extrabudgetär abrechnen.

Der Arztgruppenfall – so die Definition – umfasst alle Leistungen, die von derselben Arztgruppe in derselben Arztpraxis innerhalb desselben Quartals bei einem Versicherten ambulant zulasten derselben Krankenkasse durchgeführt wurden. Die Arztgruppen beziehen sich auf die jeweiligen EBM-Kapitel beziehungsweise in Kapitel 13 auf die jeweiligen Unterabschnitte.

TERMINVERMITTLUNG DURCH DIE TERMINSERVICESTELLEN

Die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) sollen den Versicherten dabei helfen, ohne lange Wartezeiten einen Termin beim Arzt oder Psychotherapeuten zu finden. Dazu melden die Praxen Termine an die TSS. Das Terminservice- und Versorgungsgesetz sieht finanzielle Anreize vor für den:

- › TSS-Terminfall
Wartezeit auf Termin maximal 4 Wochen, psychotherapeutische Akutbehandlung maximal 2 Wochen
- › TSS-Akutfall
Termin bis spätestens am Folgetag nach medizinischer Ersteinschätzung bei Anruf der 116117

TSS-TERMINFALL

Extrabudgetäre Vergütung: Die Untersuchung und Behandlung von Patientinnen und Patienten, die über eine Terminservicestelle in die Praxis kommen, wird seit dem 11. Mai 2019 extrabudgetär und damit in voller Höhe bezahlt – für das gesamte Quartal (Arztgruppenfall, s. Kasten oben). Gesetzlich ausgenommen sind verschiebbare Routineuntersuchungen, Bagatellerkrankungen sowie weitere vergleichbare Fälle – diese können in angemessener Frist vermittelt werden, werden aber nicht extrabudgetär vergütet.

Extrabudgetärer Zuschlag: Zusätzlich gibt es ab 1. September einen extrabudgetären Zuschlag von 20, 30 oder 50 Prozent auf die Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale. Der Zuschlag wird auch gezahlt, wenn es sich um einen Termin für eine Früherkennungsuntersuchung im Kindesalter (U-Untersuchungen) handelt. Die Höhe des Zuschlags ist nach der Länge der Wartezeit auf einen Termin gestaffelt:

- › 50 Prozent: Termin innerhalb von acht Tagen
- › 30 Prozent: Termin innerhalb von neun bis 14 Tagen
- › 20 Prozent: Termin innerhalb von 15 bis 35 Tagen

Damit Praxen wissen, welchen Zuschlag sie ansetzen können, teilt ihnen die Terminservicestelle per E-Mail oder Fax den Tag mit, an dem sich der Versicherte wegen des Termins an die TSS gewandt hat – ab diesem Datum wird gezahlt.

Beispiel: Eine Patientin ruft am 2. September in der TSS an und erhält für den 9. September einen Termin beim Orthopäden. Es sind genau acht Tage, die Praxis erhält den 50-prozentigen Zuschlag. Das Wochenende wird hierbei mitgezählt.

So rechnen Sie ab

1. **Abrechnung/Abrechnungsschein als „TSS-Terminfall“ kennzeichnen:** Damit alle Leistungen im Arztgruppenfall extrabudgetär vergütet werden, kennzeichnen Sie Ihre Abrechnung unter „Vermittlungsart“ als „TSS-Terminfall“. Im Praxisverwaltungssystem (PVS) steht eine entsprechende Funktion bereit.
2. **GOP für Zuschlag angeben:** Für die Abrechnung des Zuschlags gibt es für jede Arztgruppe in dem jeweiligen EBM-Kapitel (mit Ausnahme der Laborärzte und Pathologen) eine neue Gebührenordnungsposition (s. GOP-Übersicht Seite 5).
3. **GOP mit B, C oder D kennzeichnen:** Die Höhe des Zuschlags – 50, 30 oder 20 Prozent – kennzeichnen Sie je nach Länge der Wartezeit auf den Termin mit dem Buchstaben B, C oder D. Den Rest übernimmt das PVS: Das Praxisverwaltungssystem ersetzt die angegebenen GOP automatisch und nachvollziehbar für die Praxis durch die altersklassenspezifischen GOP für die Zuschläge zu den Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen. **Hinweis:** Sollten weitere Angaben nötig sein, wird Sie Ihre KV informieren.

TSS-AKUTFALL

Patientinnen und Patienten, die wegen akuter Beschwerden die 116117 wählen, werden spätestens ab dem 1. Januar 2020 mit einem standardisierten Ersteinschätzungsverfahren in die richtige Versorgungsebene geführt (die KVen teilen den jeweilige Startzeitpunkt auf ihrer Website mit). Das kann neben dem Bereitschaftsdienst oder der Notaufnahme auch eine Arztpraxis sein. In diesen dringenden Fällen erhält der Anrufer einen Termin innerhalb von 24 Stunden (spätestens bis zum Ende des Folgetags) beim Arzt und wird so zum „TSS-Akutfall“.

Auch beim TSS-Akutfall werden alle Leistungen im Arztgruppenfall (s. Seite 3) und damit gesamten Quartal extrabudgetär vergütet. Zusätzlich gibt es einen Zuschlag auf die Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale in Höhe von 50 Prozent.

So rechnen Sie ab

1. **Abrechnung/Abrechnungsschein als „TSS-Akutfall“ kennzeichnen:** Damit alle Leistungen im Arztgruppenfall extrabudgetär vergütet werden, kennzeichnen Sie Ihre Abrechnung unter „Vermittlungsart“ als „TSS-Akutfall“.
2. **GOP für den Zuschlag angeben:** Für die Abrechnung des Zuschlags geben Sie die entsprechende GOP an (s. GOP-Übersicht Seite 5).
3. **GOP mit A kennzeichnen:** Für den 50-prozentigen Zuschlag fügen Sie den Buchstaben A hinzu (z. B. Augenärzte: GOP 06228A). Den Rest übernimmt das PVS: Das Praxisverwaltungssystem ersetzt die angegebenen GOP automatisch und nachvollziehbar für die Praxis durch die altersklassenspezifischen GOP für die Zuschläge zu den Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen.



für Berufsausübungsgemeinschaften und MVZ

Die extrabudgetäre Vergütung plus Zuschlag erhalten in der BAG oder dem MVZ nur Ärzte der Fachgruppe, bei der die TSS für den Patienten einen Termin vereinbart hat, zum Beispiel beim Hautarzt. Sucht der Patient in demselben Quartal einen Arzt einer anderen Fachgruppe in der Praxis oder dem MVZ – ohne dass dieser Termin zusätzlich vermittelt wurde – auf, zum Beispiel einen Orthopäden und einen HNO-Arzt, legt dieser im PVS einen neuen Abrechnungsschein an.

Anders sieht es aus, wenn derselbe Patient in dem Quartal nochmals über die Terminservicestelle oder durch Terminvermittlung des Hausarztes die Praxis oder das MVZ aufsucht, um beispielsweise einen Orthopäden zu konsultieren. Dann erhält auch der Orthopäde die Leistungen extrabudgetär vergütet sowie einen Zuschlag. Dazu legt er einen neuen Abrechnungsschein an, den er als „TSS-Terminfall“ oder „TSS-Akutfall“ oder „HA-Vermittlungsfall“ kennzeichnet.

GOP FÜR TSS-AKUTFALL UND TSS-TERMINFALL

Fachgruppe	GOP	Fachgruppe	GOP
Hausärzte	03010	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	14218
Kinder- und Jugendmedizin	04010	Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	15228
Anästhesiologie	05228	Neurologie	16228
Augenheilkunde	06228	Nuklearmedizin	17228
Chirurgie	07228	Orthopädie	18228
Gynäkologie	08228	Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen	20228
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	09228	Psychiatrie und Psychotherapie	21236
Dermatologie	10228	Nervenheilkunde und Neurologie und Psychiatrie	21237
Humangenetik	11228	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	22228
Innere Medizin:		Ärztliche und psych. Psychotherapie	23228
› ohne Schwerpunkt	13228	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie	23229
› Angiologie	13298	Radiologie	24228
› Endokrinologie	13348	Strahlentherapie:	
› Gastroenterologie	13398	› bei gutartiger Erkrankung	25228
› Hämatologie/Onkologie	13498	› bei bösartiger Erkrankung	25229
› Kardiologie	13548	› nach strahlentherapeutischer Behandlung	25230
› Nephrologie	13598	Urologie	26228
› Pneumologie	13648	Physikalische und Rehabilitative Medizin	27228
› Rheumatologie	13698	Schmerztherapie	30705

KENNZEICHNUNG DER ZUSCHLÄGE MIT A, B, C ODER D

Zeitraum ab Kontaktaufnahme des Versicherten bei der TSS bis zum Behandlungstag	Buchstabe	Zuschlag
TSS-Akutfall: Spätestens Folgetag (nach medizinischer Ersteinschätzung durch die 116117)	A	50 Prozent
TSS-Terminfall: 1. bis 8. Tag	B	50 Prozent
TSS-Terminfall: 9. bis 14. Tag	C	30 Prozent
TSS-Terminfall: 15. bis 35. Tag	D	20 Prozent

HAUSARZT VERMITTELT TERMIN BEIM FACHARZT

Die Terminvermittlung durch den Hausarzt wird finanziell gefördert: Der Hausarzt sowie der Kinder- und Jugendarzt erhält ab 1. September 2019 rund zehn Euro für die Vereinbarung eines Termins. Der Facharzt bekommt die Behandlung eines durch den Hausarzt aufgrund medizinischer Dringlichkeit vermittelten Patienten seit 11. Mai 2019 extrabudgetär in voller Höhe vergütet.

Voraussetzungen sind:

- › **Medizinische Dringlichkeit:** Der Termin muss innerhalb von vier Kalendertagen liegen, nachdem der Hausarzt festgestellt hat, dass sich der Patient beim Facharzt vorstellen soll. Gezählt wird ab dem Folgetag.
- › **Überweisung:** Die Behandlung durch den Facharzt erfolgt auf Überweisung des Hausarztes.
- › **Nicht in derselben Praxis:** Der Facharzt, bei dem der Hausarzt einen Termin vereinbart, darf nicht in derselben BAG oder demselben MVZ tätig sein wie der Hausarzt.

Termin innerhalb von vier Tagen

Zählweise: Hier ist nicht das Datum der Kontaktaufnahme zur Terminvereinbarung mit der Facharztpraxis entscheidend. Die vier Kalendertage werden vielmehr ab dem Folgetag der Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit gezählt.

Beispiel 1: Hausärztin Dr. M. stellt bei Herrn B. am Montag fest, dass ihn dringend ein Kardiologe untersuchen sollte und vereinbart noch am selben Tag einen Termin. Der Termin beim Kardiologen muss spätestens am Freitag liegen, damit Dr. M. den 10-Euro-Zuschlag erhält und der Kardiologe seine Leistungen extrabudgetär vergütet bekommt (vier Kalendertage: Dienstag, Mittwoch, Donnerstag, Freitag – der Montag zählt nicht mit).

Beispiel 2: Stellt die Hausärztin am Freitag fest, dass sich der Patient dringend bei einem Kardiologen vorstellen sollte, muss sie spätestens für Dienstag einen Termin vereinbaren, um die 4-Tagesfrist einzuhalten (vier Kalendertage: Samstag, Sonntag, Montag, Dienstag – der Freitag zählt nicht mit).

HAUSARZT: ZUSCHLAG VON ZEHN EURO

- › Der Zuschlag wird gezahlt, wenn die hausärztliche Praxis einen Termin beim Facharzt beziehungsweise einem Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt oder Zusatzweiterbildung vermittelt (innerhalb von vier Tagen).
- › Der Hausarzt darf die Terminvermittlung an einen Praxismitarbeiter delegieren.
- › Der Hausarzt stellt dem Patienten für die Behandlung beim Facharzt eine Überweisung aus.
- › Benötigt ein Patient bei unterschiedlichen Fachärzten, beispielsweise beim Orthopäden und beim Neurologen, dringend einen Termin, kann der Hausarzt den Zuschlag auch mehrfach im Quartal abrechnen. Hierzu ist vom Hausarzt jeweils ein Termin zu vermitteln und jeweils eine Überweisung auszustellen.
- › Nicht berechnungsfähig ist der Zuschlag, wenn der Hausarzt bei einem Facharzt einen Termin vermittelt, bei dem der Patient im laufenden Quartal bereits war. Dies ist vom Hausarzt beim Patienten zu erfragen.
- › Der Hausarzt erhält den Zuschlag unabhängig davon, ob der Patient den Termin wahrgenommen hat.

So rechnen Sie ab

1. **GOP für Zuschlag angeben:** Für den 10-Euro-Zuschlag zur Versichertenpauschale rechnen Sie die GOP 03008 bzw. GOP 04008 ab.
2. **BSNR der Facharztpraxis angeben:** Zusätzlich geben Sie bei der Abrechnung die Betriebsstättennummer (BSNR) der Praxis an, bei der Sie für den Patienten einen Termin vereinbart haben. Hierfür gibt es ein neues Feld „BSNR des vermittelten Facharztes“ im PVS. Die BSNR der einzelnen Praxen finden Sie in der „Kollegensuche“ im Sicherem Netz – auch erreichbar über die Telematikinfrastruktur. **Hinweis:** Sollten weitere Angaben nötig sein, wird Sie Ihre KV informieren.

FACHARZT: EXTRABUDGETÄRE VERGÜTUNG

Der Facharzt, bei dem die hausärztliche Praxis den dringenden Termin vereinbart, erhält die Behandlung des Patienten im gesamten Quartal extrabudgetär vergütet – wenn sie innerhalb von vier Tagen nach Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit erfolgt. Auch hier gilt der Arztgruppenfall (s. Seite 3).

So rechnen Sie ab

1. **Überweisungsschein im PVS anlegen:** Für Ihre Abrechnung nutzen Sie die Überweisung, die der Hausarzt ausgestellt hat. **Hinweis:** Der Original-Überweisungsschein muss nicht der Abrechnung beigelegt werden.
2. **Abrechnung/Überweisungsschein als „HA-Vermittlungsfall“ kennzeichnen:** Sie kennzeichnen Ihren Überweisungsschein im PVS als „HA-Vermittlungsfall“. Dafür empfiehlt es sich, schon bei der Terminvereinbarung zu notieren, dass der Patient als „HA-Vermittlungsfall“ in die Praxis kommt und wann die Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit war. **Hinweis:** Sollten weitere Angaben nötig sein, wird Sie Ihre KV informieren.

OFFENE SPRECHSTUNDE

Grundversorgende und der wohnortnahen Patientenversorgung zugehörige Fachärzte müssen ab dem 1. September 2019 mindestens fünf Stunden pro Woche als offene Sprechstunde ohne vorherige Terminvereinbarung anbieten – bei vollem Versorgungsauftrag, sonst anteilig. Konkret sind dies die Fachgruppen der EBM-Kapitel 6, 7, 8, 9, 10, 14, 16, 18, 21 und 26.

Diese Fachärzte müssen offene Sprechstunden anbieten:

Augenärzte / Chirurgen / Gynäkologen / HNO-Ärzte / Hautärzte / Kinder- und Jugendpsychiater /
Nervenärzte / Neurologen / Neurochirurgen / Orthopäden / Psychiater / Urologen

Hinweise zur Organisation

- › Wie Sie die Stunden auf die Arbeitswoche verteilen – jeden Tag eine offene Sprechstunde, alle fünf Stunden an einem Tag –, ist Ihnen freigestellt. Der Gesetzgeber hat hierzu keine Vorgaben gemacht, auch nicht dazu, wie Praxen diesen Eingriff in ihr Terminmanagement kurzfristig umsetzen sollen.
- › Es obliegt somit weiterhin Ihnen, die Praxis so zu organisieren, dass Ihre Patienten gut versorgt werden. Das bedeutet auch, dass Sie nur so viele Patienten behandeln können, wie es Ihre Kapazitäten erlauben. So können Sie beispielsweise einen Patienten, der nicht sofort eine Behandlung benötigt, durchaus auf die nächste offene Sprechstunde hinweisen oder ihm einen Termin anbieten.
- › Arbeiten mehrere Ärzte einer Fachgruppe in der Praxis oder dem MVZ, zum Beispiel drei Hautärzte, müssen nicht alle drei in der offenen Sprechstunde Patienten versorgen. Entscheidend ist die angebotene Stundenzahl – bei drei Ärzten mit voller Zulassung wären das 15 offene Sprechstunden pro Woche.

Veröffentlichung der Zeiten: Sie sind verpflichtet, die Zeiten Ihrer offenen Sprechstunde bekanntzugeben (z.B. Anrufbeantworter, Website, Aushang) sowie Ihrer Kassenärztlichen Vereinigung zur Veröffentlichung mitzuteilen. Nähere Informationen dazu erhalten Sie von Ihrer KV.

EXTRABUDGETÄRE VERGÜTUNG

In der offenen Sprechstunde werden alle Leistungen extrabudgetär und damit in voller Höhe vergütet. Es gilt auch hier der Arztgruppenfall (s. Seite 3).

Höchstwert von 17,5 Prozent: Da die extrabudgetäre Vergütung laut TSVG auf fünf offene Sprechstunden je Kalenderwoche begrenzt ist, wurde ein Höchstwert vereinbart: Es werden pro Quartal maximal 17,5 Prozent der Arztgruppenfälle der Praxis extrabudgetär vergütet.

Beispiel: Im vierten Quartal 2019 hat die Praxis 1.000 Patienten behandelt (Arztgruppenfälle). Dann erhält sie davon bis zu 175 Arztgruppenfälle extrabudgetär und damit in voller Höhe vergütet.

Der Höchstwert hat für Praxen den Vorteil, dass sie keine weiteren Angaben, zum Beispiel die Uhrzeit der Behandlung in der offenen Sprechstunde, machen müssen. Auch müssen sie nicht selbst die Grenze bestimmen.

So rechnen Sie ab

- › **Abrechnung /Abrechnungsschein als „Offene Sprechstunde“ kennzeichnen:** Damit die KV erkennt, dass der Patient in der offenen Sprechstunde behandelt wurde, kennzeichnen Praxen ihre Abrechnung im PVS als „Offene Sprechstunde“. **Hinweis:** Sollten weitere Angaben nötig sein, wird Sie Ihre KV informieren.

AUFNAHME NEUER PATIENTEN

Nicht selten kommen neue Patientinnen und Patienten in die Praxis, denn nicht jeder Versicherte hat „seinen“ Hausarzt oder „seinen“ Orthopäden. Ab 1. September 2019 erhalten Ärzte die Behandlung neuer Patienten grundsätzlich extrabudgetär und damit in voller Höhe vergütet (Arztgruppenfall). Als „neu“ gelten Patienten, die weder im aktuellen noch in den acht vorangegangenen Quartalen in der jeweiligen Praxis waren.

Für diese Fachgruppen gilt die Regelung

Arztgruppen der folgenden EBM-Kapitel: 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 13 (einschließlich Unterabschnitte), 14, 16, 18, 20, 21, 22, 23, 26, 27 und Abschnitt 30.7.

Für diese Fachgruppen bzw. Ärzte gilt die Regelung nicht

Ausgenommen von dieser Regelung sind: Anästhesisten, die keine schmerztherapeutische Behandlung durchführen, Humangenetiker, Labormediziner, Mund-Kiefer-Gesichts-Chirurgen, Nuklearmediziner, Pathologen und Radiologen.

Neue Praxen: Ärzte, die eine Praxis neu gegründet oder übernommen haben, sind in den ersten beiden Jahren (volle acht Quartale) nach dem Start der Niederlassung ebenfalls von der Regelung ausgenommen. Nach diesem Zeitraum erhalten auch sie die Behandlung neuer Patienten extrabudgetär vergütet.

Zwei Jahre nicht in der Praxis – Was heißt das?

In der vertragsärztlichen Versorgung ist der Quartalsbezug üblich. So auch, wenn es um die Frage geht, ob ein Patient zwei Jahre und länger nicht da war. Entscheidend ist auch hier das Quartal und nicht der Behandlungstag, an dem der Patient zuletzt den Arzt konsultiert hat. Bei der Berechnung wird das aktuelle Quartal mitgezählt. Zwei Jahre heißt also: das aktuelle Quartal plus die acht vorangegangenen Quartale. Dabei ist zu beachten, dass auch die selektivvertragliche Behandlung des Patienten mitzählt.

Beispiel neuer Patient: Herr F. sucht im 3. Quartal 2019 seinen Hausarzt auf. Er war bei ihm zuletzt im 2. Quartal 2017 in Behandlung. Der Hausarzt bekommt die Behandlung extrabudgetär vergütet (aktuelles Quartal plus neun vorangegangene Quartale).

Beispiel kein neuer Patient: Frau H. sucht im 3. Quartal 2019 ihre Augenärztin auf. Sie war bei ihr zuletzt im 1. Quartal 2018. Die Augenärztin bekommt die Behandlung regulär, also im Rahmen der MGV, vergütet (aktuelles Quartal plus sechs vorangegangene Quartale).

So rechnen Sie ab

- › **Abrechnung/Abrechnungsschein als „Neupatient“ kennzeichnen:** Damit die Leistungen extrabudgetär vergütet werden können, kennzeichnen Sie Ihre Abrechnung im PVS als „Neupatient“. **Hinweis:** Sollten weitere Angaben nötig sein, wird Sie Ihre KV informieren.



für Berufsausübungsgemeinschaften und MVZ

Sucht ein neuer Patient in einer Berufsausübungsgemeinschaft oder einem MVZ Ärzte unterschiedlicher Arztgruppen auf, zum Beispiel im 1. Quartal 2020 einen Hausarzt, im 2. Quartal einen Urologen und im 3. Quartal einen Orthopäden, erhalten maximal zwei Arztgruppen ihre Leistungen extrabudgetär vergütet – und zwar die Arztgruppen mit den ersten Kontakten (hier Hausarzt und Urologe).

Sucht der Patient im 1. Quartal 2020 den Hausarzt auf und im 2. Quartal den Urologen, so kann er frühestens im 2. Quartal 2022 bei einer weiteren Arztgruppe als Neupatient gelten.

Entscheidend, ob ein Patient als neuer Patient eingestuft wird, ist letztlich also nicht die Praxis oder das MVZ, sondern die Arztgruppe. So kann ein und derselbe Patient beim HNO-Arzt des MVZ als „neu“ gelten, beim Hausarzt des MVZ aber nicht, weil der Patient dort regelmäßig in Behandlung ist.



Weitere aktuelle Informationen zum TSVG stellt die KBV auf einer Themenseite im Internet bereit:
www.kbv.de/html/tsvg.php

Hinweise zu den Aufgaben der Terminservicestellen, der Weiterentwicklung der Telefonnummer 116117 und dem eTerminservice finden Sie online unter: www.kbv.de/html/terminservicestellen.php

MEHR FÜR IHRE PRAXIS

www.kbv.de



➤ **PraxisWissen**
➤ **PraxisWissenSpezial**
Themenhefte für
Ihren Praxisalltag

Abrufbar unter:
www.kbv.de/838223
Kostenfrei bestellen:
versand@kbv.de



➤ **PraxisInfo**
➤ **PraxisInfoSpezial**
Themenpapiere mit
Informationen für
Ihre Praxis

Abrufbar unter:
www.kbv.de/605808



➤ **PraxisNachrichten**
Der wöchentliche Newsletter
per E-Mail oder App

Abonnieren unter:
www.kbv.de/PraxisNachrichten
www.kbv.de/kbv2go

IMPRESSUM

Herausgeber:
Kassenärztliche Bundesvereinigung
Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin
Tel.: 030 4005-0, Fax: 030 4005-1590
info@kbv.de, www.kbv.de

Redaktion:
Dezernat Kommunikation
Dezernat Vergütung und Gebührenordnung

Stand:
September 2019

Hinweise:
Aus Gründen der Lesbarkeit wurde meist nur eine
Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind
selbstverständlich auch alle anderen Form gemeint.

DETAILS ZU DEN NEUEN TSVG-REGELUNGEN KURZ-ÜBERSICHT ZUR ABRECHNUNG

TERMINVERMITTLUNG DURCH DIE TERMINSERVICESTELLEN (TSS)

TSS-TERMINFALL

- › Abrechnungsschein im Praxisverwaltungssystem (PVS) als „TSS-Terminfall“ kennzeichnen
- › Arztgruppenspezifische Gebührenordnungsposition (GOP) für Zuschlag angeben
- › GOP je nach Länge der Wartezeit mit Buchstaben B, C oder D kennzeichnen
- › In Baden-Württemberg ist der TSS-Terminfall mit der Pseudo-GOP 99873T zu kennzeichnen

TSS-AKUTFALL

- › Abrechnungsschein im PVS als „TSS-Akutfall“ kennzeichnen
- › Arztgruppenspezifische GOP für den Zuschlag angeben
- › GOP mit Buchstaben A kennzeichnen
- › In Baden-Württemberg ist der TSS-Akutfall mit der Pseudo-GOP 99873A zu kennzeichnen

HAUSARZT VERMITTELT TERMIN BEIM FACHARZT

HAUSARZT/KINDER- UND JUGENDARZT

- › Behandlungsnotwendigkeit feststellen und Termin innerhalb von vier Tagen vermitteln
- › GOP 03008 bzw. 04008 für den Zuschlag angeben
- › Betriebsstättennummer der Facharztpraxis angeben

FACHARZT

- › 4-Tage-Frist seit Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit durch den Hausarzt prüfen
- › Überweisungsschein im PVS anlegen (Original muss nicht an die KV geleitet werden) und als „HA-Vermittlungsfall“ kennzeichnen
- › In Baden-Württemberg ist der Hausarzt-Vermittlungsfall mit der Pseudo-GOP 99873H zu kennzeichnen

OFFENE SPRECHSTUNDE

- › Abrechnungsschein im PVS als „Offene Sprechstunde“ kennzeichnen
- › In Baden-Württemberg ist der Fall der „Offenen Sprechstunde“ mit der Pseudo-GOP 99873O zu kennzeichnen

AUFNAHME NEUER PATIENTEN

- › Prüfen, ob Patient im aktuellen und in den acht vorangegangenen Quartalen in der Praxis war
- › Abrechnungsschein im PVS als „Neupatient“ kennzeichnen
- › In Baden-Württemberg ist der Fall des „Erstpatienten“ mit der Pseudo-GOP 99873E zu kennzeichnen



Weitere Informationen zum TSVG stellt die KBV auf einer Themenseite im Internet bereit:

www.kbv.de/html/tsvg.php