

Aktuelle Informationen zum Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG)

Für Rückfragen: Serviceteam der KVSH Tel. 04551 883 883

26.06.2019

Bewertungsausschuss: Einigung bei Verhandlungen zum TSVG

Bei den Verhandlungen zur Umsetzung des Terminservice- und Versorgungsgesetzes wurden im Bewertungsausschuss am 19. Juni 2019 Einigungen erzielt. Die wichtigsten Einzelheiten möchten wir Ihnen mit diesem Newsletter vorstellen. Über die noch kommenden Anpassungen im EBM werden wir Sie informieren, sobald die Beschlussfassung durch den Bewertungsausschuss erfolgt ist.

Vergütung von TSVG-Fällen

Alle Leistungen, 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 von den Krankenkassen** vergütet. Erfolgt die Behandlung in der Arztpraxis durch mehrere Arztgruppen, werden die Leistungen derjenigen Arztgruppe extrabudgetär von den Krankenkassen vergütet, die den ersten Kontakt zum Versicherten in der TSVG-Konstellation hatte.

TSS-Terminfall

Wie bereits mit Newsletter vom 25. April 2019 mitgeteilt, werden ab 11. Mai 2019 TSS-Terminfälle extrabudgetär von den Krankenkassen vergütet. Praxen kennzeichnen für die Abrechnung den Überweisungs- oder Originalschein mithilfe der Praxissoftware als „TSS-Terminfall“.

Neu ab 1. September 2019: Es wird in den arztgruppenspezifischen Kapiteln 3 bis 27 (mit Ausnahme der Kapitel 12 und 19) und dem Abschnitt 30.7 des EBM jeweils eine Gebührenordnungsposition als Zusatzpauschale aufgenommen, mit der eine zusätzliche Vergütung, gestaffelt nach dem Tag der Behandlung, abgebildet wird. Die Berechnung der Zusatzpauschalen erfolgt durch die Praxis.

* Zur Vereinfachung werden psychologische Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie psychotherapeutische Praxen von den Begriffen Arztgruppe/Arztpraxis mit erfasst

** Extrabudgetär von den Krankenkassen - siehe Beitrag „Vergütung/Bereinigung“ auf Seite 4

Tag der Behandlung	Höhe der Zusatzpauschalen
1. bis 8. Tag	50% der jeweiligen Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale in den arztgruppenspezifischen Kapiteln, auch in Fällen bei denen ausschließlich Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern des Abschnitts 1.7.1 EBM durchgeführt werden.
9. bis 14. Tag	30% der jeweiligen Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale in den arztgruppenspezifischen Kapiteln, auch in Fällen bei denen ausschließlich Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern des Abschnitts 1.7.1 EBM durchgeführt werden.
15. bis 35. Tag	20% der jeweiligen Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale in den arztgruppenspezifischen Kapiteln, auch in Fällen bei denen ausschließlich Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern des Abschnitts 1.7.1 EBM durchgeführt werden.

Der Tag der Kontaktaufnahme des Versicherten bei der Terminservicestelle gilt als erster Zähltag für die Berechnung des gestaffelten prozentualen Zuschlags. Die Zusatzpauschalen sind im Arztgruppenfall einmal berechnungsfähig und die in Abhängigkeit des Behandlungstages gestaffelten Zusatzpauschalen sind im Arztgruppenfall nicht nebeneinander berechnungsfähig.

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. Der Hausarzt stellt dem Patienten nach erfolgreicher Terminabsprache eine Überweisung aus und der Facharzt legt diese Überweisung in seiner Praxissoftware unter TSVG-Vermittlungs-/Kontaktart als „HA-Vermittlungsfall“ an.

Ein Hausarzt-Vermittlungsfall liegt vor, sofern der Termin beim Facharzt innerhalb von vier Kalendertagen (Achtung: Nicht Werktag!) nach Feststellung der dringenden Behandlungsnotwendigkeit durch den Hausarzt liegt.

Beispiel 1: Stellt der Hausarzt eine dringende Behandlungsnotwendigkeit eines Patienten an einem Dienstag fest, muss der Facharzttermin spätestens für den Freitag derselben Woche vereinbart werden.

Beispiel 2: Stellt der Hausarzt die Behandlungsnotwendigkeit an einem Freitag fest, muss der Facharzttermin spätestens für den kommenden Montag vereinbart werden.

Die dringende Behandlungsnotwendigkeit ist insbesondere dann gegeben, wenn eine Terminvermittlung durch die Terminservicestelle oder eine eigenständige Terminvereinbarung durch den Patienten aufgrund der medizinischen Besonderheit des Einzelfalls oder der Dringlichkeit nicht angemessen oder nicht zumutbar ist.

Neu ab 1. September 2019: Für die Terminvermittlung bei dringender Behandlungsbedürftigkeit bei einem Facharzt (gilt nicht für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin und Pathologie) bzw. Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt oder Zusatzweiterbildung wird für Haus- und Kinderärzte jeweils ein Zuschlag zu den Versichertenpauschalen nach den GOP 03000 und 04000 in den EBM aufgenommen.

Die BSNR der Praxis, an die der Patient vermittelt wurde, ist durch den Haus- oder Kinderarzt bei der Abrechnung des Zuschlags anzugeben (Feldkennung 5003 „Arztnummer“). Der Zuschlag ist mehrfach

berechnungsfähig, wenn der Patient in demselben Quartal durch denselben Arzt zu unterschiedlichen Arztgruppen vermittelt wird. Der Zuschlag ist nicht berechnungsfähig, wenn der vermittelte Patient bei dem gleichen Facharzt im laufenden Quartal bereits behandelt wurde.

GOP	Bezeichnung der Leistung	Bewertung
03008	Zuschlag Hausarzt für Terminvermittlung beim Facharzt	93 Punkte
04008	Zuschlag Kinderarzt für Terminvermittlung beim Facharzt	93 Punkte

Offene Sprechstunde

Neu ab 1. September 2019: Wohnortnah- und grundversorgende Fachärzte müssen mindestens fünf offene Sprechstunden pro Woche anbieten. Gelten wird die Regelung 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. Eine Anpassung des Bundesmantelvertrages-Ärzte wird in Kürze erfolgen.

Die Einteilung der offenen Sprechstunden obliegt der Praxis; eine Verpflichtung als Blocksprechstunde besteht nach derzeitigem Kenntnisstand nicht. Ärzte der definierten Arztgruppen sind zur Durchführung und Veröffentlichung der offenen Sprechstunde verpflichtet, so dass die Patienten jederzeit Kenntnis darüber haben. Die KV hat auf ihrer Webseite über die offenen Sprechstunden zu informieren. Dazu werden wir in Kürze, nach Konkretisierung der Vorgaben, eine Erfassungsmöglichkeit für die Praxen im Online-Portal unter www.ekvsh.de schaffen.

Eine extrabudgetäre Vergütung von den Krankenkassen erfolgt für maximal fünf offene Sprechstunden pro Woche. Die im Rahmen der offenen Sprechstunden behandelten Patienten sind in der Praxissoftware mit TSVG-Vermittlungs-/Kontaktart „Offene Sprechstunde“ zu kennzeichnen. Die extrabudgetäre Vergütung von den Krankenkassen wird auf höchstens 17,5 % der Arztgruppenfälle einer Arztpraxis des Vorjahresquartals begrenzt. Die Umsetzung zur Berechnung des Höchstwertes wird auf Bundesebene bis zum 31. August 2019 festgelegt.

Die Vergütung der darüber hinaus im Rahmen der offenen Sprechstunde abgerechneten Fälle erfolgt innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, sofern diese Leistungen nicht aus anderen Gründen extrabudgetär vergütet werden.

Neupatienten

Neu ab 1. September 2019: Bei Behandlung von Patienten, die im Zeitraum von zwei Jahren nicht in der Arztpraxis behandelt oder untersucht wurden, erfolgt eine Vergütung extrabudgetär von den Krankenkassen. Gibt es in der Arztpraxis mehrere Arztgruppen, ist auf die Arztgruppe abzustellen, maximal jedoch auf zwei Arztgruppen pro Arztpraxis. Bei einer Behandlung durch weitere Arztgruppen im oben genannten Zeitraum gilt der Patient für diese Arztgruppen nicht als Neupatient. Die Arztpraxis gibt als TSVG-Vermittlungs-/Kontaktart „Neupatient“ in der Abrechnung an.

Diese Vergütungsregelung gilt nicht, wenn es sich um eine Behandlung in einer Praxis innerhalb der ersten zwei Jahre nach Gründung („Neupraxis“) handelt. Eine bisherige Behandlung im Rahmen eines Selektivvertrages sowie ein Krankenkassenwechsel führen nicht zu einer Einstufung als Neupatient. Dies

gilt ebenfalls für Patienten, die in den letzten zwei Jahren vor einem Gesellschafterwechsel in der Arztpraxis behandelt wurden.

Gelten wird die Regelung für die Arztgruppen, die jeweils von der Nr. 1. der Präambel zu den Kapiteln 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 13, 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.5, 13.3.6, 13.3.7, 13.3.8, 14, 16, 18, 20, 21, 22, 23, 26, 27 und arztgruppenunabhängig im Rahmen der schmerztherapeutischen Behandlung nach Abschnitt 30.7 EBM umfasst sind.

TSS-Akutfall

Neu spätestens ab 1. Januar 2020: Im TSS-Akutfall erfolgt eine Vergütung nur dann extrabudgetär von den Krankenkassen, wenn die Behandlung spätestens am Tag nach der Kontaktaufnahme des Patienten bei der TSS und eine Einschätzung als TSS-Akutfall erfolgt ist.

Zusätzlich wird in den arztgruppenspezifischen Kapiteln 3 bis 27 (mit Ausnahme der Kapitel 12 und 19) und dem Abschnitt 30.7 des EBM eine Gebührenordnungsposition als Zusatzpauschale für TSS-Akutfälle aufgenommen, mit der die zusätzliche Vergütung in Höhe von 50 % auf die jeweilige Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale abgebildet wird. Die Zusatzpauschalen sind im Arztgruppenfall einmal berechnungsfähig. Die Berechnung der Zusatzpauschalen erfolgt durch die Praxis.

Vergütung/Bereinigung

Vorbehaltlich der Diskussion in der September-AV werden wir die extrabudgetären TSVG-Leistungen wie folgt vergüten. Wir werden sie, sofern es PZV-Leistungen sind, in einem ersten Schritt auch als solche werten. In einem zweiten Schritt wird für diese Leistungen innerhalb der Honorarabrechnung der Differenzbetrag (Vergütung zum Orientierungswert abzüglich quotierter individueller Vergütung ohne TSVG) zugesetzt, so dass im Ergebnis diese Leistungen zum Orientierungswert vergütet werden.

Eine Bereinigung der individuellen PZV erfolgt nicht. Mögliche Nachteile durch eine schwankende Leistungsmenge mit einer extrabudgetären Vergütung werden somit umgangen.

Von dieser Regelung profitieren Job-Sharing-Praxen gleichermaßen. Eine Anpassung der Job-Sharing-Obergrenzen aufgrund des TSVG erfolgt allerdings nicht und bleibt zu beachten.