

Merkblatt zum Terminservice- und Versorgungsgesetz (Version 2, Stand 9. Juli 2019)

hier: Abrechnung neuer Leistungen (Beschluss Bewertungsausschuss vom 19. Juni 2019)

Vorwort:

- Der Gesetzgeber hat durch das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) die Kassenärztlichen Vereinigungen hinsichtlich nachstehender Regelungsinhalte verpflichtet.
- Die extrabudgetären Vergütungen (Hausärzte erhalten derzeit schon alle Leistungen zu 100 Prozent vergütet) werden in einem definierten Zeitraum von vier Quartalen bereinigt.

→ Auf einen Blick:

- **Terminvermittlung durch die Terminservicestelle: Behandlung extrabudgetär und Zuschläge von bis zu 50 Prozent**
Haus- und Fachärzte sowie Psychotherapeuten erhalten für Patienten, die über die Terminservicestelle (TSS) in die Praxis vermittelt werden, seit **Inkrafttreten des TSVG (11. Mai 2019)** alle Leistungen im Arztgruppenfall extrabudgetär und damit in voller Höhe vergütet. Zusätzlich gibt es **ab 1. September 2019** Zusatzpauschalen in Höhe von 50, 30 und 20 Prozent **auf die Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale**, auch in Fällen mit ausschließlich Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern nach Abschnitt 1.7.1 EBM. Die Höhe richtet sich nach der Wartezeit auf einen Termin.
- **Terminvermittlung durch einen Haus- oder Kinderarzt beim Facharzt: 10 Euro Zuschlag für den Haus- oder Kinderarzt und Behandlung beim Facharzt extrabudgetär**
Hausärzte erhalten für die erfolgreiche Vermittlung eines dringenden Facharzttermins **ab 1. September 2019 einen Zuschlag** von 10,07 Euro (93 Punkte). Die weiterbehandelnden **Fachärzte** wiederum erhalten bereits seit **11. Mai 2019** alle Leistungen im Arztgruppenfall nach der Vermittlung durch den Hausarzt **extrabudgetär** und damit in voller Höhe vergütet.
- **Offene Sprechstunden: Behandlung extrabudgetär**
In der offenen Sprechstunde, die Fachärzte der „grundversorgenden und wohnortnahen Patientenversorgung“ **ab 1. September 2019** anbieten müssen, werden alle Leistungen im Arztgruppenfall **extrabudgetär** und damit in voller Höhe vergütet – für bis zu fünf offene Sprechstunden je Kalenderwoche.
- **Aufnahme neuer Patienten: Behandlung extrabudgetär**
Sucht ein Patient erstmals oder erstmals nach zwei Jahren eine Praxis bestimmter Fachrichtungen auf, werden **ab 1. September 2019** alle Leistungen im Arztgruppenfall **extrabudgetär** und damit in voller Höhe vergütet.

In allen oben genannten Sachverhalten sind die Leistungen extrabudgetär im Arztgruppenfall zu vergüten, das heißt alle Leistungen, die von derselben Arztgruppe in derselben Arztpraxis innerhalb desselben Kalendervierteljahres an demselben Patienten ambulant zulasten der identischen Krankenkasse erbracht werden.

Wissenswert:

Dass es unterschiedliche Zeitpunkte für die Wirksamkeit der Vergütungsregelungen gibt, hängt damit zusammen, dass nach Maßgabe des Gesetzgebers die Bundesvertragspartner erst die Vorgaben für neue Gebührenordnungspositionen des EBM (spätestens im August mit Wirkung zum 1. September 2019) treffen und die betroffenen Facharztgruppen der grundversorgenden und wohnortnahen Versorgung (offene Sprechstunde, Neupatienten) definieren mussten.

➔ Abrechnung und Vergütung im Detail:

Terminvermittlungen

▪ Vergütung für von der Terminservicestelle (TSS) vermittelte Patienten

- seit 11. Mai 2019
- Vergütung extrabudgetär und Zuschläge ab 1. September 2019

Die TSS hat nun auch Termine bei Haus- sowie Kinder- und Jugendärzten zu vermitteln, inklusive Termine für die sogenannten U-Untersuchungen neben Terminen bei Fachärzten und Psychotherapeuten wie bisher schon. Patienten benötigen für die Terminvermittlung zu Haus- und Kinderärzten sowie Psychotherapeuten über die TSS keine Überweisung. Für die Vermittlung von Behandlungsterminen bei einem Facharzt muss eine Überweisung vorliegen (Ausnahmen: Augenarzt, Frauenarzt und Akutfälle). Die Behandelnden erhalten alle Leistungen im Arztgruppenfall **extrabudgetär vergütet**.

Die **Kennzeichnung des Arztgruppenfalls als TSS-Terminfall** ist im entsprechenden KVDT-Feld (Feldkennung 4103 „Vermittlungsart“) der Abrechnung einzutragen und muss daher im Praxisverwaltungssystem (PVS) angegeben werden. Der TSS-Terminfall ist außerdem zusätzlich mit der **Pseudo-GOP 99873T** („T“ wie Terminservicestelle) zu kennzeichnen.

Das Anlegen eines gesonderten/duplizierten Abrechnungsscheins ist bei Behandlung durch Ärzte verschiedener Arztgruppen der gleichen Praxis im gleichen Quartal erforderlich (Behandlung außerhalb „Arztgruppenfall“).

Ab 1. September 2019 kann zudem ein **Zuschlag auf die Versicherten-, Grund-, oder Konsiliarpauschale** oder Früherkennungsuntersuchungen bei Kinder nach Abschnitt 1.7.1 EBM angesetzt werden, der nach der Länge der **Wartezeit** gestaffelt ist:

- **50 Prozent:** Termin innerhalb von 8 Tagen
(ab 1. Januar 2020 auch im TSS-Akutfall: in Akutfällen, bei Terminvermittlung innerhalb von 24 Stunden nach einem standardisierten medizinischen Ersteinschätzungsverfahren und Termin spätestens am Tag nach Kontaktaufnahme des Versicherten bei TSS)
- **30 Prozent:** Termin innerhalb von 9 bis 14 Tagen
- **20 Prozent:** Termin innerhalb von 15 bis 35 Tagen.

Die **Zuschläge sind nicht bereinigungsrelevant**, da sie nicht dem Regelleistungsvolumen unterliegen.

Der Bewertungsausschuss wird hierfür neue Gebührenordnungspositionen (GOP) in den EBM aufnehmen, die derzeit noch nicht bekannt sind. Der Tag der Kontaktaufnahme des Versicherten bei der TSS gilt als erster Zähltag für die Berechnung des gestaffelten prozentualen Zuschlags. Der erste Zähltag geht aus der Terminbuchungsbenachrichtigung hervor, die Sie von der Terminservicestelle bekommen.

- **Termine zur psychotherapeutischen Akutbehandlung** müssen mit Inkrafttreten des Gesetzes innerhalb von zwei, statt bisher vier Wochen, von der TSS vermittelt werden. Patienten benötigen weiterhin eine Bescheinigung, dass eine Akutbehandlung erforderlich ist (PTV 11). Neben der regulär extrabudgetären Vergütung der psychotherapeutischen Akutbehandlung erhalten Psychotherapeuten **ab 1. September 2019** zusätzlich auch einen **Zuschlag** von bis zu 50 Prozent auf die Grundpauschale, der ebenfalls wie oben beschrieben nach der Länge der Wartezeit gestaffelt ist.
- **Hausärzte vermitteln dringende Termine bei Fachärzten**

- seit 11. Mai 2019 Vergütung extrabudgetär für Fachärzte und
- ab September auch für Hausärzte zusätzliche Vergütung

Ab 1. September 2019 erhält der einen **dringenden Termin** vermittelnde Hausarzt oder Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin einen Vergütungsanreiz von 10,07 Euro (93 Punkte) zusätzlich, sofern der erfolgreich vermittelte Termin **innerhalb von vier Kalendertagen** nach Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit durch den Hausarzt liegt. Der Hausarzt erhält den Zuschlag unabhängig davon, ob der Patient den Termin auch tatsächlich wahrgenommen hat. Eine entsprechende Dokumentation in der Patientenakte für die Erfordernis eines „dringenden“ Termins ist aus Sicht der KVBW zu empfehlen. Bei Vermittlung zu unterschiedlichen Arztgruppen, ist der Zuschlag auch mehrfach berechnungsfähig. Wenn der vermittelte Patient bei demselben Facharzt im laufenden Quartal bereits behandelt wurde, lässt sich der Zuschlag nicht berechnen.

Die **Zuschläge sind nicht bereinigungsrelevant**, da sie nicht dem Regelleistungsvolumen unterliegen.

Der Bewertungsausschuss hat hierfür Zuschläge zu den Versichertenpauschalen eingeführt: Die **GOP 03008** für Hausärzte bzw. **GOP 04008** für FA für Kinder- und Jugendmedizin. Die Angabe der Betriebsstättennummer (BSNR) des Überweisungsempfängers ist verpflichtend. Der Eintrag ist im entsprechenden KVDT-Feld (Feldkennung 5003 „(N)BSNR des vermittelten Facharztes“) vorzunehmen.

Vermittelt ein **Hausarzt** einem Patienten einen dringend benötigten Termin bei einem Facharzt, erhält der weiterbehandelnde **Facharzt** alle Leistungen im Arztgruppenfall nach der Vermittlung durch den Hausarzt in voller Höhe **extrabudgetär vergütet**, sofern die Behandlung innerhalb von vier Kalendertagen nach Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit erfolgt.

Der Arztgruppenfall ist durch den annehmenden Facharzt in der Abrechnung im entsprechenden KVDT-Feld als HA-Vermittlungsfall zu kennzeichnen. Der HA-Vermittlungsfall ist außerdem mit der **Pseudo-GOP 99873H** („H“ wie Hausarzt) zu kennzeichnen. Das Anlegen eines gesonderten/duplizierten Abrechnungsscheins ist bei Behandlung durch Ärzte verschiedener Arztgruppen der gleichen Praxis im gleichen Quartal erforderlich (Behandlung außerhalb „Arztgruppenfall“).

Sprechstundenangebot

- **Anzahl der Mindestsprechstunden auf 25 angehoben**

- seit 11. Mai 2019
- kein Vergütungsanreiz

Pro Woche müssen bei vollem Versorgungsauftrag mindestens 25 Stunden Sprechzeit für GKV-Patienten angeboten werden, statt wie bisher 20. Die Zeit für Hausbesuche wird eingerechnet. Abschließende Regelungen zum Sprechstundenangebot sind derzeit noch auf Bundesebene in Diskussion. Wir informieren, sobald hier endgültige Entscheidungen vorliegen.

▪ Teile der Fachärzte müssen offene Sprechstunden anbieten

- ab 1. September 2019
- Vergütung extrabudgetär

Fachärzte, die die grundversorgende und wohnortnahe Patientenversorgung (Augenärzte, Chirurgen, Gynäkologen, HNO-Ärzte, Hautärzte, Kinder- und Jugendpsychiater, Nervenärzte, Neurochirurgen, Neurologen, Orthopäden, Psychiater und Urologen) sicherstellen, müssen mindestens fünf Stunden offene Sprechzeit in der Woche anbieten. Patienten benötigen für diese Sprechzeiten **keine Überweisung**. Für **bis zu fünf offene Sprechstunden** pro Kalenderwoche erfolgt die Vergütung **extrabudgetär**. Die Umsetzung beinhaltet eine Grenze, die praxisbezogen auf Basis der Arztgruppenfälle des Vorjahresquartals bestimmt wird. Pauschal werden 17,5 Prozent dieser Fälle als Grenze festgelegt. Die offenen Sprechstundenzeiten sind durch die KVBW auf deren Homepage anzugeben, ebenso auf den Veröffentlichungsmedien der Praxis, wie z. B. Praxisschild und ggf. Homepage. Möglich ist auch ein Hinweis auf dem Praxisschild auf die Homepage der Praxis bzw. die Homepage der KVBW.

Der Arztgruppenfall ist in der Abrechnung im KVDT-Feld 4103 (Vermittlungsart/Kontaktart) als „Offene Sprechstunde“ zu kennzeichnen und mit **der Pseudo-GOP 998730** („O“ wie offene Sprechstunde) zu versehen. Das Anlegen eines gesonderten/duplizierten Abrechnungsscheins ist bei Behandlung durch Ärzte verschiedener Arztgruppen der gleichen Praxis im gleichen Quartal erforderlich (Behandlung außerhalb „Arztgruppenfall“).

Aufnahme neuer Patienten (Erstkontakt)

▪ Leistungen für neue Patienten bestimmter Fachgruppen

- ab 1. September 2019
- Vergütung extrabudgetär

Bei Patienten, die **noch nie, oder seit mindestens zwei Jahren nicht mehr** von einer Arztgruppe einer **Praxis** behandelt wurden, werden **ab 1. September 2019** alle Leistungen im jeweiligen Arztgruppenfall in voller Höhe vergütet. Die Regelung gilt für folgende Arztgruppen der jeweiligen EBM-Kapitel: 03, 04, 06, 07, 08, 09, 10, 13, 14, 16, 18, 20, 21, 22, 23, 26, 27 und arztgruppenunabhängig im Rahmen schmerztherapeutischer Behandlung nach Abschnitt 30.7 EBM.

Für **Neupraxen** (innerhalb von zwei Jahren nach Gründung) oder bei Gesellschafterwechsel in der Arztpraxis gilt diese Regelung **nicht**.

Die bisherige Behandlung im Rahmen Selektivvertrag führt nicht zur Einstufung Neupatient.

Der Arztgruppenfall ist in der Abrechnung im KVDT-Feld 4103 (Vermittlungsart/Kontaktart) als „Neupatient“ zu kennzeichnen und mit der **Pseudo-GOP 99873E** („E“ wie Erstpatient) zu versehen.

Das Anlegen eines gesonderten/duplizierten Abrechnungsscheins ist bei Behandlung durch Ärzte verschiedener Arztgruppen der gleichen Praxis im gleichen Quartal erforderlich (Behandlung außerhalb „Arztgruppenfall“).

Die Zählung als Neupatient erfolgt nicht je Praxis, sondern je Arztgruppe, allerdings eingegrenzt auf maximal zwei Arztgruppen in einer Praxis. Das heißt in einer Arztpraxis können zwei Arztgruppen, wenn der Patient von diesen nicht innerhalb der letzten zwei Jahre behandelt wurden, eine extrabudgetäre Vergütung im Arztgruppenfall auch quartalsversetzt erhalten.

Bereinigung von Vergütungsanteilen und Leistungsbereichen relativiert Entbudgetierung im Bereinigungszeitraum

Die Vergütung der neuen Leistungen erfolgt extrabudgetär in voller Höhe zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung. Der Gesetzgeber hat einen Bereinigungszeitraum von einem Jahr vorgegeben. Wie die KVBW dies umsetzt, wird noch abschließend bestimmt. Wir werden Sie zeitnah informieren.

Ein echtes Honorarplus mit entsprechender Mehrvergütung kann – durch den Gesetzgeber so vorgesehen – für die genannten Fälle allerdings erst erfolgen, wenn keine Bereinigung des budgetierten Teils der Vergütung mehr erfolgt.

Die ersten bereinigungsrelevanten Quartale bringen finanzielle Herausforderungen hinsichtlich der Vergütung für die weiterhin budgetierten regelhaften Behandlungen. Eine komplette Entbudgetierung, in welchen von den Krankenkassen vollumfänglich Mehrleistungen und Mehrpatienten übernommen werden, findet erst nach diesem Zeitraum statt. Da für die ersten vier Bereinigungsquartale gemäß den Vorgaben im TSVG eine Bereinigung zu Lasten der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) erfolgt, vergüten die Krankenkassen in diesem Bereinigungszeitraum **nur die Preisdifferenz** zur Ausbudgetierung (Quote), jedoch nicht die Mengenentwicklung (Fälle, Leistungen), die in das RLV-Gesamtvolumen eingeht. Das heißt: Alle Leistungen, insbesondere Mehrleistung und zusätzliche Patienten laufen im ersten Jahr gegen das Regelleistungsvolumen (RLV) Ihrer Praxis, welches im Grundsatz auf den Fallzahlen des Vorjahresquartals beruht. Keine Bereinigung findet lediglich bei den Zuschlägen auf die Versicherten- bzw. Grundpauschale statt (Wartzeitzuschläge, Zuschlag Vermittlung Facharzttermin durch Hausarzt). Ebenfalls nicht bereinigt werden Leistungen, die bereits aufgrund von Selektivvertragsteilnahme bereinigt wurden und dem jeweiligen Ziffernkranz zuzuordnen sind.

Ein Mehr an Fällen und Leistungen geht somit in den Bereinigungsquartalen zu Lasten der Preise für die übrigen Leistungen und reduziert in der Folge die MGV und damit auch das RLV der Praxis und im Folgejahr auch den Topf der Fachgruppe für die Patienten, die keiner „TSVG-Ausbudgetierungskonstellation“ entsprechen. Werden innerhalb der Bereinigungsquartale sehr viele Mehrfälle und -leistungen im Rahmen der neuen ausbudgetierten Möglichkeiten abgerechnet, sind rückläufige Vergütungsanteile beim arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen, niedrigere Quoten bei den Freien Leistungen sowie sinkende RLVs also die logische Konsequenz.

Erst nach den Bereinigungsquartalen sind die zuvor ausgeführten Fallkonstellationen tatsächlich Einzelleistungen und werden von den Krankenkassen wirklich zusätzlich zur MGV mit dem tatsächlichen Preis vergütet.

RLV-/QZV-Gesamtvolumen für das 2. und die folgenden Quartale

Der Versand der Information über die Höhe des RLV und QZV für das Quartal 2/2019 erfolgte an die betreffenden Ärzte am 13. März 2019. Am 14. März 2019 wurde das TSVG vom Bundestag verabschiedet.

Somit war es uns zu diesem Zeitpunkt noch nicht möglich, auf die durch das Gesetz vorgegebene und notwendige **Bereinigung** hinzuweisen. Selbstverständlich werden wir für die folgenden Quartale den Vorbehalt in der Information über die Höhe des RLV und QZV um den Zusatz ergänzen, dass eine **nachträgliche Anpassung des RLV-/QZV-Gesamtvolumens zwangsläufig anlässlich des TSVG** erfolgt (aufgrund der im

Zusammenhang mit der Bereinigung der MGV (Ausbudgetierung) gem. § 87a Abs. 3 Satz 7 SGB V notwendigen arztindividuellen Bereinigung um die extrabudgetär zu vergütenden Leistungen).

In den Bereinigungsquartalen muss das mitgeteilte RLV und QZV aufgrund der gesetzlichen Regelung im Umfang der erbrachten neuen extrabudgetären Behandlungen bereinigt werden. Das heißt: **Die Leistungen der ausbudgetierten Fälle reduzieren in den Bereinigungsquartalen Ihr RLV-QZV-Gesamtvolumen.** Diese werden Ihnen aber nach dieser Bereinigung in voller Höhe vergütet. Damit bleibt Ihr Honorar gleich – in den Bereinigungsquartalen geringfügig um die Preisdifferenz erhöht. In Folgequartalen werden die extrabudgetären Fälle nicht für die Bemessung Ihrer RLV-relevanten Fallzahl herangezogen, sodass sich diese reduziert. Da aber alle dann neuen extrabudgetären Fälle gemäß **TSVG** vergütet werden, ist, wenn die Zahl dieser extrabudgetären Fälle den bereinigten Fällen entspricht oder darüber liegt, mit einer ansteigenden Vergütung zu rechnen. Dann werden alle neuen extrabudgetären Fälle des TSVG zusätzlich ohne neue Bereinigung vergütet.

Dies bitten wir dringend zu beachten!

Ansprechpartner:

Abrechnungsberatung, Telefon **0711 7875-3397** oder E-Mail an abrechnungsberatung@kvbawue.de