

Aktuelle Informationen des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg

Ausgabe 53 vom 27. Juni 2019

Rundschreiben des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg

Liebe Mitglieder der KV Hamburg,

ein Telegramm der KV unmittelbar vor den Sommerferien vermeiden wir eigentlich – schließlich ist wohlverdiente Erholung angesagt. Aber die nachfolgenden Informationen wollten wir Ihnen denn doch nicht vorenthalten. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband der Krankenkassen haben sich auf die meisten Einzelheiten zur Umsetzung des „Terminservice- und Versorgungsgesetzes“ (TSVG) geeinigt.

Die Einigungen entsprechen weitestgehend den Forderungen der KBV und der KVen. Damit besteht eine realistische Möglichkeit, den zusätzlichen Aufwand, den die TSVG-Regelungen erfordern, auch voll finanziert zu bekommen – und mittelfristig die Chance, das Budget endlich los zu werden.

Unser Rat ist, sich die Regelungen anzuschauen und sie dort, wo es bereits in Ihren Praxisalltag passt, auch zu nutzen. Praxisabläufe komplett umzustellen, halten wir für verfrüht, da einige Bestimmungen erst zum 1. Januar 2020 in Kraft treten und vor allem weitere Unterstützungsmaßnahmen der KVen erst zu einem späteren Zeitpunkt eingeführt werden können – vor allem ein Ausbau der Terminplattform. Sollten Sie insoweit Beratungsbedarf haben, können Sie uns gerne ansprechen.

Dieses Telegramm soll Ihnen deshalb zunächst nur eine erste Orientierung geben. Ausführliche Informationen erhalten Sie schriftlich und in Veranstaltungen nach den Sommerferien, wenn die noch fehlenden Einzelheiten festgelegt sind. Schon das, was bereits jetzt feststeht, reicht aber, um einigermaßen beruhigt in den Urlaub fahren zu können: der „Zuckerbrot-Teil“ des TSVG ist umgesetzt worden. Jetzt liegt es an uns, die Chancen zu nutzen, damit wir daran arbeiten können, den „Peitschen-Teil“ zurückzufahren.

In diesem Sinne wünschen wir Ihnen erholsame Sommerwochen!

Der Vorstand der KV Hamburg

Walter Plassmann
Caroline Roos

►► TSVG-Details weitgehend festgelegt

Mit der Einigung zwischen KBV und Krankenkassen sind die Details zur Umsetzung weitgehend festgelegt. Die einzelnen Maßnahmen treten zu unterschiedlichen Zeiten in Kraft - ein Teil gilt bereits seit dem 11. Mai 2019, dem Tag, an dem das Gesetz in Kraft trat, ein zweiter Teil zum 1. September 2019, der letzte zum 1. Januar 2020.

Die einzige wirkliche systematische Neuerung, mit der die Ärzte konfrontiert werden, ist die Einführung des „Arztgruppenfalls“. Während ein „Fall“ seit alters her definiert ist als „Eine Praxis - Ein Patient - Ein Quartal - Eine Krankenkasse“ wird der Teil „Eine Praxis“ im Arztgruppenfall ersetzt durch „Ein Arzt derselben Arztgruppe in der Praxis“.

Konkret bedeutet dies, dass wenn - gleich, aus welchem Grund - die Honorierung für die Behandlung eines Patienten durch das TSVG extrabudgetär gestellt wird, in einer Einzelpraxis oder einer Gemeinschaftspraxis mit Ärzten derselben Arztgruppe der gesamte Fall extrabudgetär gezahlt wird. In einer fachübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) oder einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) werden nur die Leistungen extrabudgetär bezahlt, die von Ärzten derjenigen Fachgruppe erbracht wurden, bei der der Patient in der Praxis angenommen wurde, mit anderen Worten, bei der Fachgruppe die Grund-, Versicherten- oder Konsiliarpauschale abrechnet. Ist es nötig, den Patienten innerhalb der Praxis durch einen Kollegen einer anderen Fachgruppe weiter oder zusätzlich behandeln zu lassen, fallen diese Leistungen nicht mehr unter eine Extrabudgetär-Stellung durch das TSVG (Ausnahme: Neupatient, siehe weiter unten).

Die Regelungen des TSVG können nicht von allen Fachgruppen in Anspruch genommen werden; der Beschluss spricht von „TSVG-Fachgruppen“. Ausgeschlossen sind einige wenige Fachgruppen ohne regelhaften direkten Patientenkontakt wie Laborärzte, Transfusionsmediziner und Pathologen. Für die Regelungen der „offenen Sprechstunde“ und der „Neupatienten“ gelten gesonderte Fachgruppen-Definitionen. Sie sind weiter unten aufgeführt.

Das TSVG sieht mehrere Fallkonstellationen vor, bei denen die im Rahmen eines Arztgruppenfalls erbrachten Leistungen nach den vollen Preisen der Hamburger Gebührenordnung bezahlt werden.

Patient wird über die Terminservicestelle vermittelt („TSS-Terminfall“)

Alle Leistungen für Patienten, die seit dem 11. Mai 2019 - dem Inkrafttreten des TSVG - über die Terminservicestelle (TSS) bei einem Arzt oder Psychotherapeuten behandelt werden, werden im Arztgruppenfall extrabudgetär vergütet. Dies gilt auch für alle durch die TSS vermittelten Patienten, also auch für Vermittlungen ohne Überweisungscode. Nötig ist die Kennzeichnung des Falles bei Anlegung im Praxisverwaltungssystem (PVS) in der Abrechnung. Hier muss im Feld Vermittlungsart die Kennzeichnung TSS-Terminfall ausgewählt werden.

Die bisherigen Regelungen zur TSS bleiben bestehen, das heißt, es ist eine Überweisung mit Überweisungscode nötig. Hiervon ausgenommen sind Termine für die Hausärzte, die Kinderärzte, die Augenärzte, die Frauenärzte und die psychotherapeutische Sprechstunde.

Zuschläge für TSS-Terminfälle

Ab dem 1. September 2019 wird es neben der extrabudgetären Vergütung Zuschläge geben, wenn der von der TSS vermittelte Termin in bestimmten Zeitfenstern erfolgt. Die Zuschläge werden gewährt auf die Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale, zudem bei Früherkennungsuntersuchungen durch Kinderärzte. Der Tag der Kontaktaufnahme bei der TSS gilt als erster Zähltag für die Berechnung der Staffelung. Diese gestaltet sich wie folgt:

- Zwischen dem 1. und 8. Kalendertag: 50 %
- Zwischen dem 9. und 14. Kalendertag: 30 %
- Zwischen dem 15. und 35. Kalendertag: 20 %

Die Fälle müssen entsprechend in der Abrechnung gekennzeichnet werden. Hierzu werden zukünftig Zuschlagsleistungen in den EBM aufgenommen. Die KV prüft summarisch die an die Praxis vermittelten TSS-Fälle mit den entsprechend abgerechneten Fällen.

Vom Hausarzt vermittelter Fall

Wenn der Hausarzt für einen Patienten aus „dringenden medizinischen Gründen“ direkt einen Termin bei einem Facharzt vereinbart, erhält er für die Vermittlung einen Zuschlag auf die Versichertenpauschale, der mit 10,21 Euro extrabudgetär vergütet wird. Der Zuschlag ist als EBM-Regelung vereinbart, erhöht sich also immer, wenn der Orientierungspunktwert angehoben wird.

Der vereinbarte Termin muss innerhalb von vier Kalendertagen nach Kontaktaufnahme durch den Hausarzt liegen. Der Hausarzt muss den Termin nicht persönlich vereinbaren; er muss lediglich sicherstellen, dass der Facharzt den Termin bestätigt hat. Ist dies gewährleistet, wird der Zuschlag bezahlt, auch wenn die Behandlung beim Facharzt nicht stattgefunden hat – weil der Patient beispielsweise den Termin nicht wahrgenommen hat.

Der Hausarzt kennzeichnet den Fall durch Abrechnung der Zuschlagsleistung und hinterlegt die BSNR der Facharztpraxis, an den der Patient vermittelt wurde. Eine Plausibilitätsprüfung erfolgt, wenn die derart gekennzeichneten Fälle mehr als 15 Prozent aller abgerechneten Fälle der Praxis ausmachen. Diese Regelung gilt ab dem 1. September 2019.

Für den Facharzt ist der Arztgruppenfall bereits seit dem 11. Mai 2019 extrabudgetär abrechnungsfähig. Auch hier gilt nun die oben genannte „Vier-Tages-Frist“. Er kennzeichnet den Fall in der Abrechnung als „Hausarzt-Vermittlungsfall“; eine entsprechende Kennung ist in den PVS implementiert.

Der neue Patient

Ärzte oder Psychotherapeuten, die ab dem 01. September 2019 einen neuen Patienten behandeln, erhalten alle Leistungen im Arztgruppenfall extrabudgetär honoriert. Ein Patient gilt dann als „neu“, wenn er noch nie oder mindestens acht vorherige Quartale nicht in der Praxis war. In fachübergreifenden BAG oder MVZ gilt bei maximal zwei TSVG-Fachgruppen diese Regelung, für jede weitere Fachgruppe innerhalb der Praxis/MVZ gilt der Patient bei einer Mitbehandlung nicht mehr als „neu“. Die Fallkonstellation dürfte äußerst selten sein.

Ein Patient gilt ebenfalls nicht als „neu“, wenn er zuvor in einem Selektivvertrag (beispielsweise der hausarztzentrierten Versorgung) behandelt wurde, oder wenn er die Krankenkasse wechselt. Schließlich gilt ein Patient auch dann nicht als „neuer Patient“, wenn er durch einen Arzt oder Psychotherapeuten behandelt wird, der eine Praxis übernommen oder eine neue gegründet hat. Für diese Praxen greift die „Neu-Patient-Regelung“ erst ab dem 9. Quartal der Tätigkeit. Bei einem reinen Gesellschafterwechsel greift die Regelung gar nicht.

Die „Neu-Patienten-Regelung“ gilt für alle „TSVG-Fachgruppen“ mit Ausnahme:

- Humangenetik
- MKG
- Radiologie
- Strahlentherapie
- Nuklearmediziner
- Anästhesisten – wenn diese anästhesistisch (und nicht schmerztherapeutisch) tätig sind.

Offene Sprechstunden

Folgende Fachgruppen müssen eine offene Sprechstunde anbieten:

- Augenärzte
- Chirurgen
- Frauenärzte
- Hals-, Nasen-, Ohrenärzte
- Hautärzte
- Kinder- und Jugendpsychiater
- Neurologen / Psychiater / Ärzte für Nervenheilkunde
- Neurochirurgen
- Orthopäden (und Unfallchirurgie)
- Urologen

Die offene Sprechstunde muss mindestens fünf Stunden (je Vollzeitäquivalent) in der Woche umfassen und bekannt gemacht werden. Einzelheiten zur Ausgestaltung und zur Art der Mitteilung stehen noch nicht fest. Der Gesetzgeber hat die KVen dazu verpflichtet, im Internet bundeseinheitlich über die Sprechstunden zu informieren. Wir gehen davon aus, dass die Meldung zu einem späteren Zeitpunkt über das Online-Portal der KV Hamburg erfolgen wird.

Patienten, die in der offenen Sprechstunde behandelt werden, können extrabudgetär abgerechnet werden. Dies gilt für das gesamte Quartal und nicht nur für Leistungen in der offenen Sprechstunde. KBV und Kassen haben sich hierfür auf ein summarisches Verfahren geeinigt: Bis zu 17,5 % der Arztgruppenfälle des Vorjahresquartals werden extrabudgetär vergütet. Die Fälle müssen gekennzeichnet werden; Einzelheiten hierzu stehen noch aus.

Die Regelung zur offenen Sprechstunde gilt ab dem 1. September 2019.

Akut-TSS-Fälle

Leistungen für Patienten, die wegen einer akuten Behandlung einen kurzfristigen Termin bei einem Arzt oder einem Psychotherapeuten erbitten, werden extrabudgetär vergütet, zuzüglich einer Pauschale in Höhe von 50 % der jeweiligen Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale. Diese Leistung gilt ab dem 01. Januar 2020. Diese Patienten haben keinen Überweisungscode und es wird durch das Erstein-schätzungssystem „SmED“ geprüft, wie dringlich ihr Fall ist. Der Zuschlag wird ausgelöst, wenn der Patient spätestens am Tag nach der Kontaktaufnahme mit der TSS behandelt wird. Der Arzt kennzeichnet den Fall in der Abrechnung als „TSS-Akutfall“; eine entsprechende Kennung ist in den PVS implementiert.

Bereinigung

Für alle extrabudgetär zu zahlenden Leistungen (mit Ausnahme der Zuschläge) ist eine Bereinigung durchzuführen, die auf vier Quartale begrenzt ist und von denjenigen Ärzten getragen werden muss, die TSVG-Fälle ausgelöst haben. Eine Bereinigung erfolgt nicht für die Leistungen, die ohnehin der extrabudgetären Vergütung zugeordnet sind. Die Bereinigungszeiträume wurden auf der Bundesebene wie folgt festgesetzt.

- Für die seit dem 11. Mai bestehende Regelung des Hausarztvermittlungs falls gelten die Quartale 3/2019 bis 2/2020,
- für den TSS-Terminfall die Quartale 4/2019 bis 3/2020
- für die Regelung zum „Neupatient“ und die offene Sprechstunde liegt der Zeitraum auf den Quartalen 4/2019 bis 3/2020 und
- für den TSS-Akutfall 1/2020 bis 4/2020.

Außerhalb der oben genannten Zeiträume werden alle extrabudgetären Gelder gezahlt, ohne dass das Budget gekürzt wird.

Die Vertreterversammlung der KV Hamburg hat bereits beschlossen, bei der Umsetzung im Abrechnungsquartal in den betreffenden Arztgruppenfällen die Differenz bis zum vollen Preis der Hamburger Gebührenordnung aufzuschlagen. Das Leistungs-

budget des nachfolgenden Jahres wird dann um den Umfang vermindert, der gegolten hätte, wenn es keine Extrabudgetär-Stellung gegeben hätte. Liegt die Auszahlungsquote der Abrechnung eines Arztes beispielsweise bei 80 %, dann wird sein Leistungsbudget des Folgejahresquartals um diese 80 % je TSVG-Fall gekürzt.

Die KV Hamburg wird Sie nach den Sommerferien ausführlich über diese und die noch zu treffenden Regelungen informieren. Wir werden zudem die Berufsverbände und die Gremien der KV ausführlich über die Neuregelungen in Kenntnis setzen.

►► Honorarkürzung bei Nichtanbindung an die Telematikinfrastuktur (TI)

In Abstimmung mit der KBV wurden die konkreten Regularien für Honorarkürzungen bei Nichtanbindung an die Telematikinfrastuktur (TI) festgelegt.

- Wer seit 1. Januar 2019 sein Versichertenstammdatenmanagement durchführt, ist nicht von Honorarkürzungen betroffen.
- Wer die notwendigen Komponenten für den Anschluss an die TI bis 31. März 2019 verbindlich bestellt und diese Bestellung auch gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung nachgewiesen hat, bekommt für das 1. und 2. Quartal 2019 keine Honorarkürzung (dies unter Vorbehalt bis zur abschließenden juristischen Klärung). Der Nachweis, dass der Anschluss verbindlich bestellt wurde, gilt in Hamburg als erbracht, wenn Sie die Bestellung im Onlineportal bei Abgabe Ihrer Abrechnung für das 1. Quartal 2019 bestätigt haben.
- Wer die Komponenten für den TI-Anschluss nicht bis 31. März 2019 bestellt hat, bekommt einen Honorarabzug rückwirkend ab dem 1. Quartal bis einschließlich des Quartals, in dem der Versichertenstammdatenabgleich erstmals durchgeführt wurde.
- Wer ab dem 1. Juli 2019 keinen Versichertenstammdatenabgleich durchführt, aber bis 31. März 2019 bestellt hat, bekommt einen Honorarabzug ab dem 3. Quartal - bis einschließlich des Quartals, in dem der Versichertenstammdatenabgleich erstmals durchgeführt wurde.

►► ►► EBM-Reform kommt wohl zum 1. Januar 2020

Zum Anfang nächsten Jahres wird die seit sechs Jahren(!) diskutierte EBM-Reform wohl kommen. KBV und Krankenkassen verhandeln aktuell über eine „kleine Reform“, bei der es im Wesentlichen um die Anpassung der Kalkulationszeiten geht. Die KBV möchte darüber hinaus erreichen, dass der kalkulatorische Arztlohn, der seit 2013 nicht angepasst wurde, erhöht wird. Schließlich muss die Vorgabe des TSVG umgesetzt werden, technische Leistungen zugunsten von „sprechender Medizin“ abzuwerten.

Die KBV verfolgt das Ziel, unvermeidliche Umverteilungen zwischen und innerhalb der Fachgruppen möglichst klein zu halten. Feststehen dürfte allerdings, dass Radiologen und Nuklearmediziner Abwertungen zu erwarten haben, Psychiater und Nervenärzte dagegen spürbare Aufschläge. Eine Entscheidung wird bis zum Herbst erwartet, schlussendlich aber wohl im Schiedsamt, weil die Positionen von KBV und Kassen sehr weit auseinanderliegen.

►► Beendigung Tonsillotomie-Vertrag mit der Barmer

Der Vertrag nach § 73c SGB V über die Durchführung der Tonsillotomie zwischen BARMER und KVH wird zum 30. Juni 2019 im gegenseitigen Einvernehmen aufgehoben, da der G-BA mit Beschluss vom 20. September 2018 die Aufnahme der Leistung „Tonsillotomie bei Hyperplasie der Tonsillen“ in den Leistungskatalog der GKV beschlossen hat.

Der Bewertungsausschuss hat mit Beschluss vom 19. Juni 2019 die Methode der Tonsillotomie bei Hyperplasie der Tonsillen in den EBM aufgenommen. Die Vorgaben des G-BA wurden durch die Aufnahme einer neuen Zeile in den Anhang 2 zum EBM mit Wirkung zum 1. Juli 2019 umgesetzt.

Für Patienten, deren Operation vor dem Beendigungszeitpunkt des BARMER-Vertrages durchgeführt wurde, können ausnahmsweise die vertraglich vereinbarten Nachuntersuchungen auch noch nach dem Beendigungszeitpunkt erbracht und abgerechnet werden. Die Abrechnung muss in diesem Falle spätestens 6 Monate nach Abschluss der Operation erfolgen. Andernfalls verfällt der Vergütungsanspruch.

►► **Abrechnung Schulungsmaterial im DMP Asthma/COPD**

Die Krankenkassen-/verbände und die KVH haben sich verständigt, dass die Beschränkung der Abrechenbarkeit der Kosten für Schulungsmaterial auf bestimmte Schulungsprogramme aufgehoben wird. Ab dem 1. Juli 2019 können die Kosten für das Schulungsmaterial (GOP 99437) für alle vereinbarten Schulungsprogramme i.H.v. 9,50 EUR einmal je Schulungsteilnehmer abgerechnet werden. Unverändert ist die GOP 99437 nicht für Nachschulungen abrechenbar.

►► **Amtliche Veröffentlichungen**

Auf der Website der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg www.kvhh.de wird unter der Rubrik „Recht und Verträge / Amtliche Bekanntmachung“ Folgendes bekannt gegeben:

Verträge

- Vertrag zur Verbesserung der Versorgungsqualität von Versicherten mit entzündlichrheumatischen Erkrankungen gem. § 84 Abs. 1 S. 5 SGB V mit der BARMER (Hinweis: Die Veröffentlichung steht unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung des Vertrages; das Unterschriftenverfahren wird derzeit durchgeführt.)
- Vertrag gemäß § 84 Absatz 1 Satz 5 SGB V zur Stärkung der Arzneimitteltherapiesicherheit bei der oralen Antikoagulation „Vitamin K-Antagonisten Therapie“ mit dem BKK-Landesverband NORDWEST
- 1. Nachtrag zur Vereinbarung „Gesund schwanger“ nach § 140a SGB V zur Vermeidung von Frühgeburten (Hinweis: Die Veröffentlichung steht unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung des Vertrages; das Unterschriftenverfahren wird derzeit durchgeführt.)
- 1. Nachtrag zum DMP Asthma bronchiale sowie COPD nach § 137f SGB V (Hinweis: Die Veröffentlichung steht unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung des Vertrages; das Unterschriftenverfahren wird derzeit durchgeführt.)

Hinweis: Beendigung von Verträgen

- Aufhebungsvereinbarung zum Vertrag nach § 73c SGB V über die Durchführung der Tonsillotomie mit der BARMER zum 30.06.2019 (Hinweis: Die Veröffentlichung steht unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung des Vertrages; das Unterschriftenverfahren wird derzeit durchgeführt.)

Sollte eine Einsichtnahme im Internet nicht möglich sein, stellen wir Ihnen gern den entsprechenden Ausdruck zur Verfügung. Bitte sprechen Sie uns hierzu an.

Für Fragen zu allen KV-Themen - auch zu den in diesem Telegramm genannten:

Infocenter der KV Hamburg, Telefon 22802-900 Fax 22802-885,

e-mail-Adresse: infocenter@kvhh.de

Telegramm + auch + unter + www.kvhh.de + im + Internet