

Aktuelle Informationen der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg

Ausgabe vom 13.06.2019 – Sonderausgabe zum TSVG

- Neuerungen im Überblick
- Neuerungen bei TSS-Terminfällen – ab 11.05.19 in Kraft
- Extrabudgetäre Vergütung für Fachärzte im HA-Vermittlungsfall – ab 11.05.19 in Kraft
- Neue Regelungen zu den Mindest-Sprechstundenzeiten – ab 11.05.19 in Kraft
- Fünf offene Sprechstunden für bestimmte Facharztgruppen - voraussichtlich ab Sept. 2019
- Zuschläge zur VP/GP für TSS-Terminfälle – voraussichtlich ab Sept. 2019
- Extrabudgetäre Vergütung für neue Patienten - voraussichtlich ab Sept. 2019
- Mindestens 10 € für Haus- und Kinderärzte bei Vermittlung zum Facharzt - voraussichtlich ab Sept. 2019
- Weiterführende Informationen zum TSVG

Neuerungen im Überblick

Ab 11. Mai 2019

- Extrabudgetäre Vergütung für TSS-Terminfälle
- Terminvermittlung durch TSS auch zu Haus- und Kinderärzten
- Meldepflicht von Terminen an die TSS
- TSS vermittelt psychotherapeutische Akutbehandlung innerhalb von zwei Wochen
- Extrabudgetäre Vergütung für Fachärzte bei Vermittlung durch Haus- und Kinderärzte
- 25 Mindest-Sprechstunden pro Woche
- Internetveröffentlichung zu Sprechzeiten und Barrierefreiheit der Vertragsarztpraxen

Ab Sept. 2019 (voraussichtl.)

- Zuschläge zur Versicherten- / Grundpauschale für TSS-Terminfälle
- Extrabudgetäre Vergütung für neue Patienten (bestimmte Arztgruppen)
- 10 € für Haus- und Kinderärzte bei Vermittlung eines Termins zum Facharzt
- 5 offene Sprechstunden (grundversorgende Fachärzte; extrabudgetäre Vergütung)

Ab Jan. 2020 (voraussichtl.)

- TSS rund um die Uhr unter der Telefonnummer 116 117 erreichbar
- Vermittlung von Akutfällen inkl. Ersteinschätzung durch die TSS
- EBM-Reform

▪ Ab Okt. 2020 (voraussichtl.)

- Blanko-Verordnungen für Heilmittel

Ab Jan. 2021 (voraussichtl.)

- Krankenkassen müssen ePatientenakten anbieten
- Elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

Ab Jan. 2022 (voraussichtl.)

- Ambulante Kodierrichtlinien

Neuerungen bei TSS-Terminfällen – ab 11.05.19 in Kraft

Ab dem 11.05.2019 erhalten Sie für Patienten, die aufgrund einer Terminvermittlung durch die Terminservicestelle Ihre Praxis aufsuchen, eine finanzielle Förderung.

Zudem sind ab diesem Zeitpunkt auch Haus- und Kinderärzte dazu verpflichtet, Termine an die Terminservicestelle zu melden.

Meldung der Termine an die TSS

Unter dem Menüpunkt „Anwendungen“ erreichen Sie im Online-Portal die „Terminservicestelle“ der KV.

Hierüber können Sie Termine einstellen und eine Benachrichtigungsfunktion aktivieren, um über gebuchte Termine informiert zu werden.

Außerdem können die Patientendaten bei einem gebuchten Termin eingesehen werden.

Im TSS-Kalender können Sie individuell einstellen, wie lange der von Ihnen gemeldete Termin freigehalten wird. Momentan ist eine Zeitspanne zwischen ein und sieben Kalendertagen vor dem Termin möglich. Der Buchungsabstand sagt aus, bis wie viele Tage vor dem Termin dieser für die TSS zur Vergabe an Patienten zur Verfügung steht. Wurde der Termin bis zum angegebenen Zeitpunkt nicht über die Terminservicestelle vermittelt, steht er Ihnen wieder für Ihre eigenen Patienten zur Verfügung.

Bitte beachten Sie hierzu auch den Abschnitt „Zuschläge zur VP/GP für TSS-Terminfälle“.

Abweichend davon gilt für Psychotherapeuten, dass Termine für Akutbehandlungen und für die Probatorik nicht über das Online-Portal eingetragen und vermittelt werden. Die KVH folgt damit dem Wunsch der Psychotherapeuten, wonach einem Patienten, der die Voraussetzung zur Vermittlung eines Akutbehandlungs- oder Probatoriktermins über die TSS erfüllt, lediglich die Telefonnummer eines Psychotherapeuten gegeben wird.

Abwesenheiten, wie z. B. Fortbildungen oder Urlaub, sollten bei der Einstellung der Termine berücksichtigt werden. Wenn ein Termin durch

die TSS bereits vergeben wurde, der dann von Ihrer Seite aus nicht eingehalten werden kann, ist es erforderlich, dass Sie sich mit dem Patienten in Verbindung setzen und ihm innerhalb der gesetzlichen Frist einen Alternativtermin anbieten. Die Kontaktdaten des Patienten können der TSS-Datenbank entnommen werden.

In der nachfolgenden Tabelle finden Sie u. a. eine Übersicht über die Mindestanzahl der Termine, die je Arzt im Monat gemeldet werden muss. Das bedeutet, dass von Ihnen auch mehr Termine zur Verfügung gestellt werden können, als die dort aufgeführten. Beachten Sie bitte hierzu, dass zur Verfügung gestellte Termine je nach eingestelltem Buchungsabstand entsprechend frei gehalten werden müssen.

Arztgruppe	Anzahl zu meldender Termine je Arzt (mindestens)*	Überweisung / Code	Wartezeit	Meldung über das Online-Portal erforderlich
Hausärzte	1 Termin / Monat je Hausarzt	nein	4 Wochen	ja
Kinderärzte (hausärztlich tätig)	1 Termin / Monat je Kinderarzt und 1 U-Untersuchungstermin / Monat je Kinderarzt	nein	4 Wochen (Der Termin zur Vorsorgeuntersuchung richtet sich nach dem Alter des Kindes und findet nach Bedarf statt.)	ja

Kinderärzte (fachärztlich tätig)	1 Termin / Monat je Kinderarzt im Spezialgebiet	nein	4 Wochen	ja
Augenärzte, Frauenärzte	1 Termin / Monat je Arzt	nein	4 Wochen	ja
Rheumatologen	3 Termine / Monat je Arzt	ja	4 Wochen	ja
Endokrinologen, Neurologen, Psychiater und Nervenärzte	2 Termine pro Monat je Arzt	ja	4 Wochen	ja
Alle anderen Fachärzte	1 Termin / Monat je Arzt	ja	4 Wochen	ja
Psychotherapeuten	2 Termine für PT-Sprechstunde / Monat je Psychotherapeut	nein	4 Wochen	ja
	1 Termin nach Bedarf für Akutbehandlung je Psychotherapeut	ja (PTV 11)	2 Wochen	nein
	1 Termin für Probatorik nach Bedarf je Psychotherapeut	ja (PTV 11)	4 Wochen	nein

* Bitte beachten Sie, dass die Höhe der zu meldenden Termine unabhängig vom Versorgungsauftrag ist.

Kennzeichnung in der Abrechnung

Wurde ein Termin über die Terminservicestelle an Ihre Praxis vermittelt, legen Sie den Patienten in der Praxissoftware mit der Scheinuntergruppe 24 an und kennzeichnen den Schein im vorgesehenen Auswahlfeld als „TSS-Terminfall“.

Da Hausärzte, Kinderärzte, Augenärzte und Frauenärzte bei TSS-Terminfällen ohne Überweisung tätig werden dürfen, kann der Patient in der Praxissoftware als ambu-

lanter Schein angelegt werden (Scheinuntergruppe 00). Auch hier ist die Auswahl „TSS-Terminfall“ im entsprechenden Feld anzugeben. Entsprechendes gilt für Psychotherapeuten bei der psychotherapeutischen Sprechstunde.

Ein Patient kann nicht als TSS-Terminfall abgerechnet werden, wenn der Termin nicht über die TSS vermittelt wurde. D. h., dass ein Patient, der zu Ihnen in die Praxis

kommt und z. B. eine Überweisung mit einem Dringlichkeitscode bei Ihnen vorlegt, nur dann als TSS-Fall gekennzeichnet werden darf, wenn der Termin tatsächlich über die Terminservicestelle an Sie vermittelt wurde.

Wenn der Patient in einem Quartal sowohl aufgrund einer Vermittlung über die Terminservicestelle als auch wegen einer anderen Diagnose mit einem regulären Termin bei Ihnen in Behand-

lung war, so ist die Versicherung-, Grund- oder Konsiliarpauschale auf dem Fall mit dem jeweils ersten Arzt-Patienten-Kontakt im Quartal abzurechnen. Unabhängig davon ist noch in Klärung, ob es sich dann insgesamt um einen TSS-Terminfall handelt.

Sollten Sie Ihre Abrechnung derzeit noch manuell bei der KV Hamburg einreichen, so legen Sie Ihrer Abrechnung zunächst bitte eine Auflistung der Patienten bei, die Sie im Rahmen der TSS-Vermittlung behandelt haben. Bitte beachten Sie, dass wir aufgrund derartiger Neuerungen nochmal dazu raten möchten, sich an die Telematikinfrastruktur anzubinden.

Was Überweiser wissen müssen

Als Überweiser obliegt es i. d. R. Ihnen, ob Sie eine Überweisung als dringlich erachten. Jedoch sind hierzu noch Regelungen im Bundesmantelvertrag zu treffen.

Grundsätzlich gilt, dass verschiebbare Untersuchungen, wie Früherkennungsuntersuchungen (ausgenommen U-Untersuchungen) und Verlaufskontrollen bei medizinisch nicht akuten Erkrankungen nicht als dringlich anzusehen sind. Gleiches gilt

für Bagatellerkrankungen. Eine solche liegt vor, wenn ein Zuwarten von mehr als vier Wochen hingenommen werden kann. Ist ein Behandlungstermin aus Ihrer Sicht dringend erforderlich, so stellen Sie dem Patienten eine Überweisung aus und versehen diese mit einem Dringlichkeitscode. Sollten Ihre Codes aufgebraucht sein, können Sie über das Infocenter neue anfordern.

Es können lediglich Erstvorstellungstermine bei Fachärzten vermittelt werden, also keine direkten Untersuchungs- oder Gerätetermine.

Bitte achten Sie darauf, dass Sie auf der Überweisung konkret definieren, zu welcher Arztgruppe der Patient über die TSS vermittelt werden soll. *Beispiel:* Wenn Sie einen Patienten an einen Rheumatologen überweisen wollen, so spezifizieren Sie Ihre Angabe bitte dahingehend, ob es sich um einen internistischen oder orthopädischen Rheumatologen handeln soll.

Anders als bei der Vermittlung von psychotherapeutischen Erstgesprächen wird bei der Vermittlung von Akutbehandlungen und Probatorik ein Überweisungscode zur Veranlassung benötigt (auf dem PTV 11). Die Ausgabe

ist ausschließlich Psychotherapeuten vorbehalten. Eine Vermittlung von Therapieplätzen ist ausgeschlossen.

Vergütung

Derzeit ist noch nicht abschließend geklärt, welche Leistungen im Rahmen des TSS-Terminfalls extrabudgetär vergütet werden.

So gibt das SGB V vor, dass Leistungen im Behandlungsfall, die aufgrund der Vermittlung durch die Terminservicestelle erbracht werden, außerhalb der vereinbarten Gesamtvergütung mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung zu vergütet sind.

Eine weitere Möglichkeit besteht darin, dass der gesamte Behandlungsfall bei einer erfolgreichen Terminvermittlung durch die Terminservicestelle extrabudgetär vergütet wird. In § 21 Abs. 1 BMV-Ä ist ein Behandlungsfall definiert als Behandlung desselben Versicherten durch dieselbe Arztpraxis in einem Kalendervierteljahr zu Lasten derselben Krankenkasse.

Hierzu lässt sich derzeit sagen, dass Leistungen, die aufgrund der Vermittlung über die TSS erbracht werden, definitiv extrabudgetär vergütet werden. Ob dies alle Leis-

tungen des Behandlungsfalls betrifft, ist derzeit noch auf Bundesebene in Klärung.

Bereinigung: Die extrabudgetäre Vergütung der TSS-Terminfälle geht gleichzeitig für die ersten vier Quartale nach Inkrafttreten des Gesetzes mit einer Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) einher. Infolgedessen können sich Auswirkungen auf die Leistungsbudgets ergeben.

Erhöht sich im darauffolgenden Jahr die Zahl der TSS-Terminfälle, werden diese durch die Kassen vollständig extra bezahlt. Eine nochmalige Bereinigung findet nicht statt.

Die Details sowie der Bereinigungsbeschluss liegen derzeit noch nicht vor.

Für den TSS-Terminfall beginnt der Bereinigungszeitraum ab dem Quartal 4/2019

und dauert bis einschließlich 3/2020 an.

Jobsharing-Praxen

Zum jetzigen Zeitpunkt steht noch nicht fest, ob Leistungen, die im Rahmen des TSS-Falls zu vollen Preisen vergütet werden, bei der Berechnung der Leistungsmengenbegrenzung einbezogen werden. Sobald uns abschließende Informationen vorliegen, werden wir erneut berichten.

Extrabudgetäre Vergütung für Fachärzte im HA-Vermittlungsfall – ab 11.05.19 in Kraft

Ab dem 11.05.2019 erhalten Fachärzte für erfolgreich durch Hausärzte oder Kinderärzte vermittelte Termine eine finanzielle Förderung. Voraussetzung hierfür ist, dass es sich um einen „aus medizinischen Gründen dringend erforderlichen Behandlungstermin“ handelt. Hierunter fallen also keine planbaren Behandlungen, Vorsorgetermine oder Bagatellerkrankungen.

Damit sich der Facharzt bei Weiterbehandlung den Behandlungsfall als HA-Vermittlungsfall kennzeichnen darf, muss der Termin zuvor konkret mit der Haus- bzw.

Kinderarztpraxis vereinbart worden sein.

Kennzeichnung in der Abrechnung

Wurde ein Termin erfolgreich organisiert, stellt der Haus-/Kinderarzt eine Überweisung für den Patienten aus. HA-Vermittlungsfälle können also nur mittels Überweisung erfolgen.

Der Facharzt legt den Patienten in seiner Praxissoftware auf der Scheinuntergruppe 24 an und kennzeichnet den Fall als „HA-Vermittlungsfall“. Sollte Ihnen diese Auswahl in Ihrem PVS noch nicht zur Verfügung stehen, dann

wenden Sie sich bitte an Ihr Softwarehaus.

Wenn der Patient im selben Quartal bereits ohne HA-Vermittlung bei Ihnen in der Praxis vorstellig war und Sie hierfür einen ambulanten Schein angelegt hatten, dann legen Sie den Patienten, wenn er Ihre Praxis dann aufgrund der HA-Vermittlung erneut aufsucht, als Überweisungsschein an und kennzeichnen Sie diesen als HA-Vermittlungsfall. Bitte beachten Sie, dass diese Vorgehensweise nach Abschluss der Vergütungsverhandlungen ggf. angepasst werden muss.

Die Grund- oder Konsiliarpauschale ist immer auf dem Fall mit dem jeweils ersten Arzt-Patienten-Kontakt im Quartal abzurechnen. Unabhängig davon ist noch in Klärung, ob es sich dann insgesamt um einen HA-Vermittlungsfall handelt.

Sowohl vom überweisenden Haus-/Kinderarzt als auch vom behandelnden Facharzt sollte in der Patientenakte vermerkt werden, warum für den Patienten ein dringender Termin vereinbart werden musste. In einigen Fällen gibt der ICD-10 bereits Aufschluss über die Dringlichkeit. Diese Angaben sind wichtig, um eine schnelle Klärung bei Beanstandungen seitens der Krankenkassen zu ermöglichen.

Bitte beachten Sie, dass es sich bei einem Patienten, der Ihre Praxis mit einem Überweisungsschein aufsucht, der von einem Kinder- oder Hausarzt ausgestellt wurde, nicht automatisch um einen HA-Vermittlungsfall handelt. Wie bereits eingangs erwähnt, müssen die Praxen zuvor in Kontakt getreten sein und einen konkreten Termin für den Patienten vereinbart haben.

Eine Vermittlung durch den Haus-/Kinderarzt kann aus-

schließlich zu Fachärzten, nicht aber zu Psychotherapeuten erfolgen.

Eine Überweisung von einem hausärztlich tätigen Kinderarzt zu einem fachärztlich tätigen Kinderarzt ist zulässig und kann vom fachärztlichen Kinderarzt als HA-Vermittlungsfall gekennzeichnet werden. Jedoch dürfen in diesen Fällen ausschließlich fachärztliche Leistungen in Ansatz gebracht werden.

Auch Kinderärzte, die sowohl hausärztlich als auch fachärztlich tätig sind, können nach jetzigem Kenntnisstand Termine an einen anderen fachärztlichen Kinderarzt vermitteln, sofern sie selbst bei dem Patienten hausärztlich tätig geworden sind.

Da, wie bereits erwähnt, eine Überweisung bei einem HA-Vermittlungsfall erforderlich ist, kann eine HA-Vermittlung nicht innerhalb einer Berufsausübungsgemeinschaft bzw. innerhalb eines MVZ erfolgen.

Sollten Sie Ihre Abrechnung derzeit noch manuell bei der KV Hamburg einreichen, so legen Sie Ihrer Abrechnung zunächst bitte eine Auflistung der Patienten bei, die Sie im Rahmen der HA-Vermittlung behandelt haben. Bitte be-

achten Sie, dass wir aufgrund derartiger Neuerungen nochmal dazu raten möchten, sich an die Telematikinfrastruktur anzubinden.

Vergütung

Derzeit ist noch nicht abschließend geklärt, welche Leistungen im Rahmen des Hausarzt-Vermittlungsfalls extrabudgetär vergütet werden.

So gibt das SGB V vor, dass „Leistungen im Behandlungsfall bei Weiterbehandlung eines Patienten durch einen an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer nach Vermittlung durch einen an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer“ außerhalb der vereinbarten Gesamtvergütung mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung zu vergüten sind.

Eine weitere Möglichkeit besteht darin, dass der gesamte Behandlungsfall bei einer erfolgreichen Terminvermittlung durch den Haus-/ Kinderarzt für den Facharzt extrabudgetär vergütet wird. In § 21 Abs. 1 BMV-Ä ist ein Behandlungsfall definiert als Behandlung desselben Versicherten durch dieselbe Arztpraxis in einem Kalendervier-

teljahr zu Lasten derselben Krankenkasse.

Die konkrete Vergütungssystematik wird derzeit noch vereinbart.

Bereinigung: Die extrabudgetäre Vergütung für Fachärzte im HA-Vermittlungsfall geht gleichzeitig für die ersten vier Quartale nach Inkrafttreten des Gesetzes mit einer

Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) einher. Infolgedessen können sich Auswirkungen auf die Leistungsbudgets ergeben.

Erhöht sich im darauffolgenden Jahr die Zahl der HA-Vermittlungsfälle, werden diese durch die Kassen vollständig extra bezahlt. Eine

nochmalige Bereinigung findet nicht statt.

Die Details sowie der Bereinigungsbeschluss liegen derzeit noch nicht vor.

Für den HA-Vermittlungsfall beginnt der Bereinigungszeitraum ab dem Quartal 3/2019 und dauert bis einschließlich 2/2020 an.

Neue Regelungen zu den Mindestsprechstundenzeiten – ab 11.05.2019 in Kraft

Mit Gültigkeit zum 11.05.2019 wurde festgelegt, dass ein Arzt bzw. Psychotherapeut, im Rahmen seiner vollzeitigen vertragsärztlichen Tätigkeit, mindestens 25 Stunden wöchentlich in Form von Sprechstunden für gesetzlich Versicherte zur Verfügung stellen muss. Hierbei werden ebenfalls Besuchszeiten an-

gerechnet. Bei reduziertem Zulassungsumfang ist die Mindest-Sprechstundenzeit jeweils anteilig zu erfüllen. Zuvor waren es 20 Stunden bei vollem Versorgungsauftrag.

Eine gesonderte extrabudgetäre Vergütung ist hierbei nicht vorgesehen.

Zukünftig ist ein bundeseinheitliches Verfahren bei der Veröffentlichung der Sprechstundenzeiten geplant. Sobald uns hierzu genauere Informationen bekannt sind, werden wir Sie informieren.

Wir gehen davon aus, dass es eine digitale Lösung für die Meldung der Sprechstundenzeiten geben wird.

Fünf offene Sprechstunden für bestimmte Facharztgruppen - voraussichtlich ab Sept. 2019

Um Patienten den Zugang zu Arztpraxen ohne vorherige Terminvereinbarung zu erleichtern, müssen lt. TSVG Ärzte, die an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen und die insbesondere der

grundversorgenden und wohnortnahen Patientenversorgung angehören, bei einem vollen Versorgungsauftrag mindestens fünf Stunden wöchentlich als offene Sprechstunden anbieten.

Bei reduziertem Versorgungsauftrag gelten die zur Verfügung zu stellenden offenen Sprechstunden jeweils anteilig.

Die Einzelheiten zu den betroffenen Facharztgruppen sind noch im Bundesmantelvertrag-Ärzte zu regeln.

Sollten Sie als Arzt von der Änderung betroffen sein, aber bereits 5 offene Sprechstunden anbieten, ändert sich für Sie ab September lediglich die Vergütung der Leistungen, die Sie im Rahmen der offenen Sprechstunden erbringen sowie die Kennzeichnung dieser Fälle in der Abrechnung.

Patienten benötigen für diese Zeiten keine Überweisung

und auch keine Terminvereinbarung.

Vergütung

Bezüglich der Vergütung der offenen Sprechstunden wurde festgelegt, dass bei einem vollen Versorgungsauftrag bis zu fünf offene Sprechstunden je Kalenderwoche ohne vorherige Terminvereinbarung extrabudgetär vergütet werden. Bei reduziertem Versorgungsauftrag ist die Vergütung außerhalb der Gesamtvergütung auf die jeweils anteilige Zeit offener Sprech-

stunden je Kalenderwoche begrenzt.

Wie diese Fälle ab September in der Abrechnung kenntlich gemacht werden, ist derzeit noch nicht abschließend geklärt. Hierzu informieren wir Sie, sobald uns weitere Details bekannt sind.

Fachgruppen ohne Verpflichtung zu offenen Sprechstunden erhalten Leistungen im Rahmen offener Sprechstunden nicht extrabudgetär vergütet

Zuschläge zur VP/GP für TSS-Terminfälle – voraussichtlich ab Sept. 2019

Ab September 2019 erhalten Sie neben der extrabudgetären Vergütung einen Zuschlag auf die Versicherten- bzw. Grundpauschale für die von der Terminservicestelle vermittelten Patienten. Der Zuschlag soll als Belohnung für verkürzte Wartezeiten dienen.

Vergütung

Die Höhe des Zuschlags richtet sich nach der Länge der Zeit, die zwischen der Aufnahme der Terminvermittlung und der Behandlung in der Praxis liegt.

- **50 Prozent:** Termin innerhalb von 8 Tagen (sowie in Akutfällen innerhalb von 24 Stunden nach medizinischem Erstein-schätzungsverfahren → voraussichtlich ab Jan. 2020)
- **30 Prozent:** bei einem Termin innerhalb von 9 bis 14 Tagen
- **20 Prozent:** bei einem Termin innerhalb von 15 bis 35 Tagen

Um den jeweiligen Zuschlag in der Abrechnung abzubilden, werden voraussichtlich bis zum 1. September 2019

neue Gebührenordnungspositionen in den EBM aufgenommen. Diese sind zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht bekannt.

Bitte beachten Sie an dieser Stelle den von Ihnen im Online-Portal eingestellten Buchungsabstand, der aussagt, bis wie viele Tage vor dem Termin dieser für die TSS zur Vergabe an Patienten zur Verfügung steht. Sollten Sie den voreingestellten Buchungsabstand von sieben Kalendertagen beibehalten, so ist die Wahrscheinlichkeit geringer, dass Sie den Zu-

schlag in Höhe von 50 % er-

reichen können.

Extrabudgetäre Vergütung für neue Patienten - voraussichtlich ab Sept. 2019

Ab September 2019 sollen Ärzte bestimmter Fachrichtungen für die Behandlung neuer Patienten eine extrabudgetäre Vergütung erhalten.

Bezüglich der Vergütung wurde hierzu im SGB V festgelegt, dass Leistungen im Behandlungsfall, die von Ärzten, die an der grundversorgenden oder unmittelbaren medizinischen Versorgung teilnehmen, gegenüber Patienten erbracht werden, die in der jeweiligen Arztpraxis

erstmalig untersucht und behandelt werden oder die mindestens zwei Jahre nicht in der jeweiligen Arztpraxis untersucht und behandelt wurden, außerhalb der vereinbarten Gesamtvergütung mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung zu vergütet sind.

Hierbei ist bisher weder festgelegt, wie die betroffenen Fälle in der Abrechnung zu kennzeichnen sind, noch was unter der Angabe „zwei Jahre“ zu verstehen ist.

Des Weiteren muss noch durch den Bewertungsausschuss festgelegt werden, welche Fachrichtungen gemeint sind, wenn im SGB V von Ärzten die Rede ist, die an der grundversorgenden oder unmittelbaren medizinischen Versorgung teilnehmen.

Sobald uns hierzu weitere Informationen vorliegen, werden wir Sie informieren.

Mindestens 10 € für Haus- und Kinderärzte bei Vermittlung zum Facharzt - voraussichtlich ab Sept. 2019

Ab September sollen Haus- und Kinderärzte mit einem Zuschlag in Höhe von mindestens 10,00 € belohnt werden, sofern Sie für einen Patienten einen dringlichen Termin an einen Facharzt vermitteln.

Voraussetzung für die HA-Vermittlung ist, dass eine Terminvermittlung durch die Terminservicestelle oder eine

eigenständige Terminvereinbarung durch die Patientin oder den Patienten aufgrund der medizinischen Besonderheit des Einzelfalls oder der Dringlichkeit nicht angemessen oder nicht zumutbar ist.

Vergütung

Um den Zuschlag in der Abrechnung abbilden zu können ist derzeit die Aufnahme von zwei neuen Leistungen in den

EBM vorgesehen. Eine der Leistungen wäre dann dem Kapitel der Hausärzte (Kap. 3 EBM) und die andere dem Kapitel der Kinderärzte (Kap. 4 EBM) zugeordnet.

Konkretere Aussagen zu den Abrechnungsmodalitäten können wir an dieser Stelle leider noch nicht tätigen.

Bisher ist ebenfalls unklar, ob der Zuschlag auch dann ver-

gütet wird, wenn der mit dem Facharzt vereinbarte Termin letztendlich nicht zustande

kommt, z. B. weil der Patient den Termin nicht wahrnimmt.

Weiterführende Informationen zum TSVG

Die amtliche Fassung des am 11. Mai 2019 in Kraft getretenen TSVG-Gesetzes finden Sie im Bundesgesetzblatt.

Zudem hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung auf

Ihrer Homepage viele Informationen zum TSVG zusammengestellt.

Auch auf der Homepage der KVH haben wir die wichtigsten Änderungen und Neue-

rungen hinterlegt. Hier können Sie stets die aktuellsten Neuigkeiten rund um das Thema TSVG einsehen.