

Aktuelle Informationen der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg

Ausgabe vom 13.09.2019 – 2. Sonderausgabe zum TSVG

Sehr geehrte Mitglieder,

Mit der vorliegenden 2. Sonderausgabe zum TerminService- und Versorgungsgesetz (TSVG) möchten wir Ihnen insbesondere hinsichtlich der Abrechnung, Vergütung und Kennzeichnung der einzelnen TSVG-Konstellationen wichtige Informationen und Tipps mitteilen.

Folgende Sachverhalte werden hierbei näher erörtert und mittels Übersichten und Fallbeispielen veranschaulicht:

- TSS-Terminfall
- HA-Vermittlungsfall
- Neupatient
- Offene Sprechstunde
- Bereinigung
- Arztgruppenfall

TSS-Terminfall

Übersicht

TSVG-Konstellation	Arztgruppe	Vergütung	Abrechnung / Kennzeichnung	Bereinigung	Inkrafttreten
TSS-Terminfall					
Extrabudgetäre Vergütung	Alle außer: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Laborärzte ▪ Pathologen 	Alle Leistungen im Arztgruppenfall (mit Ausnahme von Kapitel 32 EBM)	Kennzeichnung im PVS als: „TSS-Terminfall“	11.05.2019 bis 10.05.2020	11.05.2019
Zuschlag		Zuschlag auf VP/GP/KP und Vorsorgeuntersuchung nach Abschnitt 1.7.1 EBM: <ul style="list-style-type: none"> · 50 %: Termin innerhalb von 8 Tagen · 30 %: Termin innerhalb von 9-14 Tagen · 20 %: Termin innerhalb von 15-35 Tagen ▪ einmal im Arztgruppenfall	▪ Neue GOP: Kapitel 3 bis 27 (ohne 12 und 19) und Abschnitt 30.7 EBM + Buchstabensuffix (B, C oder D) in Abhängigkeit der Vermittlungsdauer	keine	01.09.2019

Zusatzpauschalen für TSS-Terminfälle

Seit dem 01.09.2019 erhalten Sie zusätzlich zur extrabudgetären Vergütung eine Zusatzpauschale für über die TSS vermittelte Patienten. Die Höhe des Zuschlags richtet sich nach der Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale (VP/GP/KP) und beträgt bis zu 50 Prozent von dieser.

Für die Abbildung der Zusatzpauschalen wurden vom Bewertungsausschuss jeweils neue Gebührenordnungspositionen (GOP) in die arztgruppenspezifischen Kapitel 3 bis 27 (mit Ausnahme von Kapitel 12 und 19) und in den Abschnitt 30.7 EBM aufgenommen:

Fachgruppe	GOP	Fachgruppe	GOP	Fachgruppe	GOP
Hausärzte	03010	Augenärzte	06228	HNO-Ärzte	09228
Kinderärzte	04010	Chirurgen	07228	Hautärzte	10228
Anästhesisten	05228	Frauenärzte	08228	Humangenetiker	11228
Int. Ohne SP	13228	Kinder- und Jug.psychiatrie	14218	Ärztliche und psych. Psychotherapie	23228
Int. Angiologie	13298	MKG-Chirurgen	15228	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie	23229
Int. Endokrinologie	13348	Neurologen	16228	Radiologie	24228
Int. Gastroenterologie	13398	Nuklearmediziner	17228	Strahlentherapie - bei gutartiger Erkrankung	25228
Int. Hämat./Onkologie	13498	Orthopäden	18228	Strahlentherapie - bei bösartiger Erkrankung	25229
Int. Kardiologie	13548	Phoniater	20228	Strahlentherapie - nach strahlentherapeutischer Behandlung	25230
Int. Nephrologie	13598	Psychiatrie und Psychotherapie	21236	Urologie	26228
Int. Pneumologie	13648	Nervenheilkunde und Neurologie und Psychiatrie	21237	Physikalische und Rehabilitative Medizin	27228
Int. Rheumatologie	13698	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	22228	Schmerztherapie	30705

Zudem wurden Buchstabensuffixe festgelegt, die die gestaffelten prozentualen Aufschläge in Abhängigkeit der Wartezeit auf einen Termin abbilden:

Dauer zwischen Kontaktaufnahme zur TSS und Termin	zeitgestaffelter Aufschlag	Kennzeichnung der Zusatzpauschale
Termin innerhalb von 8 Tagen	50 Prozent	B
Termin innerhalb von 9 bis 14 Tagen	30 Prozent	C
Termin innerhalb von 15 bis 35 Tagen	20 Prozent	D

Hinweise zu den Zusatzpauschalen

- Die Zusatzpauschale und der entsprechende Buchstabensuffix müssen zunächst von Ihnen selbst ermittelt und in der Abrechnung angegeben werden
- Die Zusatzpauschale kann nur in Fällen mit VP/GP/KP oder in Fällen, in denen ausschließlich Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern nach Abschnitt 1.7.1 EBM (ausgenommen Laborleistungen und GOP 01720 EBM (J1)) durchgeführt werden, abgerechnet werden
- Kennzeichnung als "TSS-Terminfall" und Ansatz der Zusatzpauschale ist nur dann möglich, wenn es sich nicht um Bagatellerkrankungen oder Vorsorgeuntersuchungen handelt und wenn der Patient spätestens am 35. Tag nach Kontaktaufnahme zur TSS die Praxis aufsucht
- für die Ermittlung des zeitgestaffelten Aufschlags zählt der Tag der Kontaktaufnahme des Patienten zur TSS als erster Zähltag → Sie können den Tag der Kontaktaufnahme der TerminiDatenbank entnehmen. Auch in der Buchungsbenachrichtigung ist er aufgeführt. Das Fristende bezieht sich auf den Kalendertag und kann somit auch auf einen Samstag, Sonntag oder Feiertag fallen.
- Der Zuschlag ist einmal im Arztgruppenfall berechnungsfähig, auch wenn der Patient im selben Quartal aufgrund weiterer TSS-Vermittlungen mehrfach zu Ihnen in die Praxis kommt. Hier können Sie entscheiden, zu welchem TSS-Terminfall sie die Zusatzpauschale ansetzen möchten. Beispiel: Patient Müller sucht am 15.10.2019 aufgrund einer TSS-Vermittlung Ihre Praxis auf. Zwischen dem Tag der Kontaktaufnahme zur TSS und dem Termin in Ihrer Praxis liegen 12 Tage. Dementsprechend würden Sie einen Aufschlag in Höhe von 30 % auf die VP/GP/KP erhalten. Wird der Patient im selben Quartal erneut zu Ihnen vermittelt und beträgt die Vermittlungsdauer nur 5 Tage, so würden Sie den Zuschlag in Höhe von 50 % erhalten. In dieser Situation können Sie selbst entscheiden, ob Sie die Zusatzpauschale mit einem B oder C kennzeichnen.

- Die Höhe der Zusatzpauschale berechnet sich immer auf Grundlage der "reinen" VP/GP/KP, d. h. dass die Zusatzpauschale z. B. auch bei Ärzten bzw. Praxen, die die VP/GP/KP mit einem Aufschlag vergütet bekommen (z. B. 60 % Aufschlag auf die pädiatrische Versichertenpauschale im Rahmen der Tätigkeit im fachärztlichen Versorgungsbereich → 04000F) auf Grundlage der niedriger bewerteten VP 04000 berechnet wird und somit nicht automatisch höher ausfällt, obwohl die VP mit einem Aufschlag vergütet wird.
- In der Honorarabrechnung (ab 3/2019) werden nicht die von den Ärzten angegebenen Zusatzpauschalen, sondern die dem jeweiligen Alter des Patienten entsprechend gewandelten GOP zu finden sein → Beispiel: Gibt ein Augenarzt für einen Patienten in der Abrechnung die GOP 06228B an, weil er einen Patienten fünf Tage nach Kontaktaufnahme zur TSS behandelt, so wird diese in Abhängigkeit des Alters des Patienten in eine Pseudo-GOP gewandelt. Ist der Patient z. B. 18 Jahre alt, so wird die GOP 06228B in die 06911B gewandelt. Dies ist notwendig um den Aufschlag entsprechend der korrekten Grundpauschale zu ermitteln (In diesem Beispiel wären das 50 % Aufschlag auf die Grundpauschale 06211) → Aus diesem Grund werden im EBM auch keine €-Beträge zu den Zusatzpauschalen ausgewiesen, da die Höhe der Zusatzpauschale in Abhängigkeit des Alters der Patienten variiert.
- Im TSS-Kalender ist voreingestellt, dass ein Termin bis sieben Tage vorher für die Vergabe durch die TSS zur Verfügung steht. Wird diese Einstellung von Ihnen nicht angepasst (also der Buchungsabstand zum Termin nicht verkürzt), so ist eine Zusatzpauschale in Höhe von 50 % seltener zu erreichen.

Kennzeichnung von TSS-Terminfällen im PVS

- Zuerst ist zu prüfen, ob der Patient über die Terminservicestelle an Sie vermittelt wurde
- Sofern Sie als Facharzt tätig sind, muss für den Patienten eine Überweisung vorliegen (ausgenommen: Augen- und Frauenärzte; psychotherapeutische Sprechstunde)
- Der Abrechnungsschein muss im Feld mit der Bezeichnung Vermittlungsart als "TSS-Terminfall" gekennzeichnet werden
- Auf diesem Schein werden auch alle weiteren Leistungen abgerechnet, die für die Behandlung des Patienten erforderlich sind
- Zudem kann seit dem 01.09.2019 die arztgruppenspezifischen Zusatzpauschale mit Kennzeichnung des jeweiligen Buchstaben B, C o. D in Abhängigkeit der Wartezeit angegeben werden

Abrechnungsvoraussetzungen/-ausschlüsse

- Die Kennzeichnung als "TSS-Terminfall" ist nicht erlaubt, wenn der Patient aufgrund einer Bagatellerkrankung oder Vorsorgeuntersuchung von der TSS vermittelt wurde. Dies ist i. d. R. immer dann der Fall, wenn der Termin nach dem 35. Tag der Kontaktaufnahme zur TSS stattfindet (aus diesem Grund sind auch die Zusatzpauschalen max. bis zum 35. Tag gestaffelt) oder keine Überweisung mit Dringlichkeitscode vorliegt
- Um einen Abrechnungsschein als "TSS-Terminfall" kennzeichnen zu dürfen muss eine Überweisung für den Patienten vorliegen! Ausgenommen hiervon sind lediglich Haus-, Kinder-, Augen- und Frauenärzte, denn diese dürfen Patienten auch ohne Vorliegen einer Überweisung im Rahmen von TSS-Terminfällen behandeln; gleiches gilt für die psychotherapeutische Sprechstunde
- Der Termin muss über die Terminservicestelle vermittelt worden sein. Die Vorlage einer Überweisung mit Dringlichkeitscode durch den Patienten, ohne Terminvereinbarung über die TSS, ist nicht ausreichend!
- Ein TSS-Terminfall darf nur in dem Quartal als solcher gekennzeichnet werden, in dem der erste Termin nach der Vermittlung stattfindet. Wird die Behandlung über die folgenden Quartale fortgeführt, so darf der Schein dennoch nicht weiterhin als TSS-Terminfall gekennzeichnet werden → Beispiel: Findet ein über die TSS vermittelter Termin am 25.09.2019 statt, so kann der Schein im Quartal 3/2019 als TSS-Terminfall gekennzeichnet werden. Wird die Behandlung des Patienten am 02.10.2019 und somit im Folgequartal fortgeführt, so darf der Schein nicht erneut als TSS-Terminfall gekennzeichnet werden.
- Bitte beachten Sie, dass ausschließlich über die Terminservicestelle vermittelte Termine in der Abrechnung unter Vermittlungsart als „TSS-Terminfall“ gekennzeichnet werden dürfen. Das gilt nicht für Termine, die direkt von der Krankenkasse an Ihre Praxis vermittelt werden.

Abrechnungshinweise

- Wird in einer arztgruppenübergreifenden BAG oder in einem MVZ eine weitere Arztgruppe beim selben Patienten im Rahmen einer TSVG-Konstellation tätig, so muss für den Patienten ein zweiter Abrechnungsschein angelegt werden. Nur so kann gewährleistet werden, dass auch weitere Arztgruppen eine extrabudgetäre Vergütung erhalten
- Werden bei einem Kind im Rahmen der TSS-Terminvermittlung ausschließlich Vorsorgeleistungen nach Kapitel 1.7.1 EBM ohne Ansatz einer VP/GP/KP abgerechnet, so erfolgt die Bewertung der Zusatzpauschale ebenfalls auf Grundlage der jeweiligen altersspezifi-

schen VP/GP/KP, auch wenn diese im Arztgruppenfall nicht berechnet wird → so setzt ein Kinderarzt in diesem Fall z. B. dennoch die GOP 04010 EBM + Suffix an

- Wird ein Patient mehrere Male im Quartal an die selbe Arztgruppe einer Arztpraxis vermittelt so kann die Zusatzpauschale dennoch nur einmal in Ansatz gebracht werden (s. *Hinweise zu den Zusatzpauschalen*)
- Wenn ein TSS-Terminfall verschoben werden muss, weil Sie oder der Patient erkrankt sind, so darf der Patient dennoch als TSS-Terminfall gekennzeichnet werden, solange die Behandlung innerhalb der Frist von 35 Tagen nach Kontaktaufnahme zur TSS stattfindet
- Auch wenn die Behandlung in Vertretung von einem anderen Arzt der Praxis durchgeführt wird, darf der Patient als TSS-Terminfall gekennzeichnet werden

Fallbeispiele

1. Ein Patient sucht am 07.09.2019 die Einzelpraxis des Hautarztes Dr. Müller auf und legt eine Überweisung mit einem Dringlichkeitscode vor. Dr. Müller stellt mithilfe der TerminiDatenbank fest, dass der Patient über die TSS vermittelt wurde und der Patient den Kontakt zur TSS am 23.08.2019 aufgenommen hatte. Neben der Grundpauschale und weiteren Leistungen, die im Rahmen der Behandlung erbracht werden, setzt Dr. Müller nun die Zusatzpauschale nach der GOP 10228 an und ergänzt diese um den Suffix D, weil der Patient innerhalb von 16 Tagen nach Kontaktaufnahme in der Praxis behandelt wird (10228D). Zudem kennzeichnet er den Abrechnungsschein als "TSS-Terminfall". Es werden nun alle Leistungen (mit Ausnahme von Kapitel 32 EBM) in diesem Quartal für den Patienten extrabudgetär vergütet.
2. Ein Patient sucht am 10.09.2019 die arztgruppenübergreifende BAG des Orthopäden Dr. Meier und des HNO-Arztes Dr. Schmidt auf und legt eine Überweisung mit Dringlichkeitscode vor. Mithilfe der TerminiDatenbank stellt die Praxismitarbeiterin fest, dass der Patient über die TSS an Dr. Meier vermittelt wurde und der Kontakt vom Patienten zur TSS am 03.09.2019 erfolgte. Für den Patienten wird ein Abrechnungsschein angelegt auf dem Dr. Meier alle erforderlichen Leistungen sowie die entsprechende Zusatzpauschale für die TSS-Vermittlung + Suffix für den zeitgestaffelten Zuschlag angibt. Als Orthopäde rechnet er hierbei nun die GOP 18228 und den Buchstaben B ab, weil der Termin innerhalb von acht Tagen nach Kontaktaufnahme stattfindet. Zudem kennzeichnet er den Schein als "TSS-Terminfall". Am 20.09.2019 sucht der Patient erneut die Praxis aufgrund einer TSS-Vermittlung auf. Dieses Mal wurde er jedoch zu Dr. Schmidt vermittelt. Weil Dr. Schmidt einer anderen Arztgruppe als Dr. Meier angehört, muss er für den Patienten einen neuen Abrechnungsschein anlegen, um die Leistungen im Arztgruppenfall ebenfalls extrabudgetär vergütet zu bekommen. Als Zusatzpauschale gibt Dr.

Schmidt die GOP 09228 an. Zudem gibt er den Suffix C an, weil der Patient am 10.09.2019 Kontakt zur TSS aufgenommen hatte und somit 11 Tage bis zur Behandlung vergangen sind. Auch hier muss der Schein als TSS-Terminfall gekennzeichnet werden.

3. Am 25.09.2019 sucht der Patient die Praxis des Hautarztes Dr. Müller auf und teilt mit, dass er über die TSS an die Praxis vermittelt wurde. Der Termin wurde ohne Vorliegen einer Überweisung (+Dringlichkeitscode) vermittelt, weil es sich nicht um einen dringlichen Fall handelt. Der Patient hat sich über die TSS einen Termin zum HKS vermitteln lassen. Dr. Müller darf den Abrechnungsschein in diesem Fall nicht als "TSS-Terminfall" kennzeichnen und auch keine Zusatzpauschale für die Vermittlung abrechnen.

HA-Vermittlungsfall

Seit dem 11.05.2019 werden durch den Haus- bzw. Kinderarzt vermittelte Termine, die aus medizinischen Gründen dringend erforderlich sind, finanziell gefördert. So erhalten weiterbehandelnde Fachärzte seitdem für vermittelte Patienten alle Leistungen (mit Ausnahme von Laborleistungen nach Kap. 32 EBM) extrabudgetär vergütet. Auch die Haus- und Kinderärzte profitieren seit dem 01.09.2019 von der Vermittlung. Denn sie erhalten hierfür einen Zuschlag in Höhe von 10,21 € je vermittelten Termin.

Sowohl für den vermittelnden Haus- bzw. Kinderarzt, als auch für den weiterbehandelnden Facharzt gilt, dass der Termin innerhalb von vier Tagen nach Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit liegen muss.

Bei fach- oder schwerpunktübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften beziehen sich die Vergütungsregelungen auf den Arztgruppenfall.

Übersicht

TSVG-Konstellation	Arztgruppe	Vergütung	Abrechnung / Kennzeichnung	Bereini-gung	Inkraft-treten
Hausarzt-Vermittlungsfall					
Zuschlag für vermittelnden Hausarzt	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hausärzte ▪ Kinderärzte 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zuschlag in Höhe von 10,21 € für Vermittlung eines Facharzttermins innerhalb von vier Kalendertagen nach Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit (mit Ausstellung einer Überweisung) ▪ Mehrfach berechnungsfähig, wenn Patient im selben Quartal an unterschiedliche Facharztgruppen vermittelt wird 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Neue GOP: 03008 und 04008 EBM ▪ Angabe der (N)BSNR der Facharztpraxis, an die der Patient vermittelt wird 	keine	01.09.2019
Extrabudgetäre Vergütung für weiterbehandelnden Facharzt	Alle außer: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hausärzte ▪ Kinderärzte (ohne Schwerpunkt) ▪ Laborärzte ▪ Pathologen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alle Leistungen (mit Ausnahme von Kap. 32 EBM) im Arztgruppenfall extrabudgetär, wenn Behandlung innerhalb von vier Kalendertagen nach Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit stattfindet 	Kennzeichnung im PVS als: „HA-Vermittlungsfall“	11.05.2019 bis 10.05.2020	11.05.2019

Zuschlag für den vermittelnden Hausarzt

Kennzeichnung in der Abrechnung

- Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit
- Terminvereinbarung mit der Facharztpraxis (kann per Telefon, Fax, Mail etc. erfolgen und ist an das Praxispersonal delegierbar) → 4-Tage-Regelung muss beachtet werden
- Ansatz der GOP 03008 EBM von Hausärzten und GOP 04008 EBM von Kinder- und Jugendärzten in der Abrechnung (Bewertung beträgt derzeit 10,21 € und wird extrabudgetär vergütet)
- Angabe der (N)BSNR der Facharztpraxis, an die vermittelt wird → Hierfür steht ein neues Feld im PVS zur Verfügung (Die (N)BSNR lässt sich über die Kollegensuche der KBV über das sichere Netz der KVn (SNK) ermitteln - Zugriff ist auch über die TI möglich → Siehe *Kollegensuche*)
- Ausstellung einer Überweisung für den Patienten → ACHTUNG! Auf dem Überweisungsschein muss die Lebenslange Arztnummer (LANR) eines Haus- bzw. Kinderarztes angegeben werden! Sollten Sie als Haus- bzw. Kinderarzt also in einer fachgruppenübergreifenden BAG oder in einem MVZ tätig sein, so achten Sie bitte darauf, dass die Überweisung mit Ihrer LANR ausgestellt ist!

Abrechnungshinweise

- Benötigt ein Patient dringend einen Termin bei unterschiedlichen Facharztgruppen (beispielsweise beim Orthopäden und beim Neurologen), so kann der Zuschlag auch mehrfach im Quartal abgerechnet werden. Wird der Patient hingegen zweimal zu derselben Arztgruppe vermittelt, so kann der Zuschlag dennoch nur einmal in Ansatz gebracht werden
- Nicht berechnungsfähig ist der Zuschlag, wenn der Hausarzt einen Termin bei einem Facharzt vermittelt, bei dem der Patient im laufenden Quartal bereits behandelt wurde. Dies ist vom Hausarzt beim Patienten zu erfragen.
- Die Terminvermittlung ist auch zu einem Kinderarzt mit Schwerpunkt oder Zusatzweiterbildung möglich (Leistungen nach Kap. 4.4 und 4.5 EBM)
- Zuschlag wird auch dann vergütet, wenn der Patient den Termin beim Facharzt nicht wahrnimmt
- Überweisungen innerhalb von BAG und MVZ sind nicht erlaubt!

- Es ist kein Dringlichkeitscode bei der Überweisung zu verwenden! Diese werden ausschließlich bei TSS-Terminfällen benötigt!
- Anpassung der Richtlinie zur Abrechnungsprüfung: Eine Abrechnungsauffälligkeit ist zu vermuten, wenn in einer Arztpraxis in einer Arztgruppe der Anteil der Fälle mit Abrechnung der GOP 03008/04008 EBM den Wert von 15 % überschreitet.

Kollegensuche

Bei der Abrechnung der GOP 03008 bzw. 04008 EBM muss seit dem 01.09.2019 die Betriebsstättennummer des Facharztes angegeben werden, an den der Patient vermittelt wird. Hierbei kann es sich auch um die Nebenbetriebsstätte handeln, sofern diese als Haupttätigkeitsort des Arztes angegeben ist. Um die korrekte Betriebsstättennummer zu ermitteln, kann die Kollegensuche der KBV verwendet werden. Sie ist im KVH Onlineportal unter dem Punkt: "Anwendungen" aufrufbar und kann somit auch bei Anbindung an die Telematikinfrastruktur genutzt werden.

Extrabudgetäre Vergütung für den weiterbehandelnden Facharzt

Kennzeichnung in der Abrechnung

- für den vermittelten Patienten muss eine vom Haus-/Kinderarzt ausgestellte Überweisung vorliegen (Das Original muss nicht an die KV weitergegeben werden!)
- Einhaltung der 4-Tage-Regelung muss geprüft werden
- Der Abrechnungsschein muss mit "HA-Vermittlungsfall" gekennzeichnet werden
- Der Facharzt erhält für die vom Hausarzt vermittelten Patienten alle Leistungen im Arztgruppenfall (mit Ausnahme von Kap. 32 EBM) extrabudgetär vergütet

Abrechnungshinweis

Wenn Sie als Facharzt einen Termin für Ihren Patienten bei einem Hausarzt vereinbaren, so gilt dieser Patient nicht als HA-Vermittlungsfall! Diese Kennzeichnung ist ausschließlich dann möglich, wenn Ihnen ein Patient vom Hausarzt vermittelt wird.

4-Tage-Regelung

Zum 06.08.2019 wurde der BMV-Ä um den § 17a ergänzt. Das bedeutet, dass der vom Haus- bzw. Kinderarzt vermittelte Termin seit diesem Zeitpunkt innerhalb eines Zeitraumes von vier Kalendertagen nach Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit durch den Hausarzt liegen muss, damit der Facharzt die Leistungen, die sonst in das Budget fallen würden, extrabudgetär vergütet bekommt. Gleiche Frist gilt ab dem 01.09.2019 für den Zuschlag, den Haus- und Kin-

der Ärzte für eine Terminvermittlung erhalten. Hierbei gilt der Tag nach Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit als erster Zähltag für die Ermittlung der Frist. Das Fristende ist hierbei auf den Kalendertag bezogen, auch wenn der letzte Tag der 4-Tage-Frist ein Samstag, Sonntag oder Feiertag ist.

Beispiele

1. Stellt ein Hausarzt bei einem Patienten an einem Montag die Behandlungsnotwendigkeit durch einen Rheumatologen fest und vereinbart mit der rheumatologischen Praxis an diesem Tag einen Termin, so muss der Termin spätestens für Freitag in derselben Woche vereinbart werden.
2. Stellt ein Hausarzt bei einem Patienten an einem Mittwoch die Behandlungsnotwendigkeit durch einen Rheumatologen fest, so muss der Termin spätestens am Sonntag derselben Woche stattfinden.

Neupatient

Übersicht

Ein Patient gilt immer dann als neu, wenn er im aktuellen und den acht vorhergehenden Quartalen nicht in der Arztpraxis behandelt oder untersucht wurde. Für neue Patienten werden alle Leistungen (mit Ausnahme von Kapitel 32 EBM) in dem jeweiligen Arztgruppenfall extrabudgetär und damit in voller Höhe vergütet.

TSVG-Konstellation	Arztgruppe	Vergütung	Abrechnung / Kennzeichnung	Bereinigung	Inkraft-treten
Neue Patienten					
Behandlung des Patienten in der Praxis erfolgt erstmals oder nachdem er die Praxis in den vorangegangenen acht Quartalen nicht aufgesucht hat	Alle außer: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Anästhesisten, wenn sie nicht schmerztherapeut. tätig werden ▪ Humangenetiker ▪ Laborärzte ▪ MKG-Chirurgen ▪ Nuklearmediziner ▪ Pathologen ▪ Radiologen ▪ Strahlentherapeuten 	Alle Leistungen (mit Ausnahme von Kap. 32 EBM) werden im Arztgruppenfall für bis zu zwei Arztgruppen einer Praxis extrabudgetär vergütet Ausnahme: Neue und übernommene Praxen	Kennzeichnung im PVS als: „Neupatient“	01.09.2019 bis 31.08.2020	01.09.2019

Kennzeichnung im PVS

Wenn ein Patient zu Ihnen in die Praxis kommt und dieser Patient noch nie in Ihrer Praxis behandelt wurde, bzw. in den acht vorangegangenen Quartalen nicht in Ihrer Praxis in Behandlung war, so können Sie den Patienten seit dem 01.09.2019 im dafür vorgesehenen Feld in Ihrem PVS als „Neupatient“ kennzeichnen. Auch Patienten, die zu Ihnen kommen, weil Sie eine Kollegin oder einen Kollegen vertreten, können als „Neupatient“ gekennzeichnet werden, sofern der Patient die zuvor genannten Kriterien erfüllt.

Beispiele

Wenn der Patient zuletzt am 10.04.2017 (Quartal 2/2017) bei Ihnen in Behandlung war und Ihre Praxis am 03.09.2019 (Quartal 3/2019) erneut aufsucht, so kann er in der Abrechnung als Neupatient gekennzeichnet werden, weil der Patient acht volle Quartale nicht in der Praxis behandelt wurde. War der Patient hingegen zuletzt am 15.07.2017 (Quartal 3/2017) in der Praxis, so gilt er am 03.09.2019 (Quartal 3/2019) noch nicht wieder als Neupatient, weil nur sieben volle Quartale dazwischen lagen.

Besonderheit BAG und MVZ

In fachgruppenübergreifenden BAG und in MVZ kann ein Patient von maximal zwei Arztgruppen als Neupatient gekennzeichnet werden, sofern er im aktuellen und in den acht vorhergehenden Quartalen nicht in der Praxis behandelt oder untersucht wurde. Bei einer Behandlung durch weitere Arztgruppen einer Arztpraxis im genannten Zeitraum gilt der Patient für diese Arztgruppen nicht als Neupatient.

Fallbeispiele

Fallbeispiel	2/2017	3/2017	4/2017	1/2018	2/2018	3/2018	4/2018	1/2019	2/2019	3/2019	4/2019	Ergebnis*
1										AG1		Neupatient
2										AG1+AG2		Neupatient AG1 und AG2
3										AG1+AG2+AG3		Neupatient AG1 und AG2
4										AG1	AG2	Neupatient AG1 und AG2
5										AG1	AG2+AG3	Neupatient AG1 und AG2
6										AG1+AG2	AG3	Neupatient AG1 und AG2
7						AG1				AG2		Neupatient AG2
8						AG1				AG2+AG3		Neupatient AG2
9						AG1				AG2	AG3	Neupatient AG2
10	AG1					AG2				AG3		Neupatient AG3
11	AG1									AG2+AG3		Neupatient AG2 und AG3
12		AG1				AG2				AG3		kein Neupatient
13		AG1						AG2	AG3		AG4	kein Neupatient
14		AG1	AG1	AG1	AG1	AG1	AG1	AG1	AG1	AG1	AG2	Neupatient AG2
15		AG1	AG1	AG1	AG1	AG1+AG2	AG1	AG1	AG1	AG1	AG3	kein Neupatient

* Als Ergebnis wird angegeben, bei welcher Arztgruppe der Patient im Quartal 3/2019 bzw. 4/2019 als "Neupatient" gelten würde.

Wichtiger Hinweis

Soll der Patient innerhalb eines Quartals auch für eine zweite Arztgruppe einer Praxis als Neupatient gelten, so muss die zweite behandelnde Arztgruppe einen neuen Abrechnungsschein für den Patienten anlegen und diesen ebenfalls als "Neupatient" kennzeichnen.

Wann gilt ein Patient nicht als neu?

- Wenn ein Patient in einem der acht vorangehenden Quartale in der selben Praxis in Behandlung war bzw. in einer fachgruppenübergreifenden BAG oder MVZ von mehr als 2 TSVG-Fachgruppen innerhalb der acht vorangegangenen Quartale behandelt wurde
- Wenn eine Praxis übernommen oder neu gegründet wurde (Für diese Praxen greift die "Neu-Patient-Regelung" erst ab dem 9. Quartal der Tätigkeit – derzeit wird konkretisiert, wann eine Praxis als „neugegründet“ bzw. „übernommen“ gilt.)
- Ein Patient gilt auch dann nicht automatisch als neu, wenn er die Krankenkasse wechselt oder aus einem Selektivvertrag austritt; auch hier ist die 8-Quartale-Regelung zu beachten

Aufgrund des unterquartaligen Inkrafttretens zum 01.09.2019 dürfen Patienten auch erst ab dem 01.09.2019 als „Neupatient“ gekennzeichnet werden. D. h., dass sie im Quartal 3/2019 nicht als „neu“ gelten, wenn sie bereits im Juli oder August bei Ihnen in der Praxis behandelt wurden.

Offene Sprechstunde

Übersicht

TSVG-Konstellation	Arztgruppe	Vergütung	Abrechnung / Kennzeichnung	Bereinigung	Inkrafttreten
Offene Sprechstunde					
Fünf offene Sprechstunden / Kalenderwoche ohne vorherige Terminvereinbarung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Augenärzte ▪ Chirurgen ▪ Frauenärzte ▪ HNO-Ärzte ▪ Hautärzte ▪ Kinder- / Jugendpsychiater ▪ Nervenärzte, Neurologen, Neurochirurgen ▪ Orthopäden ▪ Psychiater ▪ Urologen 	Es werden alle Leistungen (mit Ausnahme von Kap. 32 EBM) im Arztgruppenfall bis zur Erreichung von 17,5 % der Arztgruppenfälle des aktuellen Quartals extra-budgetär vergütet	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kennzeichnung im PVS: „Offene Sprechstunde“ ▪ Hinweis: Die Zeiten der offenen Sprechstunde müssen veröffentlicht werden 	01.09.2019 bis 31.08.2020	01.09.2019

Vorgaben zur offenen Sprechstunde

Laut Bundesmantelvertrag der Ärzte müssen die in der Übersicht aufgeführten Arztgruppen bei vollem Versorgungsauftrag ab dem 01.09. fünf Stunden wöchentlich als offene Sprechstunden ohne vorherige Terminvereinbarung anbieten. Bei einem reduzierten Versorgungsauftrag gelten die Zeiten entsprechend anteilig. Von den o. g. Arztgruppen sind auch die Ärzte nicht ausgeschlossen, die z. B. ausschließlich operativ tätig sind.

Die offene Sprechstunde gilt für die Praxis, nicht für den Arzt; in einer Berufsausübungsgemeinschaft kann beispielsweise ein Arzt die gesamten offenen Sprechstunden aller BAG-Mitglieder übernehmen.

Beispiel

Wenn drei Hautärzte mit vollem Versorgungsauftrag in einer Gemeinschaftspraxis tätig sind, so müssen insgesamt 15 Stunden für die „Offene Sprechstunde“ zur Verfügung gestellt werden. Diese müssen jedoch nicht von allen dreien durchgeführt werden. Es kann auch einer der Hautärzte die gesamten 15 Stunden anbieten.

Zur konkreten Ausgestaltung gibt es keine Vorgaben. So können Sie z. B. jeden Tag eine Stunde oder auch alle fünf Stunden an einem Tag anbieten. Ebenso ist es möglich, die offene Sprechstunde am Samstag abzuhalten. Grundsätzlich ist auch die Integration der Videosprechstunde denkbar, wobei die offene Sprechstunde nicht ausschließlich daraus bestehen darf.

Um die Praxisabläufe weiterhin ohne große Beeinträchtigungen organisieren zu können, obliegt es Ihnen, wie viele Patienten in der offenen Sprechstunde behandelt werden können. Kommt z. B. ein Patient aus nicht dringlichen Gründen in die offene Sprechstunde, so können Sie diesen auch auf die nächste offene Sprechstunde verweisen, wenn eine Behandlung aus zeitlichen Gründen am selben Tag nicht vorgenommen werden kann. An dieser Stelle möchten wir Ihnen empfehlen, die Patienten bei Veröffentlichung Ihrer offenen Sprechstundenzeiten darauf aufmerksam zu machen. Bei akuter Behandlungsbedürftigkeit sowie für Versicherte, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, ist eine Behandlung am selben Tag durchzuführen.

Das Angebot der offenen Sprechstunde und die dazugehörigen Zeiten müssen den Patienten kenntlich gemacht (Aushang, Anrufbeantworter, Homepage etc.) und der KV mitgeteilt werden.

Kennzeichnung im PVS

Wenn Sie einen Patienten in der offenen Sprechstunde behandeln, so können Sie den Abrechnungsschein als „Offene Sprechstunde“ im PVS kennzeichnen. Uhrzeiten müssen dabei nicht vermerkt werden.

Vergütung der Leistungen in der offenen Sprechstunde

Auch für Patienten, die innerhalb der offenen Sprechstunde behandelt werden, erhalten Sie eine extrabudgetäre Vergütung. Jedoch ist diese im Gegensatz zu den anderen Konstellationen begrenzt auf 17,5 % aller Arztgruppenfälle der Praxis des jeweiligen Quartals. Um das Maximum der extrabudgetären Vergütung zu erreichen, müssen jedoch auch mindestens 17,5 % der gesamten Arztgruppenfälle in der offenen Sprechstunde behandelt worden sein.

Die Zählung der Fälle müssen Sie nicht selbst übernehmen. Nachdem die Abrechnung an die KV übermittelt wurde, werden mittels eines Zufallsgenerators alle Fälle ermittelt, die aufgrund der offenen Sprechstunde zu vollen Preisen vergütet werden. Auch hierbei sind Leistungen des Kapitels 32 EBM ausgeschlossen.

Bitte beachten Sie auch hier, dass für einen Patienten mehrere Abrechnungsscheine angelegt werden müssen, wenn der Patient von unterschiedlichen Arztgruppen aufgrund einer TSVG-Konstellation behandelt wird.

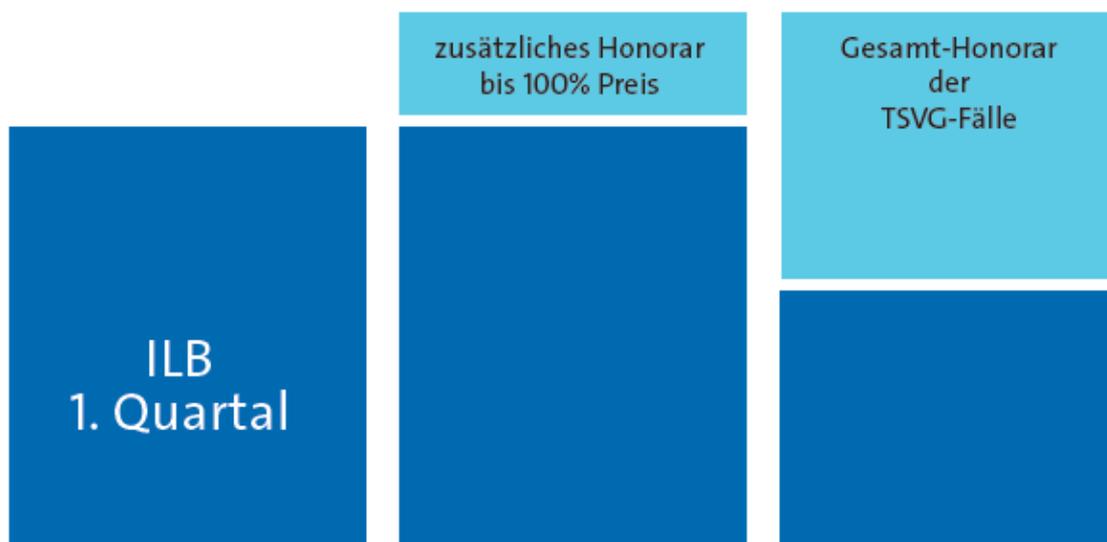
Fallbeispiele

1. Zwei Urologen einer fachgleichen BAG behandeln im Quartal 4/2019 gemeinsam 1.000 Fälle. Davon suchten 250 Fälle die offene Sprechstunde auf. Dies entspricht einem Anteil von 25 % (250 von 1.000 Fällen) gemessen an den gesamten Arztgruppenfällen. Hiervon werden aufgrund der 17,5 %-Regelung 175 Patienten (17,5% von 1.000 Fällen) zu vollen Preisen vergütet werden.
2. Ein Orthopäde behandelt im Quartal 4/2019 600 Patienten, wobei hiervon 60 Patienten und somit 10 % in der offenen Sprechstunde behandelt werden. In diesem Fall erhält der Orthopäde alle in der offenen Sprechstunde behandelten Patienten außerhalb des Budgets vergütet, weil die 17,5 %-Grenze nicht überschritten wurde.
3. Ein HNO-Arzt ist zusammen mit einem Chirurgen in einer fachgruppenübergreifenden BAG tätig. Der HNO-Arzt behandelt im Quartal 4/2019 insgesamt 500 Patienten von denen 100 Patienten in der offenen Sprechstunde behandelt werden (20 %). Der Chirurg hingegen behandelt insgesamt 400 Patienten und davon 20 Patienten in der offenen Sprechstunde (5 %). Obwohl der HNO-Arzt in der offenen Sprechstunde 20 % seiner Patienten behandelt hat, erhält er aufgrund der vorgeschriebenen Grenze von 17,5 % nur 87,5 Fälle (gerundet auf 88) außerhalb des Budgets. Da der Chirurg das Maximum von 17,5 % nicht erreicht, erhält er alle Leistungen, die er in der offenen Sprechstunde erbracht hat, zu vollen Preisen vergütet.
4. Ein Patient sucht am 16.09.2019 die offene Sprechstunde des Hautarztes Dr. Müller auf. Da es sich in diesem Quartal um den ersten Kontakt zur Praxis handelt, legt Dr. Müller einen Abrechnungsschein für den Patienten an, kennzeichnet diesen bei der Vermittlungsart als „Offene Sprechstunde“ und rechnet die für die Behandlung erforderlichen Leistungen, wie z. B. die Grundpauschale, ab. Drei Tage später sucht derselbe Patient den Gemeinschaftspraxispartner Dr. Meyer in der offenen Sprechstunde auf. Dieser ist hingegen als Chirurg tätig. Damit auch Herr Dr. Meyer die extrabudgetäre Vergütung für den Patienten erhält, legt er einen neuen Schein für den Patienten an, auf dem nun alle chirurgischen Leistungen abgerechnet werden. Auch hier ist wieder die Vermittlungsart „Offene Sprechstunde“ anzugeben.

Bereinigung

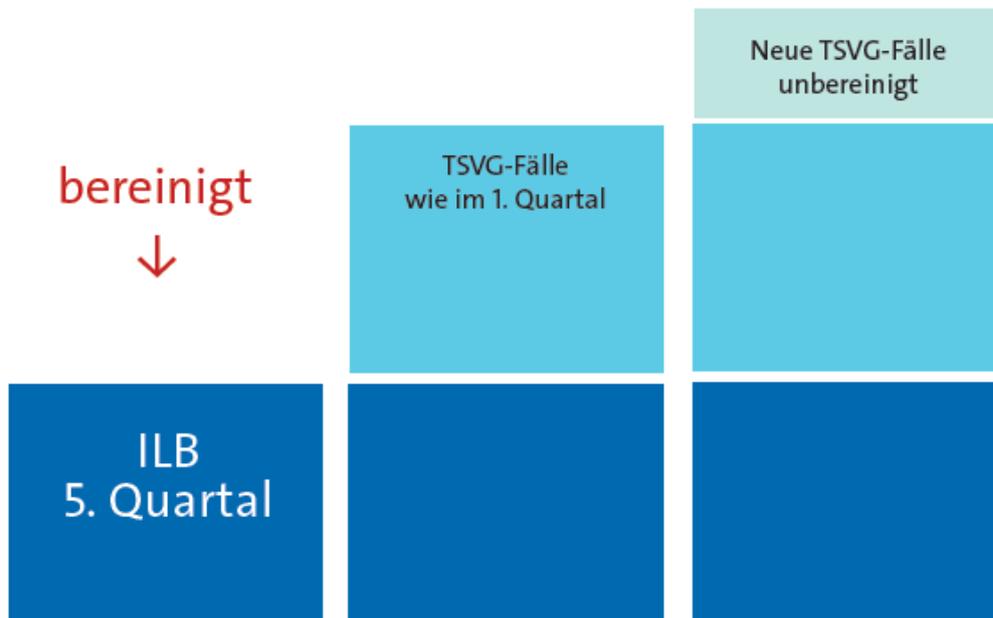
Sofern Sie innerhalb des ersten Jahres nach Inkrafttreten der jeweiligen TSVG-Konstellation Leistungen nach dem TSVG extrabudgetär abrechnen, findet eine Bereinigung Ihres Budgets statt. D. h., dass Sie in den ersten vier Quartalen nach Inkrafttreten der neuen Regelungen wie gewohnt ein ILB auf Basis Ihrer Abrechnung des Vorjahresquartals erhalten. Für Leistungen, die nach dem TSVG extrabudgetär vergütet werden, bekommen Sie in diesen Quartalen zusätzliches Honorar, so dass diese Fälle zu 100 Prozent nach Hamburger Gebührenordnung bezahlt werden.

BEREINIGUNG DES ILB



Im darauffolgenden Jahr wird die Berechnungsgrundlage Ihres ILB um den Betrag reduziert, den die in den jeweiligen Vorjahresquartalen abgerechneten TSVG-Fälle ausgelöst haben, welche innerhalb des Budgets bezahlt wurden („Netto-Bereinigung“).

DANACH: NEUE TSVG-FÄLLE BLEIBEN UNBEREINIGT



Die Bereinigung wird nur einmal durchgeführt. TSVG-Fälle, die ein Jahr nach Inkrafttreten der jeweiligen TSVG-Konstellation abgerechnet werden, bekommen Sie ohne Kürzung Ihres ILB zu 100 Prozent nach der Hamburger Gebührenordnung vergütet. Wenn sich die Zahl der TSVG-Fälle bei Ihnen danach erhöht, müssen die Krankenkassen jeden zusätzlichen Fall auch komplett zusätzlich bezahlen. Es erfolgt dann keine erneute Bereinigung.

Die Bereinigungszeiträume haben mit Inkrafttreten der jeweiligen TSVG-Regelung begonnen. Dies bedeutet im Einzelnen:

- Die extrabudgetär gestellten Leistungen für Patienten, die über die Terminservicestelle (**TSS-Terminfall**) zugewiesen wurden oder für die der Hausarzt einen Termin beim Facharzt vereinbart hat (**HA-Vermittlungsfall**), werden vom **11.05.2019 bis zum 10.05.2020** bereinigt. Das erste um diese Fälle bereinigte ILB werden die Ärzte also für das Quartal 3/2020 bekommen.

- Für extrabudgetär gestellte Leistungen bei Patienten, die neu sind (**Neupatienten**) oder in die offene Sprechstunde (**Offene Sprechstunde**) kommen, hat der Bereinigungszeitraum am **01.09.2019** begonnen und dauert **bis zum 31.08.2020**. Das erste um diese Fälle bereinigte ILB werden die Ärzte zum Quartal 4/2020 bekommen.

Keine Bereinigung der Zuschläge

Die Zusatzpauschalen, die Sie für TSS-Terminfälle erhalten sowie die Zuschläge für Haus- und Kinderärzte, aufgrund der Vermittlung eines Facharzttermins, werden nicht bereinigt.

Arztgruppenfall

Da sich die o. g. TSVG-Konstellationen auf den Arztgruppenfall beziehen, wurde in diesem Zusammenhang auch der Bundesmantelvertrag der Ärzte um die Definition des Arztgruppenfalls erweitert. Diese ist in § 21 Nr. 1c zu finden und lautet wie folgt:

Die gesamte von derselben Arztgruppe einer Arztpraxis innerhalb desselben Kalendervierteljahres an demselben Versicherten ambulant zu Lasten derselben Krankenkasse vorgenommene Behandlung gilt jeweils als Arztgruppenfall. Zu einer Arztgruppe gehören diejenigen Ärzte, denen im EBM ein Kapitel bzw. in Kapitel 13 ein Unterabschnitt zugeordnet ist.

Bei einer Einzelpraxis oder einer Berufsausübungsgemeinschaft, in der nur Ärzte derselben Fachrichtung tätig sind, ist dieser Unterschied unerheblich. Für eine Praxis mit unterschiedlichen Arztgruppen bedeutet das: Extrabudgetär vergütet werden nur die Leistungen jener Arztgruppe, die den Patienten aufgrund einer TSVG-Konstellation behandelt hat. Wird der Patient danach in derselben Praxis von einem Arzt einer anderen Arztgruppe weiterbehandelt, werden Leistungen, die dem Budget unterliegen, nicht extrabudgetär vergütet.

Sofern also mehrere Arztgruppen aufgrund von TSVG-Konstellationen einen Patienten innerhalb einer Praxis behandeln, ist es wichtig, dass je TSVG-Arztgruppe ein weiterer Behandlungsschein für den Patienten angelegt wird. Dieser ist jeweils mit der entsprechenden TSVG-Konstellation zu kennzeichnen. Nur dadurch kann gewährleistet werden, dass mehrere Arztgruppen die erbrachten Leistungen extrabudgetär vergütet bekommen.