

Merkblatt zum Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG)

(Version II, Stand Mai 2021)

Inhalt

- 2 Auf einen Blick**
- 3 Detailregelungen Terminvermittlung durch die Terminservicestelle**
- 7 Detailregelungen Terminvermittlung durch Haus-/Kinderärzte**
- 8 Detailregelungen Sprechstundenangebot**
- 10 Detailregelung zur Aufnahme neuer Patienten**
- 11 Bereinigung**
- 12 RLV-/QZV-Gesamtvolumen**

Ansprechpartner:

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

Auf einen Blick:

- **Terminvermittlung durch die Terminservicestelle:
Behandlung extrabudgetär und Zuschläge von bis zu 50 Prozent**
Für Patienten, die über die Terminservicestelle (TSS) dringlich in die Praxis vermittelt werden, erhalten Haus- und Fachärzte sowie Psychotherapeuten seit Inkrafttreten des TSVG (11. Mai 2019), alle Leistungen im Arztgruppenfall extrabudgetär und damit in voller Höhe vergütet. Voraussetzung dafür ist, dass ein dringlicher Termin den Patienten innerhalb maximal vier Wochen (zwei Wochen bei psychotherapeutischer Akutbehandlung) zur Verfügung gestellt wurde. **Zusätzlich** gibt es **Zuschläge auf die Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale**. Die Höhe richtet sich nach der Wartezeit auf einen Termin.
→ siehe Seite 3 ff.
- **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 Vermittlung eines dringenden Facharzttermins **einen Zuschlag** von 10,35 Euro (93 Punkte). Die weiterbehandelnden **Fachärzte** wiederum erhalten alle Leistungen im Arztgruppenfall, nach der Vermittlung durch den Hausarzt innerhalb von vier Tagen, **extrabudgetär** und damit in voller Höhe vergütet.
→ siehe Seite 7 f.
- **Offene Sprechstunden: Behandlung extrabudgetär**
In der offenen Sprechstunde, die insbesondere Fachärzte der „grundversorgenden und wohnortnahen Patientenversorgung“ anbieten müssen (→ siehe Seite 9 f.), werden alle Leistungen im Arztgruppenfall **extrabudgetär** und damit in voller Höhe vergütet – für bis zu fünf offene Sprechstunden je Kalenderwoche
→ siehe Seite 8 f.
- **Aufnahme neuer Patienten: Behandlung extrabudgetär**
Sucht ein Patient erstmals oder erstmals nach zwei Jahren eine Praxis bestimmter Fachrichtungen auf, werden alle Leistungen im Arztgruppenfall **extrabudgetär** und damit in voller Höhe vergütet
→ siehe Seite 10 f.

Bei den oben genannten Sachverhalten werden alle Leistungen im Arztgruppenfall extrabudgetär vergütet (Arztgruppenfall umfasst alle ambulanten Leistungen, die von derselben Arztgruppe in derselben Arztpraxis innerhalb desselben Quartals an demselben Patienten zulasten derselben Krankenkasse erbracht werden). Von einer extrabudgetären Vergütung in den TSVG-Konstellationen grundsätzlich ausgenommen sind Laborleistungen des Kapitels 32 EBM sowie Leistungen im organisierten Bereitschaftsdienst (letztere sind gemäß § 87b Abs. 1 Satz 3 SGB V aus der MGV zu 100 Prozent zu vergüten).

Detailregelungen zur Terminvermittlung durch die Terminservicestelle (TSS)

Die TSS vermittelt neben Terminen bei Fachärzten und Psychotherapeuten auch Termine bei Haus- sowie Kinder- und Jugendärzten (inklusive Termine für die sogenannten U-Untersuchungen). Für die Vermittlung von dringlichen Behandlungsterminen bei einem Facharzt muss eine Überweisung mit Vermittlungscode vorliegen (Ausnahmen: überweisungsfreie Fachgruppen und Akutfälle). Überweisungsfreie Fachgruppen sind Haus- und Kinderärzte, Augenärzte, Frauenärzte sowie Psychotherapeuten. Hier benötigen Patienten für die TSS-Terminvermittlung keine Überweisung, dies gilt ebenso für Termine für eine psychotherapeutische Sprechstunde. **Die Behandelnden erhalten alle Leistungen im Arztgruppenfall, ausgenommen Laborleistungen des Kapitel 32 EBM, extrabudgetär vergütet** (nicht bei TSS-Routine-Termin).

Über die TSS können auch nicht dringliche Termine vermittelt werden, z. B. wenn der Termin selbst über den eTerminservice der KV gebucht wird, keine Überweisung mit Vermittlungscode vorliegt oder bei Bagatellerkrankungen (sogenannter TSS-Routine-Termin). **Ohne Dringlichkeit entfällt die extrabudgetäre Vergütung**, auch wenn die Behandlung innerhalb von vier Wochen stattfindet (keine Angabe der GOP 99873T).

Bei den überweisungsfreien Fachgruppen gelten vermittelte Termine innerhalb von vier Wochen dagegen grundsätzlich als „dringend“, es sei denn, es geht explizit um z. B. verschiebbare Vorsorgeuntersuchungen.

Die sogenannten Wartezeit-Zuschläge sind bei Zutreffen der Zeitintervalle (unabhängig von der Dringlichkeit) immer berechnungsfähig.

Termine zur psychotherapeutischen Akutbehandlung müssen innerhalb von zwei Wochen von der TSS vermittelt werden. Patienten benötigen eine Bescheinigung, dass eine Akutbehandlung erforderlich ist (PTV 11).

Kennzeichnung TSS-Terminfall: Angabe der **Pseudo-GOP 99873T** („T“ wie Terminservicestelle).

TSS-Akutfall – was ist das und wie ist er zu kennzeichnen?

Ab dem 01.10.2020 werden Anrufe, die unter der 116117 eingehen, einem standardisierten Ersteinschätzungsverfahren zur Dringlichkeit der Behandlung unterzogen. Wird in dringenden Fällen dann ein Termin innerhalb von 24 Stunden in einer Arztpraxis vermittelt, liegt ein sogenannter TSS-Akutfall vor.

Kennzeichnung TSS-Akutfall: Angabe der **Pseudo-GOP 99873A** („A“ wie Akutfall).

Wartezeit-Zuschlag bei Terminvereinbarung über die TSS, auf die Versicherten-, Grund-, oder Konsiliarpauschale und Zusatzpauschale bei Kinder-Früherkennungsuntersuchungen (U-Untersuchungen; ab 1. Januar 2020)

Der Zuschlag auf die Versicherten-, Grund-, oder Konsiliarpauschale bei den TSS-vermittelten Fällen ist ebenso wie die **Zusatzpauschale bei den U-Untersuchungen** gestaffelt nach der Länge der **Wartezeit** zwischen Anruf und Termin.

Für die Zuschläge **TSS-Terminvermittlung** gibt es arztgruppenspezifische Gebührenordnungspositionen in jedem der EBM-Kapitel 03 bis 27 (ohne Kapitel 12 Labormedizin und 19 Pathologen) und im Abschnitt 30.7 (Schmerztherapie) als Zuschläge auf die Versicherten-, Grund-, oder Konsiliarpauschalen (→ siehe Seite 5 ff., z. B. GOP 18228 bei den Orthopäden). Zu jedem Zuschlag gibt es vier mögliche Buchstaben-Kennzeichnungen A bis D, die die entsprechende Höhe der Zuschläge abbilden und zusammen mit der neuen GOP abgerechnet werden.

Mit der **GOP 01710** gibt es außerdem eine neue **Zusatzpauschale für die Durchführung von Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern aufgrund einer TSS-Vermittlung**. Sie ist in den Fällen berechnungsfähig, in denen am Behandlungstag ausschließlich Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern (EBM-Abschnitt 1.7.1, ausgenommen Laborleistungen und J1) durchgeführt werden und keine Versichertenpauschale berechnet wird. Aufgrund der ebenfalls gestaffelten Bewertung ist die GOP 01710 auch mit den Buchstaben B, C oder D entsprechend der Wartezeit auf den Termin zu kennzeichnen.

Buchstabenkennzeichnung der TSS-Zuschläge / Zusatzpauschale:

Buchstabe	Zeitraum ab Kontaktaufnahme des Versicherten mit der TSS bis zum Behandlungstag	Zuschlag auf die jeweilige altersgruppenspezifische Versicherten-, Grund- bzw. Konsiliarpauschale	Bewertung der Zusatzpauschale GOP 01710
A	TSS-Akutfall 24 Stunden (spätestens Folgetag)	50 Prozent	–
B	TSS-Terminfall 1. bis 8.Tag	50 Prozent	114 Punkte
C	TSS-Terminfall 9. bis 14. Tag	30 Prozent	68 Punkte
D	TSS-Terminfall 15. bis 35. Tag	20 Prozent	45 Punkte

Beispiel: Bei einer Terminvermittlung an einen Orthopäden – hier innerhalb von acht Tagen – ist von diesem die GOP 99873T und zusätzlich die GOP 18228B abzurechnen. Die GOP mit den Buchstabenkennzeichnungen sind im Praxisverwaltungssystem (PVS) hinterlegt.

Der Tag der Kontaktaufnahme des Versicherten mit der TSS gilt als erster Zähltag für die Berechnung des gestaffelten prozentualen Zuschlags, bzw. der gestaffelten Bewertung bei der GOP 01710. Der erste Zähltag geht aus der Terminbuchungsbenachrichtigung hervor, die Sie von der Terminservicestelle bekommen.

Werden die (zutreffenden) Wartezeit-Zuschläge nicht abgerechnet, muss die KVBW davon ausgehen, dass kein TSS-Terminfall vorlag und streicht dann die Kennzeichnung der Fälle mit der Pseudo-GOP 99873T.

Eine extrabudgetäre Vergütung von Fällen mit einer längeren Terminierung als 35 Tage ist nicht möglich.

Die Wartezeit-Zuschläge sind im nicht dringlichen Vermittlungsfall berechnungsfähig, wenn der Termin innerhalb der relevanten Zeitfenster liegt.

Beim TSS Terminfall ist sowohl die Angabe der Pseudo-GOP 99873T als auch die Abrechnung des zutreffenden TSS-Zuschlags (z. B. 18228B) für die extrabudgetäre Vergütung erforderlich.

Wartezeit-Zuschläge – Die arztgruppenspezifischen GOP:

Fachgruppe	GOP: „Zuschlag TSS-Terminvermittlung“*
Hausärzte	03010
Kinder- und Jugendmediziner	04010
Anästhesiologie	05228
Augenheilkunde	06228
Chirurgie	07228
Gynäkologie	08228
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	09228
Dermatologie	10228
Humangenetik	11228
Innere Medizin:	
ohne Schwerpunkt (SP)	13228
SP Angiologie	13298
SP Endokrinologie	13348
SP Gastroenterologie	13398
SP Hämatologie/Onkologie	13498

Fachgruppe	GOP: „Zuschlag TSS-Terminvermittlung“*
SP Kardiologie	13548
SP Nephrologie	13598
SP Pneumologie	13648
SP Rheumatologie	13698
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	14218
Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	15228
Neurologie	16228
Nuklearmedizin	17228
Orthopädie	18228
Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen	20228
Psychiatrie und Psychotherapie	21236
Nervenheilkunde und Neurologie und Psychiatrie	21237
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	22228
Ärztliche und psychologische Psychotherapie	23228
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie	23229
Radiologie	24228
Strahlentherapie:	
bei gutartiger Erkrankung	25228
bei bösartiger Erkrankung	25229
nach strahlentherapeutischer Behandlung	25230
Urologie	26228

Fachgruppe	GOP: „Zuschlag TSS-Terminvermittlung“*
Physikalische und Rehabilitative Medizin	27228
Schmerztherapie	30705
Ermächtigte Ärzte, Institute und Krankenhäuser	
Zuschlag zur Grundpauschale I (01320)	01322
Zuschlag zur Grundpauschale II (GOP 01321)	01323

* Es werden im EBM für die GOP keine Punkte oder Euro-Beträge ausgewiesen. Der Grund ist, dass die jeweilige altersgruppenspezifische Grund-, Versicherten- oder Konsiliarpauschale, auf die der Zuschlag von 50, 30 oder 20 Prozent gezahlt wird, unterschiedlich hoch ist. Die Ermittlung der konkreten Zuschlagshöhe erfolgt durch das Praxisverwaltungssystem (PVS).

Detailregelungen zur Terminvermittlung durch Haus-/Kinderärzte

Der Hausarzt oder Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, der einen **dringenden Termin** beim Facharzt vermittelt, erhält einen Vergütungsanreiz von 10,35 Euro (93 Punkte), sofern der vermittelte Termin **innerhalb von vier Kalendertagen** nach Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit durch den Hausarzt liegt. Der Vermittler erhält diese Vergütung unabhängig davon, ob der Patient den Termin auch tatsächlich wahrgenommen hat, es zählt die Vermittlung als solche. 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. Nicht berechenbar ist der Zuschlag, wenn der vermittelte Patient bei demselben Facharzt im laufenden Quartal bereits behandelt wurde.

Die Hausarzt-Vermittlung innerhalb einer BAG oder innerhalb eines MVZ ist rechtlich ausgeschlossen, da der Gesetzgeber für die Vermittlung dringlicher Termine beim Facharzt gemäß TSVG eine Überweisung fordert. Eine Überweisung ist innerhalb einer Praxiskonstellation nicht möglich.

Es gilt der Tag nach Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit als erster Zähltag der vier Kalendertage.

Hausarzt-/Kinderarzt-Vermittlungsfall:

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

Hat ein Hausarzt einem Patienten einen dringend benötigten Termin bei einem Facharzt vermittelt, erhält der weiterbehandelnde **Facharzt** alle Leistungen im Arztgruppenfall, ausgenommen Laborleistungen des Kapitel 32 EBM, in voller Höhe **extrabudgetär vergütet**, sofern die Behandlung innerhalb von vier Kalendertagen nach Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit erfolgt.

Kennzeichnung Hausarztvermittlungsfall: Angabe der **Pseudo-GOP 99873H** („H“ wie Hausarzt) **durch den annehmenden Facharzt.**

Abrechnungsprüfung

Auch die Abrechnungsprüfungs-Richtlinie wird angepasst, wonach Hausärzte/Kinderärzte als auffällig gelten, wenn sie in mehr als 15 Prozent ihrer Fälle die Vermittlungspauschale nach den GOP 03008/04008 abrechnen. In diesen Fällen soll eine Auffälligkeitsprüfung erfolgen.

Detailregelungen zum Sprechstundenangebot

Anzahl der Mindestsprechstunden auf 25 Stunden pro Woche angehoben.

Vertragsärzte müssen bei vollem Versorgungsauftrag pro Woche an allen Tätigkeitsorten **insgesamt** persönlich mindestens 25 Sprechstunden für GKV-Patienten anbieten. Besuchszeiten (inklusive der Wegezeiten) und OP-Zeiten werden auf die Sprechstundenzeiten angerechnet. Da die Wegezeiten regional in den Gesamtverträgen vereinbart sind, ist deren angemessene Berücksichtigung noch von den Gesamtvertragspartnern zu regeln. Wir informieren, sobald hier endgültige Entscheidungen vorliegen.

Teile der Fachärzte müssen sogenannte offene Sprechstunden anbieten –

Betroffene Fachgruppen:

Augenärzte, Chirurgen, Gynäkologen, HNO-Ärzte, Hautärzte, Kinder- und Jugendpsychiater, Nervenärzte, Neurochirurgen, Neurologen, Orthopäden, Psychiater und Urologen

Ausnahmen:

Ärzte, die die GOP 30702 EBM in einem Quartal abrechnen, müssen in diesem Quartal keine offene Sprechstunde anbieten.

Diese müssen von den 25 Sprechstunden bei vollem Versorgungsauftrag mindestens fünf Stunden wöchentlich als offene Sprechstunden ohne vorherige Terminvereinbarung anbieten (bei reduziertem Versorgungsauftrag anteilig).

Patienten benötigen für diese offenen Sprechstunden keine Überweisung.

Für die konkrete Organisation der offenen Sprechstunden werden keine Vorgaben gemacht. Entscheidend ist, dass die Gesamtzahl an offenen Sprechstunden entsprechend der Anzahl der Ärzte der jeweiligen Arztgruppe von der Praxis erfüllt wird.

Der Gesetzgeber hat keine Vorgaben zur Umsetzung gemacht, damit unterliegt die konkrete Ausgestaltung allein dem Terminmanagement der Praxis. Bei großem Andrang können beispielsweise Patienten, die nicht sofort eine Behandlung benötigen, auf die nächste offene Sprechstunde hingewiesen oder es kann ihnen ein Termin angeboten werden. Notfälle können nicht abgewiesen werden.

Die Sprechstundenzeiten und gesondert die offenen Sprechstunden sind durch die KVBW auf deren Homepage zu veröffentlichen. Auch die Praxen müssen die Zeiten der offenen Sprechstunden in geeigneter Form (z. B. Anrufbeantworter, Aushang oder Homepage) bekannt geben. Möglich ist auch ein Hinweis auf dem Praxisschild auf die Homepage der Praxis bzw. die Homepage der KVBW (www.arztsuche-bw.de).

Vergütung / Abrechnung:

Für **bis zu fünf offene Sprechstunden** pro Kalenderwoche erfolgt die Vergütung **extrabudgetär**.

Die Umsetzung beinhaltet eine Höchstgrenze ausbudgetierter Behandlungsfälle der offenen Sprechstunde, die praxisbezogen auf Basis der Arztgruppenfälle des aktuellen Quartals bestimmt wird. Maximal werden 17,5 Prozent dieser Fälle als „offene-Sprechstunden-Fälle“ extrabudgetär vergütet.

Bei Überschreitung der Höchstgrenze für die extrabudgetär zu vergütenden Fälle erfolgt die Auswahl der heranzuziehenden Fälle per definiertem Zufallsalgorithmus.

Kennzeichnung offene Sprechstunde: Angabe der **Pseudo-GOP 998730** („O“ wie offene Sprechstunde)

Meldung der Sprechstundenzeiten und offenen Sprechstunden:

Bitte nutzen Sie für Ihre Meldungen der Sprechstundenzeiten und offenen Sprechstunden folgendes Tool auf der Homepage der KV Baden-Württemberg (hier können auch die Zeiten für Hausbesuche angegeben werden, die damit bei der Sprechstundenzeit insgesamt Berücksichtigung finden):

<https://www.kvbawue.de/meldeformular>

Alternativ können Sie Ihre Zeiten auch per Mail (je nach Region unter Angabe Ihrer LANR/BSNR) angeben:

Arztregister.Freiburg@kvbawue.de

Arztregister.Karlsruhe@kvbawue.de

Arztregister.Reutlingen@kvbawue.de

Arztregister.Stuttgart@kvbawue.de

Detailregelung zur Behandlung neuer Patienten (Erstkontakt)

Bei Patienten, die noch nie oder seit mindestens zwei Jahren nicht mehr (**aktuelles Quartal und acht vorhergehende Quartale**) von einer Arztgruppe einer Praxis behandelt wurden, alle Leistungen im jeweiligen Arztgruppenfall, ausgenommen Laborleistungen des Kapitel 32 EBM, in voller Höhe vergütet.

Eine vorausgegangene Behandlung im Rahmen eines Selektivvertrags führt nicht zur Einstufung Neupatient.

Die Zählung als Neupatient erfolgt nicht je Praxis, sondern je Arztgruppe einer Praxis, allerdings begrenzt auf maximal zwei Arztgruppen in einer Praxis. Danach gilt ein Versicherter für eine Arztgruppe nur dann als Neupatient, wenn er in der bestehenden Praxis im aktuellen Quartal sowie den acht vorangegangenen Quartalen entweder gar nicht oder von höchstens einer anderen Arztgruppe behandelt wurde.

Arztgruppen mit extrabudgetärer Vergütung der Neupatienten:

Hausärzte, Kinder- und Jugendärzte, Anästhesisten (wenn sie die GOP 30700 EBM für eine schmerztherapeutische Behandlung im selben Quartal abgerechnet haben), Augenärzte, Chirurgen, Gynäkologen, HNO-Ärzte, Hautärzte, Internisten (ohne Schwerpunkt, Angiologen, Endokrinologen, Gastroenterologen, Hämato-/Onkologen, Kardiologen, Nephrologen, Pneumologen, Rheumatologen), Kinder- und Jugendpsychiater, Nervenärzte und Neurologen, Neurochirurgen, Orthopäden, Fachärzte für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen, Psychiater, Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychotherapeuten (ärztlich und psychologische) sowie KJP, Urologen, Fachärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin.

Für Neupraxen gilt diese Regelung nicht.

Neu gegründete Praxen, übernommene Einzelpraxen und damit auch Praxen mit geändertem Praxistyp unterliegen einer Sperrfrist von zwei Jahren (volle acht Quartale nach Gründung), so die für die KVBW bindende Bundesvorgabe. In diesem Zeitraum gilt die extrabudgetäre Vergütung für diese Praxen **nicht**.

Ändert sich in einer BAG mit mehr als zwei Teilnehmern oder in einem MVZ die Anzahl der Ärzte, oder ändern sich die Personen der Gesellschafter, liegt dagegen keine Neupraxis vor. Dies gilt auch für Veränderungen bei angestellten Ärzten in bestehenden Praxen/BAG/MVZ. Hier kommt die extrabudgetäre Vergütung zum Tragen.

Kennzeichnung Neupatienten: Angabe der **Pseudo-GOP 99873E** („E“ wie Erstpatient) → Zusetzung durch KV.

Bitte beachten Sie beim EBM-Kapitel 13, dass jeder Abschnitt als eigene Arztgruppe zählt.

Bereinigung von Vergütungsanteilen und Leistungsbereichen relativiert Entbudgetierung im Bereinigungszeitraum

Die Vergütung der Leistungen in sogenannten TSVG-Konstellationen erfolgt extrabudgetär in voller Höhe zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung. Der Gesetzgeber hat einen Bereinigungszeitraum von einem Jahr vorgegeben, wobei die neuen Zusatzpauschalen TSS-Terminvermittlung nicht bereinigt werden müssen.

Ein echtes Honorarplus für mehr Patienten und mehr Leistungen mit entsprechender Mehrvergütung kann – durch den Gesetzgeber so vorgegeben – für die genannten Fälle allerdings erst erfolgen, wenn keine Bereinigung des budgetierten Teils der Vergütung mehr erfolgt, also nach einem Jahr.

Bereinigungszeiträume:

TSS-Terminfall:	11.05.2019 – 10.05.2020
Hausarztvermittlungsfall:	11.05.2019 – 10.05.2020
Offene Sprechstunde:	01.09.2019 – 31.08.2020
Neupatient:	01.09.2019 – 31.08.2020
TSS-Akutfall:	01.10.2020 – 30.09.2021

Die ersten bereinigungsrelevanten Quartale bringen finanzielle Herausforderungen hinsichtlich der Vergütung für die weiterhin budgetierten regelhaften Behandlungen. Eine komplette Entbudgetierung, in welcher 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/Kinderarzt). 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

Der Vorbehalt in der quartalsweisen Information über die Höhe des RLV und QZV wird um den Zusatz ergänzt, 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.**