

Merkblatt zum TSVG Terminservice- und Versorgungsgesetz

hier: Abrechnung neuer Leistungen (Stand: 11. Mai 2019)

Auf einen Blick:

- **Terminvermittlung durch die Terminservicestelle:
Behandlung extrabudgetär und Zuschläge von bis zu 50 Prozent**
Haus- und Fachärzte sowie Psychotherapeuten erhalten für Patienten, die über die Terminservicestelle (TSS) in die Praxis vermittelt werden, **ab Inkrafttreten des TSVG (11. Mai 2019)** alle Leistungen im Behandlungsfall, die aufgrund der Terminvermittlung nötig sind, extrabudgetär und damit in voller Höhe vergütet. Zusätzlich erfolgen **ab 1. September 2019 Zuschläge auf die Versicherten- bzw. Grundpauschale** von 50, 30 und 20 Prozent. Die Höhe richtet sich nach der Wartezeit auf einen Termin.
- **Terminvermittlung durch einen Hausarzt beim Facharzt:
10 Euro beim Hausarzt und Behandlung beim Facharzt extrabudgetär**
Hausärzte erhalten für die erfolgreiche Vermittlung eines Facharzttermins **ab 1. September 2019 einen Zuschlag** von zehn Euro. Die weiterbehandelnden **Fachärzte** wiederum erhalten bereits **ab 11. Mai 2019** alle Leistungen im Behandlungsfall nach der Vermittlung durch den Hausarzt **extrabudgetär** und damit in voller Höhe vergütet.
- **Offene Sprechstunden: Behandlung extrabudgetär**
In der offenen Sprechstunde, die Fachärzte der „grundversorgenden und wohnortnahen Patientenversorgung“ **ab 1. September 2019** anbieten müssen, werden alle Leistungen im Behandlungsfall **extrabudgetär** und damit in voller Höhe vergütet – für bis zu fünf offenen Sprechstunden je Kalenderwoche.
- **Aufnahme neuer Patienten: Behandlung extrabudgetär**
Sucht ein Patient erstmals oder erstmals nach zwei Jahren eine Praxis bestimmter Fachrichtungen (derzeit noch nicht definiert) auf, werden **ab 1. September 2019** alle Leistungen in dem Behandlungsfall **extrabudgetär** und damit in voller Höhe vergütet.

Wichtig:

Die extrabudgetäre Vergütung geht im ersten Jahr mit einer gleichzeitigen Bereinigung des budgetierten Teils der Vergütung Ihrer Praxis einher, so dass die Leistungen nicht automatisch besser vergütet werden!

Wissenswert:

Dass es unterschiedliche Zeitpunkte für die Wirksamkeit der Vergütungsregelungen gibt, hängt damit zusammen, dass die Bundesvertragspartner erst die Vorgaben für neue Gebührenordnungspositionen des EBM (Zuschläge) treffen und die betroffenen Facharztgruppen der grundversorgenden und wohnortnahen Versorgung (offene Sprechstunde, Neupatienten) definieren müssen.

Abrechnung und Vergütung im Detail:

Terminvermittlungen

▪ Vergütung für von der Terminservicestelle (TSS) vermittelte Patienten

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

Die TSS vermittelt nun auch Termine bei Haus- sowie Kinder- und Jugendärzten, inklusive Termine für die sogenannten U-Untersuchungen neben wie bisher schon zu Fachärzten und Psychotherapeuten. Patienten benötigen für diese Terminvermittlung zu Haus- und Kinderärzten sowie Psychotherapeuten über die TSS keine Überweisung, die Behandelnden erhalten jedoch **mit Inkrafttreten des Gesetzes** alle Leistungen im Behandlungsfall, die aufgrund der Terminvermittlung erforderlich sind, **extrabudgetär vergütet**.

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

Vor dem Hintergrund, dass die Finanzierungsverhandlungen noch nicht abgeschlossen sind, ist diese weitergehende Kennzeichnung erforderlich. Außerdem muss, um die mit der konkreten TSS-Vermittlung im Zusammenhang stehenden Leistungen selektieren zu können, für diese immer dann ein **gesonderter (duplizierter) Abrechnungsschein angelegt werden** (entsprechend dem Verfahren bei § 115b SGB V sowie dem Zweitmeinungsverfahren), wenn im gleichen Quartal auch noch andere Konsultationen / Behandlungen, unabhängig von der TSS-Vermittlung stattgefunden haben (weitere Arzt-/Patientenkontakte im Quartal beim selben Arzt oder bei anderen Ärzten in einer BAG / einem MVZ).

Ab 1. September 2019 kann zudem ein **Zuschlag auf die Versicherten- bzw. Grundpauschale** angesetzt werden, der nach der Länge der **Wartezeit** gestaffelt ist:

- **50 Prozent:** Termin innerhalb von 8 Tagen
(TSS-Akutfall: in Akutfällen, bei Terminvermittlung innerhalb von 24 Stunden nach einem standardisierten medizinischen Ersteinschätzungsverfahren, frühestens ab 1. September 2019 / spätestens ab 1. Januar 2020)
- **30 Prozent:** Termin innerhalb von 9 bis 14 Tagen
- **20 Prozent:** Termin innerhalb von 15 bis 35 Tagen.

Der Bewertungsausschuss wird hierfür neue Gebührenordnungspositionen (GOP) in den EBM aufnehmen, die derzeit noch nicht bekannt sind.

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

Auch hier erfolgt die Kennzeichnung des Behandlungsfalls (TSS-Terminfall) in der Abrechnung wie oben dargelegt.

▪ Hausärzte vermitteln dringende Termine bei Fachärzten

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

Ab 1. September 2019 erhält der einen **dringenden Termin** vermittelnde Hausarzt einen Vergütungsanreiz von 10 Euro zusätzlich.

Vermittelt ein **Hausarzt** einem Patienten einen dringend benötigten Termin bei einem Facharzt, erhält der weiterbehandelnde **Facharzt** alle Leistungen im Behandlungsfall nach der Vermittlung durch den Hausarzt in voller Höhe **extrabudgetär vergütet**.

Der Bewertungsausschuss wird hierfür für Hausärzte eine EBM-GOP einführen mit **verpflichtender Angabe der Arztnummer des Überweisungsempfängers**.

Der Behandlungsfall ist durch den annehmenden Facharzt in der Abrechnung im entsprechenden KVDT-Feld als HA-Vermittlungsfall zu kennzeichnen. Der HA-Vermittlungsfall ist außerdem mit der Pseudo-GOP 99873H zu kennzeichnen. (GOP 99873H muss derzeit noch manuell im PVS angelegt werden.)

Wie auch bei der TSS-Vermittlung, **muss für diese HA-Vermittlungsfälle immer dann ein gesonderter (duplizierter) Abrechnungsschein angelegt werden** (entsprechend dem Verfahren bei § 115b SGB V sowie dem Zweitmeinungsverfahren), **wenn im gleichen Quartal auch noch andere Konsultationen / Behandlungen unabhängig von der HA-Vermittlung stattgefunden haben** (weitere Arzt-/Patientenkontakte im Quartal beim selben Arzt oder bei anderen Ärzten in einer BAG / einem MVZ).

Sprechstundenangebot

▪ Anzahl der Mindestsprechstunden auf 25 angehoben

- ab 11. Mai 2019
- kein Vergütungsanreiz

Pro Woche müssen bei vollem Versorgungsauftrag mindestens 25 Stunden Sprechzeit für GKV-Patienten angeboten werden, statt wie bisher 20. Die Zeit für Hausbesuche wird eingerechnet.

▪ Teile der Fachärzte müssen offene Sprechstunden anbieten

- ab 1. September 2019
- Vergütung extrabudgetär

Fachärzte, die die grundversorgende und wohnortnahe Versorgung sicherstellen, müssen mindestens fünf Stunden offene Sprechzeit in der Woche anbieten. Patienten benötigen für diese Sprechzeiten keine Überweisung. Für **bis zu fünf offene Sprechstunden** pro Kalenderwoche erfolgt die Vergütung **extrabudgetär**. Welche Arztgruppen als grundversorgend und wohnortnah definiert werden und somit dieser Verpflichtung **ab September** nachkommen müssen, wird noch von KBV und GKV-Spitzenverband im Bundesmantelvertrag-Ärzte im Detail festgelegt. Die Umsetzung der auf fünf Stunden pro Woche begrenzten extrabudgetären Vergütung ist noch offen.

Auch diese Fälle werden kennzeichnungspflichtig. Die letzten Details hierzu und zur Umsetzung (Begrenzung auf fünf Stunden) befinden sich noch in Abstimmung; wir informieren sobald wie möglich. Praxen sollten ihr Terminmanagement entsprechend vorbereiten.

Aufnahme neuer Patienten (Erstkontakt)

Leistungen für neue Patienten bestimmter Fachgruppen

- ab 1. September 2019
- Vergütung extrabudgetär

Bei Patienten, die **noch nicht, oder seit mindestens zwei Jahren nicht mehr in der Praxis waren**, werden **ab 1. September 2019** alle Leistungen im jeweiligen Behandlungsfall in voller Höhe vergütet. Für welche Fachrichtungen diese Regelungen gilt, wird noch vom Bewertungsausschuss festgelegt.

Auch diese Fälle werden zu kennzeichnen sein. Im Zuge der noch ausstehenden Gespräche zur genauen Kennzeichnungspflicht wird auch zu klären sein, wie mit ehemaligen Selektivvertragspatienten oder reinen Rezeptausstellungen umzugehen ist.

Anpassung PVS

Nach Auskunft der KBV wurden die Softwarehersteller bereits frühzeitig informiert, sodass die Funktion zur Kennzeichnung der Behandlungsfälle (TSS-Terminfall oder Hausarzt-Vermittlungsfall) und extrabudgetären Leistungen in den Praxisverwaltungssystemen integriert ist und bereits zum zweiten Quartal zur Verfügung steht. Allerdings sind in den Gebührenordnungs-Stammdaten die GOP zur Kennzeichnung der Fälle (99873T oder 99873H) noch nicht vorhanden und müssen durch Sie händisch neu angelegt werden.

Über die Abrechnung und Kennzeichnung der weiteren Leistungen, für die ab 1. September 2019 eine extrabudgetäre Vergütung vorgesehen ist, wird derzeit noch beraten.

Unser Ziel ist es, Ihnen die entsprechenden Informationen schnellstmöglich an die Hand zu geben.

Bereinigung von Vergütungsanteilen und Leistungsbereichen

Die Vergütung der neuen Leistungen erfolgt extrabudgetär in voller Höhe zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung.

Ein echtes Honorarplus mit entsprechender Mehrvergütung kann – durch den Gesetzgeber so vorgesehen – für die genannten Fälle allerdings erst im zweiten Jahr nach Inkrafttreten des TSVG generiert werden.

Denn das erste Jahr bringt finanzielle Herausforderungen hinsichtlich der Vergütung für die weiterhin budgetierten regelhaften Behandlungen: Da für die ersten vier Quartale 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 Ihr RLV-Gesamtvolumen eingeht. Keine Bereinigung findet lediglich bei den Zuschlägen auf die Versicherten- bzw. Grundpauschale statt (Wartzeitzuschläge, Zuschlag Vermittlung Facharzttermin durch Hausarzt).

Ein Mehr an Fällen und Leistungen geht somit im ersten Jahr zu Lasten der Preise für die übrigen Leistungen und reduziert in der Folge die MGV und **damit auch das RLV Ihrer Praxis.**

Werden innerhalb des ersten Jahres 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 ab dem zweiten Jahr sind die zuvor ausgeführten Fallkonstellationen tatsächlich Einzelleistungen und werden von den Krankenkassen wirklich zusätzlich zur MGV mit dem tatsächlichen Preis auch vergütet.

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

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

Somit war es uns zu diesem Zeitpunkt noch nicht möglich, Sie auf die durch das Gesetz vorgegebene und notwendige **Bereinigung** hinzuweisen. Selbstverständlich werden wir für die folgenden Quartale den Vorbehalt in der Information über die Höhe des RLV und QZV um den Zusatz ergänzen, dass eine **nachträgliche Anpassung des RLV-/QZV-Gesamtvolumens zwangsläufig anlässlich des TSVG** erfolgt (aufgrund der im Zusammenhang mit der Bereinigung der MGV (Ausbudgetierung) gem. § 87a Abs. 3 Satz 7 SGB V notwendigen arztindividuellen Bereinigung um die extrabudgetär zu vergütenden Leistungen).

Im ersten Jahr der extrabudgetären Vergütungen muss das mitgeteilte RLV und QZV – auch bereits für das 2. Quartal 2019 – aufgrund der gesetzlichen Regelung im Umfang der erbrachten neuen extrabudgetären Behandlungen bereinigt werden. Das heißt: **Die Leistungen der ausbudgetierten Fälle reduzieren in den Quartalen 2/2019 bis einschließlich 1/2020 Ihr RLV-QZV-Gesamtvolumen.** Diese werden Ihnen aber nach dieser Bereinigung in voller Höhe vergütet. Damit bleibt Ihr Honorar gleich – im ersten Jahr geringfügig um die Preisdifferenz erhöht. Im Folgejahr werden die extrabudgetären Fälle nicht für die Bemessung Ihres RLVs herangezogen. Dann werden alle neuen extrabudgetären Fälle des TSVG zusätzlich ohne neue Bereinigung vergütet.

Dies bitten wir dringend zu beachten!

Bei Fragen wenden Sie sich gerne an:

Abrechnungsberatung

Telefon 0711 7875-3397

abrechnungsberatung@kvbawue.de