

Das Terminservice- Versorgungsgesetz - TSVG

Tour de Ländle der KVBW

13.05.2019, Susanne Lilie, Geschäftsführerin

Alles Gute.

KVBW 

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Agenda

Begrüßung und Einführung

- I. TSVG: Die wichtigsten Regelungen im Überblick
- II. TSVG im Detail: die Terminservicestelle „TSS“ (Frau Pelzl)
- III. TSVG im Detail: die neuen Vergütungsregelungen

TSVG

**Wir hätten es uns anders gewünscht –
als ob es nicht schon kompliziert genug
wäre!**

„Vermarktung“ des TSVG

So bekommen Patienten schneller Termine

- ✓ Terminservicestellen vermitteln künftig 24/7 Termine
- ✓ neu: auch bei Haus- und Kinderarztterminen
- ✓ bei Akutfällen Vermittlung zu einer offenen Praxis oder Notfallambulanz
- ✓ Terminservicestellen künftig unter einheitlicher Nummer 116117 erreichbar
- ✓ sie vermitteln dann auch dauerhaften Haus- oder Kinderarzt



So werden Ärzte für Zusatzangebote entlohnt

- ✓ wer kurzfristig Patienten annimmt, bekommt mehr Geld
- ✓ Hausärzte, die einen Termin zum Facharzt vermitteln, werden dafür entlohnt
- ✓ mehr Geld für Mehrarbeit ab der 20. Sprechstunde/Woche
- ✓ Kommunikation zwischen Arzt und Patient (sprechende Medizin) wird vergütet



So viele Sprechstunden müssen Ärzte künftig anbieten

- ✓ statt bisher 20 nun mindestens 25 Stunden pro Woche
- ✓ davon 5 offene Sprechstunden ohne feste Terminvergabe



So sorgen wir für Ärzte auf dem Land

- ✓ Regionale Zuschüsse für Ärzte in unterversorgten Regionen
- ✓ mehr Geld für Praxisgründungen in ländlichen Gebieten möglich
- ✓ wenn es zu wenig Ärzte gibt, müssen Kassenärztliche Vereinigungen Alternativen anbieten z.B. Patientenbusse, digitale Sprechstunden, mobile Praxen



Quelle: BMG

I. TSVG: Die wichtigsten Regelungen im Überblick

TSVG: Die wichtigsten Regelungen im Überblick



Erweiterte Sprechstundenzeiten (§ 19 Ärzte-ZV, § 95 SGB V)



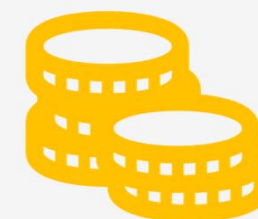
- **Mindestsprechstundenzeiten** von **25 Stunden** pro Woche.
Hausbesuchszeiten werden künftig als Teil des Versorgungsauftrages angerechnet.
- **Offene Sprechstunden: Facharztgruppen der grundversorgenden und wohnortnahen Versorgung** (z.B. konservativ tätige Augenärzte, Frauenärzte, HNO-Ärzte → genaue Festlegung der Fachgruppen im BMV) **müssen** künftig mindestens **5 h/ Woche** als offene Sprechstunden (= ohne vorherige Terminvereinbarung) anbieten
- Die **KVen informieren online** über die **Sprechstundenzeiten** der Vertragsärzte
- Die **KVen** haben die **Einhaltung der Sprechstundenzeiten zu prüfen** und ggf. zu sanktionieren.

Hausärztliche Terminvermittlung

(§§ 73, 87, 87a, 295 SGB V)



- Die **Vermittlung dringend erforderlicher fachärztlicher Behandlungstermine** wird gesetzliche Pflicht für den **Hausarzt**
- **Vergütung** für den **Hausarzt** nach erfolgreicher Terminvermittlung:
 - **extrabudgetärer Zuschlag von mindestens 10 Euro**
- **Vergütung** für den **Facharzt** für die Behandlung des Patienten nach Terminvermittlung durch einen Hausarzt:
 - **extrabudgetäre Vergütung aller Leistungen** im Behandlungsfall

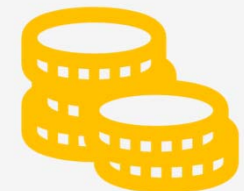


Vergütung für Neupatienten

(§ 87a SGB V)



- **Behandlung „neuer Patienten“ in der Praxis**
 - extrabudgetäre Vergütung aller Leistungen im Behandlungsfall
 - **für welche Patienten:**
 - **erstmalige** Behandlung in Praxis **oder**
 - **mindestens 2 Jahre** nicht in Praxis behandelt („*Neupatienten*“)
 - **für welche Facharztgruppen:**
 - „Ärzte der **grundversorgenden** oder **unmittelbaren** medizinischen Versorgung“
 - *Festlegung durch Bewertungsausschuss (BA)*



Verbindliche Regelungen zur Kodierung (§ 295 SGB V)



Verbindlichen Regelungen zur Kodierung:

- **Festlegung** erstmals zum **30.06.2020** durch **KBV** auf Basis ICD 10 und der stationären „Deutschen Kodierrichtlinien“ und OPS
- mit Wirkung zum **01.01.2022** ⇒ **Kodier-Pflicht!**

Regressschutz und Wirtschaftlichkeitsprüfung (§§ 106 ff., 275, 297 SGB V)



Der Regresschutz wird erweitert:

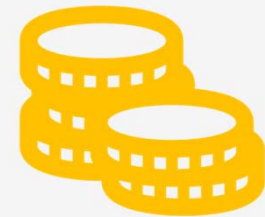
- **Wirtschaftlichkeitsprüfung** innerhalb 2 Jahre (statt 4 Jahre) abgeschlossen, sonst verjährt
- **Ersetzung Zufälligkeitsprüfungen** ärztlicher Leistungen durch Prüfung auf Antrag und Festlegung der Anzahl der zu prüfenden Ärzte durch Landesvertragspartner
- **Aufhebung** der Prüfungen der **Feststellung von AU** und der **Verordnungen von Krankenhausbehandlungen**
- **Verkürzung** der Ausschlussfrist
- Klarstellung, dass **zweijährige Ausschlussfrist bei Abrechnungsprüfungen** sowohl für die KVen als auch für die Krankenkassen maßgeblich ist.
- **Nachforderungen** werden begrenzt auf **Differenz der Kosten** der wirtschaftlichen und der tatsächlichen Leistung

Förderung Weiterbildung

(§ 75a SGB V)



- Förderung von bundesweit **2.000** Weiterbildungsstellen (bisher: 1.000)
- auch WB-Förderung von **Kinder- und Jugendärzten**



Sicherstellung (1)

(§ 105 SGB V)



- **Strukturfonds der KVen** (§ 105 Abs. 1a SGB V)
 - werden **verpflichtend** und auf **bis zu 0,2 Prozent der MGV** verdoppelt
 - **Verwendungszwecke** werden erweitert , z.B. auch für Investitionskosten bei Praxisübernahmen, Betrieb TSS, Stipendien.
- KVen und Krankenkassen **können** in den Verträgen auf Landesebene vereinbaren, dass über Mittel des Strukturfonds hinaus **zusätzliche Mittel zur Sicherstellung der Strukturen des vertragsärztlichen Notdienstes** bereitgestellt werden (§ 105 Abs. 1b –neu SGB V).

Sicherstellung (2)

(§ 105 SGB V)



- **Eigeneinrichtungen** (§ 105 Abs. 1c -neu SGB V)
 - KVen können Eigeneinrichtungen betreiben, auch in Form von mobilen oder telemedizinischen Versorgungsformen.
 - KVen müssen Gebieten, in denen Unterversorgung festgestellt ist, spätestens 6 Monate nach Feststellung Eigeneinrichtungen betreiben
- KVen müssen bei eingetretener oder drohender ärztlicher Unterversorgung sowie bei einem zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf obligatorisch an in diesen Gebieten tätige – noch zu bestimmende - Ärzte / PTen **Sicherstellungszuschläge** bezahlen (§ 105 Abs. 4 SGB V)
 - Über die Anforderungen an die berechtigten Ärzte und Höhe der Sicherstellungszuschläge entscheidet wie bisher der **Landesausschuss**

Digitalisierung (1)

(§§ 67, 291a, 295 SGB V)



- **Ab 01.01.2021: Ärzte schicken AU-Bescheinigungen** unter Angabe der Diagnose online an Krankenkassen (§ 295 SGB V); Ärzte müssen Versicherten aber nach wie vor **AU in Papier** ausstellen (§ 73 Abs. 2 Nr. 9 SGB V)
- **Die Kommunikation und der Daten-/Informationsfluss** zwischen Ärzten/PT untereinander / zu Versicherten und zwischen/zu Krankenkassen soll künftig durch **vernetzte digitale Anwendungen** erfolgen (§ 67 SGB V)
- Krankenkassen müssen ihren Versicherten **spätestens ab 2021** eine **elektronische Patientenakte (ePA)** zur Verfügung stellen
- Der **Zugriff** auf medizinische Daten der ePA soll auch ausschließlich mittels **Smartphone** oder **Tablet** möglich sein

..und weil das noch nicht genug ist:

**Erweiterung der Terminservicestelle „TSS“
zu
Servicestellen für
ambulante Versorgung und Notfälle**

Terminservicestellen (1)

(§ 75 Abs. 1a SGB V)



Die TSS sollen bis spätestens zum 01.01.2020 zu Servicestellen für ambulante Versorgung und Notfälle weiterentwickelt werden.

- Erweitertes Leistungsangebot:
 - Erreichbarkeit TSS rund um die Uhr (24 Stunden/7 Tage) über bundesweit einheitliche Notdienstnummer 116117
 - In Akutfällen werden Patienten auch während der Sprechstundenzeiten auf Basis eines standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens in die richtige Versorgungsebene (=> Arztpraxen, Notfallambulanzen am Krankenhaus oder Rettungsdienst/112) vermittelt

Terminservicestellen (2)

(§ 75 Abs. 1a SGB V)



Ab Inkrafttreten des TSVG gilt:

- Terminvermittlung erfolgt innerhalb 1 Woche, Wartezeit auf einen Termin darf **4 Wochen nicht überschreiten**
- Auch Terminvermittlung zu **Haus- und Kinder-/Jugendärzten, einschließlich Termine für U-Untersuchungen** (Gesundheitsuntersuchungen im Kindesalter)
 - Termin innerhalb von 4 Wochen
 - i.d.R. keine Überweisung nötig, Ausnahmen werden im BMV geregelt
- **Unterstützung** bei der Suche nach **dauerhaft versorgenden Haus-, Kinder- und Jugendärzten** (keine Überweisung nötig)
- TSS vermittelt Termine zur **psychotherapeutischen Akutbehandlung** künftig innerhalb **2 Wochen** (bisher: 4 Wochen)
 - KBV: Bescheinigung (PTV 11) nötig, dass Akutbehandlung erforderlich ist
- Für **FA-Termine** i.d.R. **Überweisung** erforderlich, **Ausnahme: Augen- und Frauenärzte** und im **Akutfall**

Terminservicestellen (3)

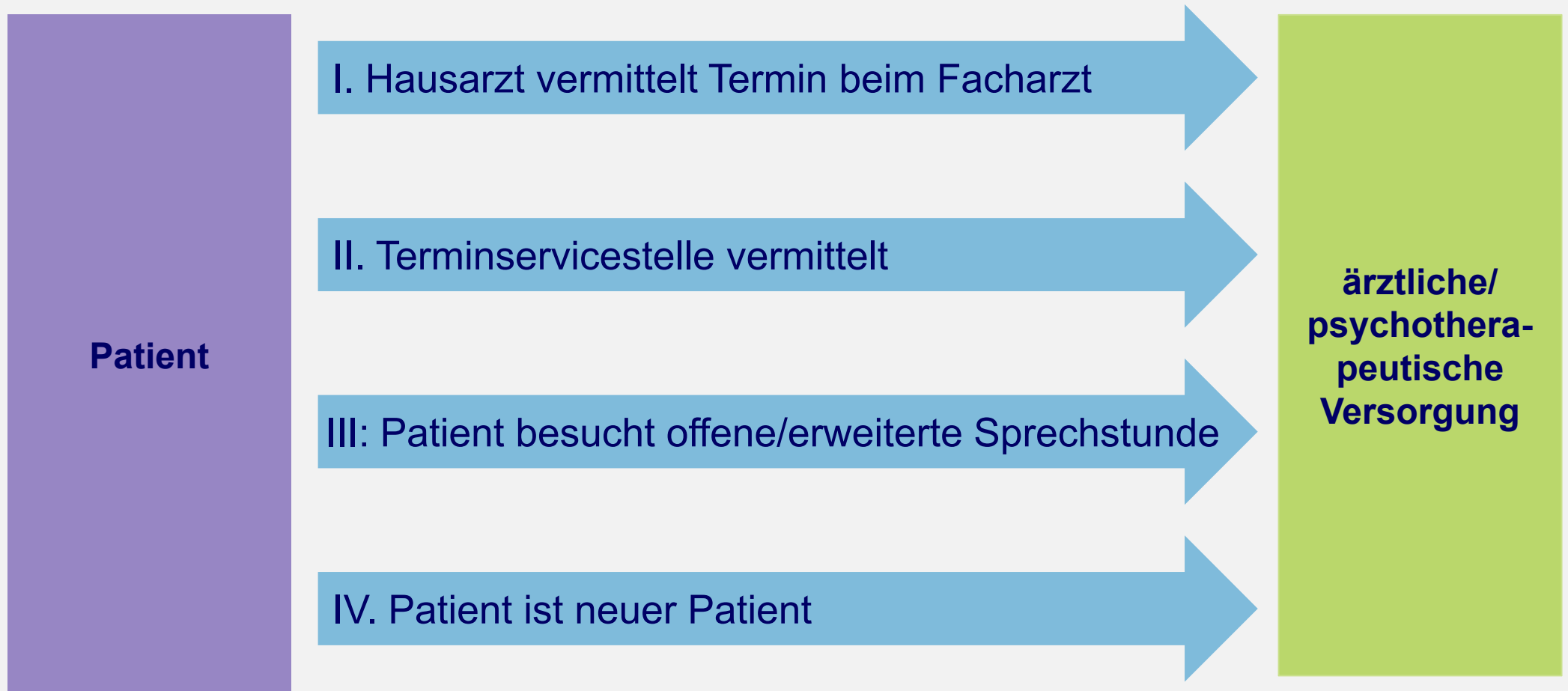
(§ 75 Abs. 1a SGB V)



- **Online-Angebot** zu Terminservicestellen (damit Termine nicht nur telefonisch, sondern auch online oder per App vereinbart werden können)
- **KVen** informieren **online** über **Sprechstundenzeiten** der Ärzte/Psychotherapeuten und **Barrierefreiheit** der Praxis
- **TSS** können auch **mit Landesverbänden der KK** und **mit Rettungsleitstellen kooperieren**
- Die **KBV** regelt Näheres zur **einheitlichen Umsetzung** durch die KVen in Richtlinien
- **Ärzte und Psychotherapeuten sind verpflichtet, für TSS freie Termine zu melden**

II. TSVG im Detail: die neuen Vergütungsregelungen

TSVG Vergütungsregelungen



I. Hausarzt/Kinderarzt

- **Vermittlung eines dringenden Termins beim Facharzt**
 - ▶ Vermittlung durch einen Arzt, der an der hausärztlichen Versorgung teilnimmt

spätestens ab 1. September 2019

Hausarzt/Kinderarzt erhält 10 EUR extrabudgetär

keine Auswirkung auf den HVM

- **§ 87 Abs. 2b, Satz 3 Nr. 4**
(In den EBM ist aufzunehmen:) Ein Zuschlag in Höhe von mindestens **zehn** Euro für die erfolgreiche Vermittlung eines aus medizinischen Gründen dringend erforderlichen Behandlungstermins.
- **Umsetzung**
 - ▶ Einführung einer EBM-GOP (keine weiteren Abrechnungsvoraussetzungen)
 - ▶ erfolgreiche Vermittlung ≠ tatsächliche Terminwahrnehmung
 - ▶ Angabe der BSNR (Arztnummer im Gesetzestext) des „Überweisungs“empfängers ausreichend (verpflichtend)

I. Facharzt

- **Wahrnehmung eines dringenden Termins**

- ▶ der dringende Termin wurde durch einen Arzt vermittelt, der an der hausärztlichen Versorgung teilnimmt

ab Mai 2019 (Inkrafttreten)

Facharzt erhält alle Leistungen im Behandlungsfall extrabudgetär

Achtung: Bereinigung der MGV und Auswirkung auf den HVM

- **Umsetzung**

- ▶ Kennzeichnung des Behandlungsfalls als HA-Vermittlungsfall (aktiv durch Arztpraxis in der Abrechnung – KVDT-Feld)
- ▶ der HA-Vermittlungsfall ist zudem mit der **GOP 99873H** zu kennzeichnen (GOP 99873H muss derzeit noch manuell im PVS angelegt werden)
- ▶ Anlegen eines gesonderten/duplizierten Abrechnungsscheins bei anderen im gleichen Quartal auch noch stattfindenden Konsultationen/Behandlungen (unabhängig von der HA-Vermittlung)
- ▶ keine erweiterten Prüfungen „möglich“ (z.B. Datenabgleich mit „Hausarztüberweisung“)
- ▶ Abgrenzung MGV (extrabudgetärer Behandlungsfall) durch Bewertungsausschuss und Honorarvertrag mit den Krankenkassen (regional)

II. Terminservicestelle (TSS)

- **Vermittlung von Termin**

- ▶ zusätzlich zu Fachärzten nun auch bei Hausärzten, Kinder- u. Jugendärzten (inkl. U-Untersuchung)
- ▶ psychotherapeutische Akutbehandlung innerhalb von 2 Wochen (bisher 4)

ab Mai 2019 (Inkrafttreten)

extrabudgetäre Vergütung der Leistungen im Behandlungsfall, die aufgrund der Terminvermittlung erforderlich sind

Achtung: Bereinigung der MGV und Auswirkungen auf HVM

spätestens ab 1. Sept. 2019 gestaffelter Zuschlag Vers./Grundpauschale; 50%, 30%, 20% je Wartezeit (8, 14, 35 Tagen)

- **§ 87a Abs. 3, Satz 5 Nr. 3**

(...außerhalb der Gesamtvergütung sind mit den Preisen der regionalen Euro-GO zu vergüten:)

Leistungen im Behandlungsfall, die auf Grund der Vermittlung durch die TSS erbracht werden.

- **Umsetzung**

- ▶ Kennzeichnung des Behandlungsfalls als TSS-Terminfall (aktiv durch Arztpraxis in der Abrechnung – KVDT-Feld)
- ▶ der TSS-Terminfall ist zudem mit der GOP 99873T zu kennzeichnen (GOP 99873T muss derzeit noch manuell im PVS angelegt werden)
- ▶ Anlegen eines gesonderten/duplizierten Abrechnungsscheins bei anderen im gleichen Quartal auch noch stattfindenden Konsultationen/Behandlungen (unabhängig von der TSS-Vermittlung)
- ▶ Einführung von EBM-GOPen für die Zuschläge und Ansetzen durch den Arzt
- ▶ erweiterte Prüfungen offen
- ▶ Abgrenzung MGV (extrabudgetärer Behandlungsfall) durch Bewertungsausschuss und Honorarvertrag mit den Krankenkassen (regional)

III. Sprechstunde

- **5 Stunden offene Sprechstunde pro Woche**

- ▶ Angebot durch grundversorgende Fachärzte (KBV u. GKV-Spitzenverband legen Arztgruppen im BMV-Ä fest)
- ▶ ohne Überweisung

spätestens ab 1. September 2019

extrabudgetäre **Vergütung** aller Leistungen im Behandlungsfall (für bis **max. 5** offene Sprechstunden/Kal.woche)

Achtung: Bereinigung der MGV und Auswirkungen auf dem HVM

- **§ 87a Abs. 3, Satz 5 Nr. 6**

(...außerhalb der Gesamtvergütung sind mit den Preisen der regionalen Euro-GO zu vergüten:) Leistungen im Behandlungsfall, die im Rahmen von bis zu fünf offenen Sprechstunden je Kalenderwoche ohne vorherige Terminvereinbarung [...] erbracht werden.

- **Umsetzung**

- ▶ Auch diese Behandlungsfälle werden zu kennzeichnen sein – weitere Infos folgen
- ▶ erweiterte Prüfungen unklar; Begrenzungsregelung auf 5 Stunden noch offen
- ▶ Abgrenzung MGV (extrabudgetärer Behandlungsfall) durch Bewertungsausschuss und Honorarvertrag mit den Krankenkassen (regional)

IV. Neuer Patient

- **Aufnahme neuer Patienten**

- ▶ neuer Patient ist, wer zum ersten Mal in die Praxis kommt oder min. 2 Jahre nicht in der Praxis untersucht und behandelt wurde
- ▶ Festlegung, für welche Arztgruppen die Regelung gilt, trifft der Bewertungsausschuss

spätestens ab 1. September 2019

extrabudgetäre Vergütung aller Leistungen im Behandlungsfall

Achtung: Bereinigung der MGV und Auswirkungen auf den HVM

- **§ 87a Abs. 3, Satz 5 Nr. 5**

(...außerhalb der Gesamtvergütung sind mit den Preisen der regionalen Euro-GO zu vergüten:)

Leistungen im Behandlungsfall, die von Ärztinnen und Ärzten, die an der grundversorgenden oder unmittelbaren medizinischen Versorgung teilnehmen, gegenüber Patienten erbracht werden.

- **Umsetzung**

- ▶ Auch diese Behandlungsfälle werden zu kennzeichnen sein – weitere Infos folgen
- ▶ Definition des 2-Jahresfalles im BMV-Ä zu regeln
- ▶ erweiterte Prüfungen offen; auch Regelung für ehemalige Selektiv-Patienten
- ▶ Abgrenzung MGV (extrabudgetärer Behandlungsfall) durch Bewertungsausschuss und Honorarvertrag mit den Krankenkassen (regional)

MGV-Bereinigung aufgrund TSVG

- Gesetzgeber gibt Regelungen für die Bereinigung vor, weitere Vorgaben sind auf Bundesebene noch festzulegen
- Bereinigung der Budgets bzw. MGV (eigentlich: Entbudgetierung)
 - ▶ um die abgerechneten Leistungen im **TSVG-Behandlungsfall**
 - ▶ mit den arztgruppenspezifischen Auszahlungsquoten des jeweiligen Vorjahresquartals
 - ▶ begrenzt auf 1 Jahr, d.h. einmalig für die jeweiligen vier Abrechnungsquartale eines Jahreszeitraums

MGV-Bereinigung aufgrund TSVG

- Die Krankenkassen bezahlen im 1. Jahr (Bereinigungszeitraum) **nur** die Preisdifferenz zur Ausbudgetierung (Quote) nicht die Mengenentwicklung (Fälle und Leistungen).
- Erst **ab dem 2. Jahr** werden die **Mehrleistung** und die **Mehrfälle** (ohne erneute Bereinigung) **voll vergütet**.

Vielen Dank.