

# Merkblatt zum Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG)

(Version 5, Stand 30. September 2019)

**Verehrte Kolleginnen, sehr geehrte Kollegen,**

mit nun schon der fünften Ausgabe unseres TSVG-Merkblattes, die die zwischenzeitlich erfolgten Ausführungsbestimmungen berücksichtigt, sind wir bestrebt, Sie bestmöglich und aktuell über die Flut an Neuerungen, zu denen Sie und die Kassenärztlichen Vereinigungen vom Gesetzgeber verpflichtet wurden, auf dem Laufenden zu halten. Um Ihnen einen besseren Überblick, sofern dieser überhaupt noch möglich ist, zu verschaffen, haben wir die Detailregelungen für Sie ab Seite 4 themenbezogen zusammengestellt. Weitere Informationen wie auch einen ausführliche FAQ-Katalog finden Sie wie bisher stets aktualisiert auf unserer Homepage unter [www.kvbawue.de/tsvg-faq](http://www.kvbawue.de/tsvg-faq).

Bei aller sehr wohl so vom Gesetzgeber, aber nicht von uns der KV gewollten Regelungstiefe möchten wir an dieser Stelle folgende grundsätzliche Informationen voranschicken:

- Die Vergütung der Leistungen in den sogenannten TSVG-Konstellationen erfolgt extrabudgetär in voller Höhe zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung. Der Gesetzgeber hat dabei einen Bereinigungszeitraum von einem Jahr vorgegeben. Ein echtes Honorarplus mit entsprechender Mehrvergütung kann deshalb für die sogenannten TSVG-Fälle erst erfolgen, wenn keine Bereinigung des budgetierten Teils der Vergütung mehr erfolgt, also in einem Jahr. Hausärzte erhalten derzeit in Baden-Württemberg schon alle Leistungen zu 100 Prozent vergütet. Die neu in den EBM aufgenommenen extrabudgetären Zusatzpauschalen für die sogenannten Wartezeitzuschläge und die Vermittlung eines Facharzttermines durch eine hausärztliche Praxis sind nicht bereinigungsrelevant.
- Es gibt unterschiedliche Zeitpunkte für die Wirksamkeit der Vergütungsregelungen (11. Mai 2019 für die Ausbudgetierung TSS-Terminfall und Hausarzt-Vermittlungsfall, 1. September 2019 für offene Sprechstunde und Neupatienten, voraussichtlich 1. Januar 2020 für den TSS-Akutfall und entsprechend für die Bereinigungszeiträume (siehe Seite 12). Das hängt damit zusammen, dass zuerst die notwendigen Vorgaben für die Gebührenordnung und den Bundesmantelvertrag-Ärzte beschlossen werden mussten.

Die zeitversetzten und sehr kurzfristigen Beschlussfassungen haben es uns leider nicht ermöglicht, Sie – wie es bei einer solch komplexen und in die Organisationsstrukturen Ihrer Praxen eingreifenden Materie eigentlich geboten wäre – frühzeitig und umfassend zu informieren. Zusätzlich wurden nun mit Datum 26. September 2019 (!!!) Teile der durch die Vertragspartner konsentierten Beschlüsse vom Bundesministerium für Gesundheit beanstandet oder mit Auflagen versehen. Wir hoffen auf Ihr Verständnis, auch wenn dieses schwer fallen mag.

Herzlichst

Ihr  
Dr. med. Norbert Metke  
Vorsitzender des Vorstandes

## Inhalt

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

## Ansprechpartner:

Abrechnungsberatung, Telefon 0711 7875-3397 oder E-Mail an [abrechnungsberatung@kvbawue.de](mailto: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) 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 der Termin den Patienten innerhalb maximal vier Wochen (zwei Wochen bei psychotherapeutischer Akutbehandlung) zur Verfügung gestellt wurde. **Zusätzlich sind ab 1. September 2019 Zusatzpauschalen in Höhe von 50, 30 und 20 Prozent auf die Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale eingeführt.** Die Höhe richtet sich nach der Wartezeit auf einen Termin (siehe hierzu ab Seite 4).
- **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 **ab 1. September 2019 einen Zuschlag** von 10,07 Euro (93 Punkte). Die weiterbehandelnden **Fachärzte** wiederum erhalten bereits seit **11. Mai 2019** alle Leistungen im Arztgruppenfall nach der Vermittlung durch den Hausarzt innerhalb von vier Tagen **extrabudgetär** und damit in voller Höhe vergütet.
- **Offene Sprechstunden: Behandlung extrabudgetär**  
In der offenen Sprechstunde, die insbesondere Fachärzte der „grundversorgenden und wohnortnahen Patientenversorgung“ **ab 1. September 2019** anbieten müssen (siehe hierzu ab Seite 9), werden alle Leistungen im Arztgruppenfall **extrabudgetär** und damit in voller Höhe vergütet – für bis zu fünf offene Sprechstunden je Kalenderwoche.
- **Aufnahme neuer Patienten: Behandlung extrabudgetär**  
Sucht ein Patient erstmals oder erstmals nach zwei Jahren eine Praxis bestimmter Fachrichtungen auf, werden **ab 1. September 2019** alle Leistungen im Arztgruppenfall **extrabudgetär** und damit in voller Höhe vergütet.

**In allen oben genannten Sachverhalten sind die Leistungen extrabudgetär im Arztgruppenfall zu vergüten, das heißt, alle Leistungen, die von derselben Arztgruppe, in derselben Arztpraxis, innerhalb desselben Kalendervierteljahres, an demselben Patienten ambulant, zulasten der identischen 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)

- seit 11. Mai 2019 bzw. beim sogenannten „TSS-Akutfall“ voraussichtlich ab 1. Januar 2020
- Vergütung extrabudgetär und Zuschläge ab 1. September 2019

Die TSS hat nun auch Termine bei Haus- sowie Kinder- und Jugendärzten zu vermitteln, inklusive Termine für die sogenannten U-Untersuchungen, neben Terminen bei Fachärzten und Psychotherapeuten wie bisher schon. Patienten benötigen für die Terminvermittlung zu Haus- und Kinderärzten sowie Psychotherapeuten über die TSS keine Überweisung. Für die Vermittlung von Behandlungsterminen bei einem Facharzt muss eine Überweisung mit Dringlichkeits-Code vorliegen (Ausnahmen: Augenarzt, Frauenarzt und Akutfälle). Die Behandelnden erhalten alle Leistungen im Arztgruppenfall, ausgenommen Laborleistungen des Kapitel 32 EBM, extrabudgetär vergütet.

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).

### Wie der TSS-Terminfall zu kennzeichnen ist

Die Kennzeichnung des Arztgruppenfalls als TSS-Terminfall ist im entsprechenden KVDT-Feld (Feldkennung 4103 „TSVG Vermittlungs-/Kontaktart“) der Abrechnung einzutragen und muss daher im Praxisverwaltungssystem (PVS) angegeben werden. Der TSS-Terminfall ist außerdem zusätzlich mit der **Pseudo-GOP 99873T** („T“ wie Terminservicestelle) zu kennzeichnen.

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

Ab voraussichtlich 1. Januar 2020 (die KV informiert) werden Anrufe, die unter der 116 117 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.

Die Kennzeichnung des Arztgruppenfalls als TSS-Akutfall ist im entsprechenden KVDT-Feld (Feldkennung 4103 „TSVG Vermittlungs-/Kontaktart“) der Abrechnung einzutragen und muss daher im Praxisverwaltungssystem (PVS) angegeben werden. Der TSS-Akutfall ist außerdem zusätzlich mit der **Pseudo-GOP 99873A** („A“ wie Akutfall) zu kennzeichnen.

## Wartezeiten-Zuschlag bei Terminvereinbarung über die TSS auf die Versicherten-, Grund-, oder Konsiliarpauschale ab 1. September 2019

Ab 1. September 2019 kann zudem ein Zuschlag auf die Versicherten-, Grund-, oder Konsiliarpauschale bei den TSS-vermittelten Fällen angesetzt werden, der nach der Länge der **Wartezeit** zwischen Anruf und Termin gestaffelt ist.

Für die Abbildung der Wartezeitzuschläge hat der Bewertungsausschuss neue arztgruppenspezifische Gebührenordnungspositionen (siehe unten) in jedes der EBM Kapitel 03 bis 27 (ohne Kapitel 12 Labormedizin und 19 Pathologen) und in den EBM Abschnitt 30.7 (Schmerztherapie) als „Zusatzpauschale TSS-Terminvermittlung“ (siehe ab Seite 6, z. B. GOP 18228 bei den Orthopäden) aufgenommen. Zu jeder Zusatzpauschale gibt es vier mögliche Kennzeichnungen mit den Buchstaben A bis D, die die entsprechende Höhe der Zuschläge abbilden und vom Arzt zusammen mit der neuen GOP anzugeben sind.

### Buchstabenkennzeichnung der TSS-Zusatzpauschalen:

Buchstabe	Zeitraum ab Kontaktaufnahme des Versicherten bei der TSS bis zum Behandlungstag	Zuschlag auf die jeweilige altersgruppenspezifische Versicherten-, Grund- bzw. Konsiliarpauschale
<b>A</b>	TSS-Akutfall 24 Stunden (spätestens Folgetag)	50 Prozent
<b>B</b>	TSS-Terminfall 1. bis 8.Tag	50 Prozent
<b>C</b>	TSS-Terminfall 9. bis 14. Tag	30 Prozent
<b>D</b>	TSS-Terminfall 15. bis 35. Tag	20 Prozent

Beispiel – man glaubt es kaum: Bei einer Terminvermittlung an einen Orthopäden, hier innerhalb von acht Tagen, ist von diesem also das KVDT-Feld zu kennzeichnen, 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 bei der TSS gilt als erster Zähltag für die Berechnung des gestaffelten prozentualen Zuschlags. Der erste Zähltag geht aus der Terminbuchungsbearbeitung hervor, die Sie von der Terminservicestelle bekommen.

Werden die (zutreffenden) Wartezeit-Zusatzpauschalen nicht abgerechnet, muss die KVBW davon ausgehen, dass kein TSS-Terminfall vorlag und streicht deshalb ab 1. September 2019 die Kennzeichnung der Fälle mit der Pseudo-GOP 99873T; eine extrabudgetäre Vergütung ist von Fällen mit einer längeren Terminierung als 35 Tage nicht möglich.

**Beim TSS Terminfall ist somit sowohl die Angabe der Pseudo-GOP 99873T als auch die Abrechnung der zutreffenden TSS-Zusatzpauschale (z. B. 18228B) für die extrabudgetäre Vergütung erforderlich. Zusätzlich ist auch die Vermittlungs-/Kontaktart im KVDT-Feld 4103 anzugeben.**

## Zusatzpauschalen für die sog. Wartezeitzuschläge – Die neuen arztgruppenspezifischen GOP

Fachgruppe	GOP: „Zusatzpauschale 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
SP Kardiologie	13548
SP Nephrologie	13598
SP Pneumologie	13648
SP Rheumatologie	13698
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	14218

<b>Fachgruppe</b>	<b>GOP: „Zusatzpauschale TSS-Terminvermittlung“*</b>
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
Physikalische und Rehabilitative Medizin	27228
Schmerztherapie	30705

\* 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

- seit 11. Mai 2019 Vergütung extrabudgetär für Fachärzte und
- ab 1. September auch für Hausärzte zusätzliche Vermittlungs-Vergütung

**Ab 1. September 2019** erhält der Hausarzt oder Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, der einen **dringenden Termin** vermittelt, einen Vergütungsanreiz von 10,07 Euro (93 Punkte) zusätzlich, sofern der vermittelte Termin **innerhalb von vier Kalendertagen** nach Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit durch den Hausarzt liegt. Der Hausarzt 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.

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

Der Arztgruppenfall ist **durch den annehmenden Facharzt** in der Abrechnung im entsprechenden KVDT-Feld als HA-Vermittlungsfall zu kennzeichnen. Der HA-Vermittlungsfall ist vom Facharzt zusätzlich mit der **Pseudo-GOP 99873H** („H“ wie Hausarzt) zu kennzeichnen.

### Abrechnungsprüfung

Auch die Abrechnungsprüfungs-Richtlinie wurde 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

- seit 11. Mai 2019
- kein Vergütungsanreiz

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

- ab 1. September 2019
- Vergütung extrabudgetär

#### Betroffene Fachgruppen:

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

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 dazu gemacht, wie die Praxen diesen Eingriff in ihre Organisationsstrukturen kurzfristig umsetzen sollen. 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; der Umgang mit Patienten ohne Termin erfolgt also vorbildlich wie schon bisher.

Die Sprechstundenzeiten und gesondert die offenen Sprechstunden sind durch die KVBW auf deren Homepage anzugeben. 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](http://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 (für Quartal 3/2019 liegt die Grenze bei 5,83 Prozent, da die Regelung erst ab 1. September gilt).

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

Der Arztgruppenfall ist in der Abrechnung im KVDT-Feld 4103 (TSVG Vermittlungs-/Kontaktart) als „Offene Sprechstunde“ zu kennzeichnen und mit der **Pseudo-GOP 998730** („O“ wie offene Sprechstunde) zu versehen.

## **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](mailto:Arztregister.Freiburg@kvbawue.de)

[Arztregister.Karlsruhe@kvbawue.de](mailto:Arztregister.Karlsruhe@kvbawue.de)

[Arztregister.Reutlingen@kvbawue.de](mailto:Arztregister.Reutlingen@kvbawue.de)

[Arztregister.Stuttgart@kvbawue.de](mailto:Arztregister.Stuttgart@kvbawue.de)

## Detailregelung zur Behandlung neuer Patienten (Erstkontakt)

- ab 1. September 2019
- Vergütung extrabudgetär

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, werden **ab 1. September 2019** 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. Dies kann mit der Beanstandung vom 27. September 2019 durch das BMG noch eine Änderung erfahren, wir informieren sofern notwendig. 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, 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 und übernommene Einzelpraxen unterliegen einer Sperrfrist von zwei Jahren (volle acht Quartale nach Gründung), so die für uns bindende Bundesvorgabe. In diesem Zeitraum gilt die extrabudgetäre Vergütung für diese Praxen **nicht**. (Hausärzte erhalten derzeit in Baden-Württemberg immer alle Leistungen zu 100 Prozent vergütet.).

Ändert sich in einer BAG / 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.

### Abrechnung

Der Arztgruppenfall ist in der Abrechnung im KVDT-Feld 4103 (TSVG Vermittlungs-/Kontaktart) als „Neupatient“ zu kennzeichnen und mit der **Pseudo-GOP 99873E** („E“ wie Erstpatient) zu versehen. 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:	wird noch bekannt gegeben

**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.

**Dies bitten wir dringend zu beachten!**