

# TSVG: Zuschläge für vermittelte Patienten

Zur Abrechnung der zeitgestaffelten Zuschläge für TSS-Patienten sowie für Hausarztvermittlungsfälle ab 1. September 2019 stehen jetzt die Gebührenordnungspositionen (GOP) sowie weitere Details zur Abrechnung fest. Die Softwarehäuser aktualisieren derzeit die Praxisverwaltungssysteme (PVS).

## Zuschläge für eine TSS-Terminvermittlung

Um alle Änderungen und TSVG-Regelungen nutzen zu können, müssen Sie das **Sonder-Update für Ihr Praxisverwaltungssystem einspielen**.

**Ab 1. September 2019** gibt es für die von der Terminservicestelle (TSS) vermittelten Patienten für die nachfolgend genannten Fachgruppen zeitgestaffelte, extrabudgetäre Zuschläge. **Dazu kennzeichnet der Arzt** die von der Terminservicestelle vermittelten Patienten auf den entsprechend gekennzeichneten (Überweisungs-)Scheinen mit den in der Tabelle genannten Gebührenordnungspositionen (GOP für die TSS-Terminvermittlung). ► **Tabelle 1**, zuzüglich dem Buchstaben für die Kennzeichnung der Länge der Wartezeit. D.h. zu jeder GOP TSS-Terminvermittlung ist noch der in der ► **Tabelle 2** aufgeführte Buchstabe anzufügen, der die entsprechende Höhe der Zuschläge abbildet.

**Hinweis:** Der Tag der Kontaktaufnahme des Versicherten bei der Terminservicestelle gilt als erster Zähltag für die Berechnung des Zuschlags. Damit Praxen wissen, welchen Zuschlag sie ansetzen können, teilt ihnen die Terminservicestelle den Tag mit, an dem sich der Versicherte wegen des Termins an die TSS gewandt hat – ab diesem Datum wird gezählt.

Die neuen GOP sind im EBM nicht mit Punkten oder Euro-Beträgen bewertet, da der Zuschlag auf die Höhe der jeweiligen altersklassenspezifischen Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschale erfolgt. Hierzu werden je Kapitel drei weitere zusätzliche GOP als kodierte Zusatznummern aufgenommen, die die altersklassenspezifische Bewertung abbilden. Sie werden jedoch nicht im EBM sichtbar sein, da der Arzt sie nicht aktiv abrechnen muss. Dies erfolgt automatisch durch sein Praxisverwaltungssystem. **Die KBV verpflichtet dazu die PVS-Hersteller, dass die GOP aus dem EBM, die der Vertragsarzt angibt, vom System unmittelbar in die zutreffende altersklassenspezifisch kodierte Zusatznummer umzusetzen ist** (in Abhängigkeit vom Patientenalter und unter Beachtung der Regelung in der Allgemeinen Bestimmung 4.3.5 des EBM).

**Tabelle 1** GOP „Zusatzpauschale TSS-Terminvermittlung“

Fachgruppe	GOP
<b>Hausärzte</b>	03010
<b>Kinder- und Jugendmediziner</b>	04010
<b>Anästhesiologie</b>	05228
<b>Augenheilkunde</b>	06228
<b>Chirurgie</b>	07228
<b>Gynäkologie</b>	08228
<b>Hals-Nasen-Ohrenheilkunde</b>	09228
<b>Dermatologie</b>	10228
<b>Humangenetik</b>	11228
<b>Innere Medizin</b>	
– ohne Schwerpunkt	13228
– Angiologie	13298
– Endokrinologie	13348
– Gastroenterologie	13398
– Hämatologie/Onkologie	13498
– Kardiologie	13548
– Nephrologie	13598
– Pneumologie	13648
– Rheumatologie	13698
<b>Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie</b>	14218
<b>Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie</b>	15228
<b>Neurologie</b>	16228
<b>Nuklearmedizin</b>	17228
<b>Orthopädie</b>	18228
<b>Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen</b>	20228
<b>Psychiatrie und Psychotherapie</b>	21236
<b>Nervenheilkunde und Neurologie und Psychiatrie</b>	21237
<b>Psychosomatische Medizin und Psychotherapie</b>	22228
<b>Ärztliche und psychologische Psychotherapie</b>	23228
<b>Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie</b>	23229
<b>Radiologie</b>	24228
<b>Strahlentherapie</b>	
– bei gutartiger Erkrankung	25228
– bei bösartiger Erkrankung	25229
– nach strahlentherapeutischer Behandlung	25230
<b>Urologie</b>	26228
<b>Physikalische und Rehabilitative Medizin</b>	27228
<b>Schmerztherapie</b>	30705

**Tabelle 2 Zuschläge für TSS-Terminvermittlungsfälle in Abhängigkeit von der Länge der Wartezeit**

Suffixe im „TSS-Terminfall“	Anzahl der Tage ab Terminvermittlung bis zum Tag der Behandlung	Kennzeichnung der Vermittlungsart	Zuschlag auf die Höhe der jeweiligen altersklassenspezifischen Versicherten-, Grund- bzw. Konsiliarpauschale
<b>B</b>	1. bis 8. Tag	TSS-Terminfall	50 Prozent
<b>C</b>	9. bis 14. Tag	TSS-Terminfall	30 Prozent
<b>D</b>	15. bis 35. Tag	TSS-Terminfall	20 Prozent
<b>A*</b>	spätestens Folgetag	TSS-Akutfall	50 Prozent

\* (Dieser Zuschlag ist erst berechnungsfähig, wenn in Sachsen das Ersteinschätzungsverfahren SmeD eingeführt wird. Die KV Sachsen wird Sie rechtzeitig darüber informieren)

**Beispiel:** Ein Facharzt für Augenheilkunde behandelt einen Patienten aufgrund der Vermittlung durch die TSS. Zwischen Kontaktaufnahme des Versicherten zur TSS und Behandlung liegen zwölf Tage. Der Arzt rechnet dabei wie gewöhnlich die für den Patienten geltende Grundpauschale 06211 in Höhe von 127 Punkten sowie weitere gegebenenfalls erforderliche Leistungen ab. Zusätzlich gibt er für die Behandlung aufgrund der TSS-Terminvermittlung die GOP 06228C (Zusatzpauschale TSS-Terminvermittlung) an. Das Buchstabensuffix C steht hier für den „TSS-Terminfall“ mit einer Vermittlungsfrist von neun bis 14 Tagen. Das PVS setzt die durch den Arzt abgerechnete GOP 06228C in die altersklassenspezifische GOP (Zusatzpauschale TSS-Terminvermittlung sechstes bis 59. Lebensjahr) mit einer Bewertung in Höhe von 30 Prozent der Grundpauschale (38 Punkte) um und überträgt diese auch in die Abrechnung gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung.

Die neuen GOP (Zusatzpauschalen) können nur in Fällen mit Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale oder in Fällen, in denen ausschließlich Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern des Abschnitts 1.7.1 EBM durchgeführt werden, berechnet werden (ausgenommen Laborleistungen und GOP 01720 EBM).

Die Zusatzpauschale für die TSS-Terminvermittlung ist nicht in die Berechnung von Abschlägen und Aufschlägen, die auf die Versicherten-, Grund- bzw. Konsiliarpauschale vorgenommen werden, einzubeziehen.

Die Zusatzpauschale ist im Arztgruppenfall nur einmal berechnungsfähig. Dies gilt auch dann, wenn in demselben Quartal eine erneute Behandlung desselben Versicherten aufgrund einer erneuten Terminvermittlung durch die TSS (TSS-Terminfall und/oder TSS-Akutfall) erfolgt.

### Zuschlag für den Hausarzt-Vermittlungsfall

Des Weiteren wird **ab 1. September 2019** die Terminvermittlung durch den Hausarzt finanziell gefördert. Hier rechnen Hausärzte die GOP 03008, Kinderärzte die GOP 04008 ab.

Voraussetzungen sind:

**Medizinische Dringlichkeit:** Der Termin muss innerhalb von vier Kalendertagen liegen, nachdem der Hausarzt festgestellt hat, dass sich der Patient beim Facharzt vorstellen soll. Gezählt wird ab dem Folgetag.

**Überweisung:** Die Behandlung durch den Facharzt erfolgt auf Überweisung des Hausarztes.

**Nicht in derselben Praxis:** Der Facharzt, bei dem der Hausarzt einen Termin vereinbart, darf nicht in derselben BAG oder demselben MVZ tätig sein wie der Hausarzt.

Nicht berechnungsfähig ist der Zuschlag, wenn der Hausarzt bei einem Facharzt einen Termin vermittelt, bei dem der Patient im laufenden Quartal bereits war. Dies ist vom Hausarzt zu erfragen.

**Zusätzlich** geben Sie bei der Abrechnung der zuvor genannten GOP in das Begründungsfeld „BSNR des vermittelten Facharztes“ (Feldkennung 5003) die Betriebsstättennummer der Praxis an, in der Sie für den Patienten einen Termin vereinbart haben. Die BSNR der einzelnen Praxen finden Hausärzte in der Kollegensuche im Sicherem Netz – auch erreichbar über die Telematik-Infrastruktur.

Der Zuschlag ist mit 93 Punkten (derzeit 10,07 Euro) bewertet.

**Tabelle 3 TSVG-Konstellationen**

Konstellation	Arztgruppe	Vergütung	Abrechnung/ Kennzeichnung	Bereinigung	Inkraft- treten
<b>TSS-Terminfall</b>					
<b>Extrabudgetäre Vergütung</b>	alle außer • Laborärzte • Pathologen	alle Leistungen im Arztgruppenfall extrabudgetär	Kennzeichnung im PVS: „1 – TSS-Terminfall“	11.05.2019 bis 10.05.2020	11.05.2019
<b>Zuschlag</b>		Zuschlag auf Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale: • 50 Prozent: Termin innerhalb von 8 Tagen • 30 Prozent: Termin innerhalb von 9 bis 14 Tagen • 20 Prozent: Termin innerhalb von 15 bis 35 Tagen 1x im Arztgruppenfall	neue GOPn siehe <b>Tabelle 1</b> „Zusatzpauschale für eine TSS-Terminvermittlung“ zuzüglich Suffix • B (TSS-Terminfall 1. bis 8. Tag) • C (TSS-Terminfall 9. bis 14. Tag) • D (TSS-Terminfall 15. bis 35. Tag)	keine	01.09.2019
<b>TSS-Akutfall</b>					
<b>Extrabudgetäre Vergütung</b>	alle außer • Laborärzte • Pathologen	alle Leistungen im Arztgruppenfall extrabudgetär	Kennzeichnung im PVS: „2 – TSS-Akutfall“ Termin innerhalb von 24 Stunden	KV-spezifisch, 1 Jahr nach Inkrafttreten	Ab Start Erstein- schätzungs- verfahren, spätestens 01.01.2020
<b>Zuschlag</b>		50 Prozent Zuschlag auf Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale 1x im Arztgruppenfall	neue GOPn siehe <b>Tabelle 1</b> „Zusatzpauschale für eine TSS-Terminvermittlung“ zuzüglich Suffix • A (TSS-Akutfall 24 Stunden)	keine	
<b>Hausarzt-Terminvermittlung</b>					
<b>Zuschlag für vermittelnden Hausarzt</b>	• Hausärzte • Kinder-/Jugendmediziner	• Zuschlag in Höhe von 93 Punkten (derzeit 10,07 Euro) für Vermittlung eines Facharzttermins innerhalb von 4 Kalendertagen nach Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit (mit Überweisung) • 1x pro vermittelten Arztgruppenfall	• neue GOP 03008/04008 • Angabe der (N)BSNR der Facharztpraxis, an die vermittelt wurde • mehrfach berechnungsfähig, wenn Patient in demselben Quartal durch denselben Arzt zu unterschiedlichen Arztgruppen vermittelt wird	keine	01.09.2019
<b>Extrabudgetäre Vergütung für weiterbehandelnden Facharzt</b>	alle außer • Hausärzte • Kinder-/Jugendmediziner (ohne Schwerpunkt) • Laborärzte • Pathologen	alle Leistungen im Arztgruppenfall extrabudgetär, wenn Behandlung innerhalb von 4 Kalendertagen nach Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit	Kennzeichnung im PVS: „3 – HA-Vermittlungsfall“	11.05.2019 bis 10.05.2020	11.05.2019
<b>Offene Sprechstunde</b>					
<b>Fünf offene Sprechstunden pro Kalenderwoche ohne vorherige Terminvereinbarung</b>	• Augenärzte • Chirurgen • Gynäkologen • HNO-Ärzte • Hautärzte • Kinder-/Jugendpsychiater • Nervenärzte • Neurochirurgen • Neurologen • Orthopäden • Psychiater • Urologen	alle Leistungen im Arztgruppenfall extrabudgetär, bis max. 17,5 Prozent der Arztgruppenfälle einer Arztpraxis des aktuellen Quartals	Kennzeichnung im PVS: „4 – Offene Sprechstunde“ Hinweis: Zeiten müssen veröffentlicht und der KV mitgeteilt werden	01.09.2019 bis 31.08.2020	01.09.2019
<b>Neue Patienten</b>					
<b>Patient sucht erstmals oder erstmals nach zwei Jahren einen Arzt in einer Praxis auf</b>	alle außer • Anästhesisten, die keine schmerztherapeutische Behandlung durchführen • Humangenetiker • Laborärzte • Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgen • Nuklearmediziner • Pathologen • Radiologen • Strahlentherapeuten	• alle Leistungen im Arztgruppenfall extrabudgetär, begrenzt auf zwei Arztgruppen in einer fachübergreifenden BAG • Ausnahmen: Praxen (Einzelpraxis, BAG, MVZ) innerhalb der ersten vollen acht Quartale nach deren Gründung. Eine Praxisgründung liegt auch dann vor, wenn eine Einzelpraxis übernommen wird.	Kennzeichnung im PVS: „5 – Neupatient“	01.09.2019 bis 31.08.2020	01.09.2019

## Umgang bei der Abrechnung einer oder mehrerer TSVG-Konstellationen

Ausschlaggebend für die Abrechnung einer einzelnen TSVG-Konstellation (► **Tabelle 3**) ist immer der Arztgruppenfall, der sich wie folgt definiert:

Ein Arztgruppenfall umfasst alle Leistungen, die von derselben Arztgruppe in derselben Arztpraxis innerhalb desselben Quartals bei einem Versicherten ambulant zu Lasten derselben Krankenkasse erbracht worden sind. Die Arztgruppen beziehen sich auf die jeweiligen EBM-Kapitel beziehungsweise in Kapitel 13 auf die jeweiligen Unterabschnitte.

Erfolgt die Behandlung in der Arztpraxis durch mehrere Arztgruppen, werden die Leistungen derjenigen Arztgruppe extrabudgetär vergütet, die den ersten Kontakt zum Versicherten in der TSVG-Konstellation hatte.

Um dies abrechnungstechnisch abbilden zu können, sind bei der Abrechnung folgende Sachverhalte zu beachten:

### Einzelpraxis/Fachgleiche Berufsausübungsgemeinschaft

- in dieser Praxiszusammensetzung entspricht der Arztgruppenfall dem Behandlungsfall
- bei Vorliegen einer TSVG-Konstellation: Kennzeichnung des entsprechenden Behandlungsscheins
- sofern mehrere TSVG-Konstellationen: Kennzeichnung des Behandlungsscheins mit der **zuerst** aufgetretenen TSVG-Konstellation

### Fachübergreifende Berufsausübungsgemeinschaft

Auch hier gilt, dass bei einer Arztgruppe nur eine TSVG-Konstellation gekennzeichnet werden kann.

Bei mehreren TSVG-Konstellationen in unterschiedlichen Arztgruppen, d.h. in unterschiedlichen Arztgruppenfällen, ist **pro Arztgruppenfall eine TSVG-Konstellation** möglich und dafür ein Schein mit entsprechender TSVG-Kennzeichnung anzulegen.

**Beispiel 1:** Ein Patient ist in einer Praxis bei einem Urologen und einem Orthopäden in Behandlung. Der Patient wurde über die TSS zu dem Urologen vermittelt. In diesem Fall legt der Urologe einen Schein an und kennzeichnet diesen als „TSS-Terminfall“. Im laufenden Quartal kommt der Patient ein weiteres Mal in die Praxis und wird vom Orthopäden ohne TSVG-Konstellation behandelt. Dies ist ein zweiter Arztgruppenfall, d.h. der Orthopäde legt einen zweiten Schein ohne TSVG-Kennzeichnung an.

**Beispiel 2:** Ein Patient wurde über die TSS zu dem Urologen in die Praxis vermittelt und kommt im selben Quartal in die offene Sprechstunde des Orthopäden in diese Praxis. Es sind zwei TSVG-Konstellationen bei unterschiedlichen Arztgruppen. In diesem Fall legt der Urologe einen Schein mit der Kennzeichnung als „TSS-Terminfall“ an, der Orthopäde einen zweiten Schein mit Kennzeichnung „Offene Sprechstunde“.

### Informationen

[www.kvsachsen.de](http://www.kvsachsen.de) > Aktuell > Informationen zum Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG)

[www.kbv.de/html/1150\\_41989.php](http://www.kbv.de/html/1150_41989.php)  
> PraxisInfoSpezial „Details zu den neuen TSVG-Regelungen“

– Abrechnung/eng –