

TSVG-Fallkonstellationen für extrabudgetäre Leistungen



Gültig ab 01.01.2023

Zwingende Kennzeichnung des jeweiligen Erstkontaktes je betreffende Fachgruppe in fachübergreifenden Praxen:

- **GOP 98210A** Erstkontakt der Fachgruppe bei TSS-Terminfall
- **GOP 98210B** Erstkontakt der Fachgruppe bei TSS-Akutfall (nur nach SmED-Verfahren)
- **GOP 98210C** Erstkontakt der Fachgruppe bei Hausarzt-Vermittlungsfall
- **GOP 98210D** Erstkontakt der Fachgruppe bei Offener Sprechstunde

Zwingende Kennzeichnung des jeweiligen Erstkontaktes in Einzelpraxen oder fachgleichen Praxen:

Im Praxisverwaltungssystem (PVS) mit dem Feld „TSVG Vermittlungs-/Kontaktart“ (KVDT-Feldkennung 4103) und darin mit der Angabe „1 = TSS-Terminfall“, „2 = TSS-Akutfall“, „3 = HA-Vermittlungsfall“, „4 = Offene Sprechstunde“

Definition Arztgruppenfall:

Alle Leistungen derselben Arztgruppe in derselben Arztpraxis innerhalb desselben Quartals beim selben Versicherten bei derselben Krankenkasse erbracht wurden.

Tages-Zählvorgabe:

Die Zählung der Kalendertage beginnt am Tag nach der Terminvermittlung durch die TSS beziehungsweise nach der Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit durch den Hausarzt.

Fallkonstellation	Arztgruppe(n)	Extrabudgetäre Vergütung	Sonstige Regelungen
TSS-Terminfall	alle außer: - Labor - Pathologie	alle Leistungen in diesem Arztgruppenfall zu den Preisen des EBM	- Termin wurde über das TSS-Portal gebucht - Abrechnung der EBM-Zuschläge für TSS-Vermittlungen (siehe letzte Seite) - Patienten benötigen für die Terminbuchung durch die TSS – ob telefonisch oder online – eine Überweisung mit einem Vermittlungsscode - <u>ausgenommen</u> sind Termine bei Hausärzten, Augenärzten, Gynäkologen und Psychotherapeuten.
Zuschlag TSS-Terminfall	alle außer: - Labor - Pathologie Gilt nicht für Vermittlung innerhalb einer Praxis/ eines MVZ!	100 % innerhalb von 4 Tagen 80 % vom 5. - 14. Tag 40 % vom 15. - 35. Tag der Bewertung der Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale Bei Vermittlung zu Kinder-Früherkennungsuntersuchungen wird die GOP 01710 vergütet: - bis 4. Tag = 217 Punkte - vom 5. - 14. Tag = 173 Punkte - vom 15. - 35. Tag = 87 Punkte Erfassung des <u>Vermittlungscodes</u> im PVS notwendig!	- Termin wurde durch TSS vermittelt - Zuschläge im EBM (siehe letzte Seite) + ggf. Suffixe: bis 4. Tag - Suffix B 5. - 14. Tag - Suffix C 15. - 35. Tag - Suffix D - 1 x im Arztgruppenfall <u>Hinweis:</u> Das abrechnungsrelevante Suffix entnehmen Sie aus der Information der TSS zu dieser Vermittlung. Aus den EBM-Zusatzpauschalen mit Suffix generiert die Praxis-EDV automatisch die vergütungsrelevanten altersklassenabhängigen KBV-codierten GOP mit Suffix.

Fallkonstellation	Arztgruppe(n)	Extrabudgetäre Vergütung	Sonstige Regelungen
<p>Hausarzt-Vermittlungsfall</p> <p>Abrechnung Hausärzte</p> <p>Definition lt. SGB V:</p> <p>„Vermittlung eines aus medizinischen Gründen dringend erforderlichen Behandlungstermins bei einem an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer“</p>	<p>- Hausärzte - Kinderärzte</p> <p>Gilt nicht für Vermittlung innerhalb einer Praxis/ eines MVZ!</p>	<p>131 Punkte</p> <p><u>Hinweis:</u> - gilt für medizinisch dringende Behandlungsbedürftigkeit <u>innerhalb von vier Kalendertagen</u> <u>oder</u> - für Terminvermittlung bei medizinisch dringender Behandlungsbedürftigkeit von 5 bis 35 Tagen, wenn eine Terminvermittlung durch die TSS oder eine eigenständige Terminvereinbarung durch den Patienten (oder eine Bezugsperson) aufgrund der medizinischen Besonderheit des Einzelfalls nicht angemessen oder nicht zumutbar ist → ab dem 24. Tag nach Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit ist die GOP 03008 oder 04008 nur mit medizinischer Begründung abrechenbar.</p> <p>- Vermittlung <u>nicht</u> möglich, wenn bekannt ist, dass der Versicherte in diesem Quartal bereits bei einem Arzt dieser Fachgruppe in dieser Praxis behandelt wurde - auch im Bereitschaftsdienst → Das ist ggf. zu erfragen und zu dokumentieren!</p> <p>Achtung: Der Tag nach der Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit gilt jeweils als erster Zähltag.</p>	<p>1. Hausarztpraxis vermittelt über den eTerminservice oder direkt mit Facharztpraxis einen konkreten Behandlungstermin</p> <p>a) medizinisch dringend, innerhalb von vier Kalendertagen <u>oder</u> b) innerhalb von 5 bis 35 Kalendertagen, wenn es dem Patienten/ Bezugsperson aus „medizinischen Gründen“ nicht möglich ist, selbst einen Termin zu vereinbaren, oder eine Terminvermittlung durch die TSS aufgrund der medizinischen Besonderheit des Einzelfalls nicht angemessen oder nicht zumutbar ist. In welchen Fällen das zutrifft, entscheidet der Hausarzt. Er sollte den Grund in der Patientenakte dokumentieren. Liegt der Termin zwischen dem 24. und 35. Tag, ist in der Abrechnung eine medizinische Begründung anzugeben.</p> <p>2. Bekanntgabe des Termins an den Patienten.</p> <p>3. Ausstellung einer Überweisung.</p> <p>- Hausärzte rechnen dafür GOP 03008 ab - Kinderärzte rechnen dafür GOP 04008 ab</p> <p>- Erfassung der BSNR der Facharztpraxis in der Feldkennung 5003 erforderlich!</p> <p>- 1 x je Arztgruppe, in die ein Termin binnen vier Kalendertagen durch Hausarztpraxis vermittelt wurde.</p>
<p>Hausarzt-Vermittlungsfall</p> <p>Abrechnung Fachärzte</p>	<p>alle <u>außer</u>:</p> <p>- Hausärzte - Kinderärzte (ohne Schwerpunkt) - Labor - Pathologie</p> <p>Gilt nicht für Vermittlung innerhalb einer Praxis/ eines MVZ!</p>	<p>alle Leistungen in diesem Arztgruppenfall zu den Preisen des EBM</p> <p>zuzüglich: 100 % innerhalb von 4 Tagen 80 % vom 5. - 14. Tag 40 % vom 15. - 35. Tag</p> <p>der Bewertung der Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale</p> <p>Achtung: Der Tag nach der Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit gilt jeweils als erster Zähltag.</p>	<p>- Termin beim Facharzt oder SP-Kinderarzt wegen der dringenden medizinischen Behandlungsbedürftigkeit innerhalb max. 35 Kalendertagen - vermittelt durch die Haus- oder Kinderarztpraxis</p> <p>- Zusschläge im EBM (siehe letzte Seite) + ggf. Suffix: bis 4. Tag - Suffix B 5. - 14. Tag - Suffix C 15. - 35. Tag - Suffix D</p> <p>- Abrechnung auf Überweisungsschein</p> <p>Wenn der Versicherte in diesem Quartal bereits von einem Arzt dieser Fachgruppe in dieser Praxis behandelt wurde, ist der Fall nicht als Hausarzt-Vermittlungsfall abrechenbar!</p>

Fallkonstellation	Arztgruppe(n)	Extrabudgetäre Vergütung	Sonstige Regelungen
Offene Sprechstunde	<ul style="list-style-type: none"> - Augenärzte - Chirurgen - Frauenärzte - HNO-Ärzte - Hautärzte - Kinder- und Jugendpsychiater - Neurologen - Neurochirurgen - Orthopäden - Psychiater/Nervenärzte - Urologen 	<p>mind. 5 Stunden (bei vollem Versorgungsauftrag) je Arzt und Woche ohne Terminvereinbarung</p> <p>alle Leistungen in diesem Arztgruppenfall zu den Preisen des EBM, jedoch für max. 17,5 % der Arztgruppenfälle im aktuellen Quartal</p> <p>Umsetzung der Höchstgrenze erfolgt durch KV!</p>	<p>- Zwingende Kennzeichnung aller Erst-Kontakte in der Offenen Sprechstunde durch die Praxis notwendig - siehe erste Seite!</p> <p>- bei reduziertem Versorgungsauftrag Stundenanzahl anteilig</p>
<p>TSS-Akutfall</p> <p>Nur nach Vermittlung akuter Fälle mittels SmED <u>innerhalb eines Tages</u> durch die TSS!</p>	<p>alle außer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Labor - Pathologie 	<p>alle Leistungen in diesem Arztgruppenfall zu den Preisen des EBM</p> <p>Nur relevant nach Vermittlung akuter Fälle mittels SmED-Verfahren innerhalb eines Tages durch die 116 117!</p>	<p>- akuter Termin wurde <u>innerhalb eines</u> Tages durch 116 117 vermittelt, nachdem eine dringende Behandlung auf Grund des telefonischen Ersteinschätzungsverfahrens erkannt wurde</p> <p>- Abrechnung der EBM-Zusatzpauschalen für TSS-Vermittlungen (siehe letzte Seite)</p>
<p>Zuschlag TSS-Akutfall</p> <p>Nur nach Vermittlung akuter Fälle mittels SmED <u>innerhalb eines Tages</u> durch die TSS!</p>	<p>alle außer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Labor - Pathologie 	<p>200 % der Bewertung der Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale</p> <p>Erfassung des <u>Vermittlungscodes</u> im PVS notwendig!</p> <p>Nur relevant nach Vermittlung akuter Fälle mittels SmED-Verfahren innerhalb eines Tages durch die 116 117!</p>	<p>- Zusatzpauschalen des EBM (siehe letzte Seite)</p> <p>- Abrechnung der Pauschale mit Suffix A</p> <p>- 1 x im Arztgruppenfall</p> <p><u>Hinweis:</u> Aus den EBM-Zusatzpauschalen generiert die Praxis-EDV automatisch neue, altersklassenabhängige KBV-codierte GOP mit Suffix A für die KV-Abrechnung.</p>

Zuschläge (EBM) für Hausarzt- und TSS-Vermittlungsfälle

Ohne Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale im Fall sind die Zuschläge nicht berechnungsfähig!

Arztgruppe	GOP	Arztgruppe	GOP
Ermächtigte Ärzte lt. GOP 01320	01322	Rheumatologie	13698
Ermächtigte Ärzte lt. GOP 01321	01323	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	14218
Kinderärzte bei ausschließlicher Kinder-Vorsorgeuntersuchung	01710	MKG-Chirurgie	15228
Hausärzte (nur TSS-Vermittlung)	03010	Neurologie	16228
Kinder-/Jugendmediziner	04010	Nuklearmedizin	17228
Anästhesiologie	05228	Orthopädie	18228
Augenheilkunde	06228	Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen	20228
Chirurgie	07228	Psychiatrie und Psychotherapie	21236
Gynäkologie	08228	Nervenheilkunde und Neurologie und Psychiatrie	21237
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	09228	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	22228
Dermatologie	10228	Ärztliche und psychologische Psychotherapie	23228
Humangenetik	11228	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie	23229
Internisten o. SP	13228	Radiologie	24228
Angiologie	13298	Strahlentherapie bei gutartiger Erkrankung	25228
Endokrinologie	13348	Strahlentherapie bei bösartiger Erkrankung	25229
Gastroenterologie	13398	nach strahlentherapeutischer Behandlung	25230
Hämatologie/Onkologie	13498	Urologie	26228
Kardiologie	13548	Physikalische und Rehabilitative Medizin	27228
Nephrologie	13598	Schmerztherapie	30705
Pneumologie	13648		