TSVG-Konstellationen Vergütung und Abrechnung

Gültig ab 1. Januar 2023

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB)
Körperschaft des öffentlichen Rechts, Elsenheimerstraße 39, 80687 München

TSVG-Konstellationen
Vergütung und Abrechnung

Gültig ab 1. Januar 2023

Stand nach Änderung durch das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz (GKV-FinStG)

Inhaltsverzeichnis

1. TSS-Akutfall 2

2. TSS-Terminfall 4

3. Hausarztvermittlung 8

4. Fachärztliche Weiterbehandlung nach Hausarztvermittlung 11

5. Offene Sprechstunde 13

6. Hinweise zur Nutzung des elektronischen 116117 Terminservice im Rahmen der Terminservicestelle (TSS) 15

7. Anlagen

Anlage 1 - Abrechnungsschema TSS-Akutfall

Anlage 2 - Abrechnungsschema TSS-Terminfall Hausärzte und Kinder- und Jugendärzte

Anlage 3 - Abrechnungsschema TSS-Terminfall Fachärzte und Psychotherapeuten

Anlage 4 - Abrechnungsschema Hausarztvermittlung

1. TSS-Akutfall

1.1. Extrabudgetäre Vergütung

Telefonisch ist die Terminservicestelle (TSS) für Patienten im Akutfall über die Servicenummer 116 117 erreichbar. Unter dieser Servicenummer erfolgt auf Grundlage des strukturierten medizinischen Ersteinschätzungsverfahrens Deutschlands (SmED) eine Vermittlung von Akutterminen in die medizinisch gebotene Versorgungsebene. Mehr Informationen zur TSS finden Sie **unter Nr. 6**.

Ersteinschätzungs-verfahren (SmED)

Durchführung von SmED und Erfassung des Akutfalls

- Ausschluss von lebensbedrohlichen Zuständen mittels **Ersteinschätzungsverfahren**
  → Lebensbedrohliche Zustände werden unverzüglich an die 112 übergeben
- Vorstellung beim Arzt binnen 24 Stunden als Ergebnis des Ersteinschätzungsverfahrens
  → Orange: Schnellstmögliche ärztliche Behandlung
  → Gelb: Ärztliche Behandlung innerhalb von 24 Stunden
- Behandlungsempfehlungen binnen 24 Stunden (Orange und Gelb)
  = Akutfall im Sinne des TSVG, Vermittlung über TSS möglich

In orangen oder gelben Fallkonstellationen wird die ärztliche Behandlung nach einer Vermittlung durch die TSS als Akutfall extrabudgetär vergütet.

Berechtigte Arztgruppen

Alle Arztgruppen mit Ausnahme von Laborärzten, Mikrobiologen, Transfusionsmedizinern, Pathologen oder Neuropathologen.

Voraussetzungen

- Nur Vermittlungsfälle, die durch TSS als Akutfall an Praxis vermittelt werden
- Behandlung muss spätestens am (Kalender-)Tag nach Terminvermittlung durch TSS erfolgen
- Abrechnung auf Originalschein (Scheinuntergruppe 00) oder Notfallschein (Scheinuntergruppe 41, 43 oder 44)

Kennzeichnung

Der TSS-Akutfall ist wie folgt zu kennzeichnen, um die extrabudgetäre Vergütung auszulösen:

Kennzeichnung

Bezeichnung	KVDT-Feld	Notwendige Eintragungen
Kennzeichnungs-GOP (Pseudo-GOP)	5001	99873**A**
Vermittlungs-/Kontaktart	4103	2 = **TSS-Akutfall**
Tag der Terminvermittlung	4115	Datum, an dem die Terminvermittlung durch die TSS erfolgte. → Die entsprechenden Erstkontaktdaten können Sie in der Webanwendung **116117 Terminservice** unter **„MEINE KVB“** einsehen.

Vergütung

Alle Leistungen im Arztgruppenfall sind – mit Ausnahme des Kapitels 32 EBM – extrabudgetär.

- Betroffen sind alle Leistungen, die von derselben Arztgruppe in derselben Arztpraxis innerhalb desselben Quartals bei einem Versicherten ambulant zulasten derselben Krankenkasse durchgeführt werden.
- Die nicht von der extrabudgetären TSVG-Vergütung umfassten Leistungen des Kapitels 32 EBM (Wirtschaftlichkeitsbonus / Laborleistungen) werden nach den Regelungen des HVM vergütet.

1.2. EBM-Zuschläge für TSS-Akutfall

NEU

200 % Zuschlag

Im TSS-Akutfall ist neben der extrabudgetären Vergütung auch ein Zuschlag auf die jeweilige Versicherten-, Grund- bzw. Konsiliarpauschale **in Höhe von 200 %** berechnungsfähig.

Zur Abbildung des Zuschlags auf die Versicherten-, Grund- bzw. Konsiliarpauschalen gibt es für jede Arztgruppe eine Gebührenordnungsposition (GOP), die in das jeweilige EBM-Kapitel 3 bis 27 (ohne Kapitel 12 Laboratoriumsmedizin und 19 Pathologie) und in den EBM-Abschnitt 30.7 (Schmerztherapie) aufgenommen wurde.

Ermächtigte Ärzte, Institute und Krankenhäuser, welche ausgewählte Leistungen ambulant durchführen dürfen (sog. „Teil-Ermächtigte“), können zeitgestaffelte Zuschläge zu den jeweiligen Grundpauschalen 01320 und 01321 im TSS-Akutfall berechnen.

Der abgerechnete arztgruppenspezifische Zuschlag für den TSS-Akutfall ist zu kennzeichnen. **Die Buchstabenkennzeichnung „A“ ist bei der Abrechnung des Akutfalls zwingend mit anzugeben.**

Die KBV hat die Praxisverwaltungssysteme (PVS) dazu angewiesen, die vom Arzt anzugebende GOP + Buchstabe in der Abrechnung in die jeweilige altersklassenspezifische GOP + Buchstabe umzusetzen. Letztere wird an die KVB übertragen und in der späteren Honorarzusammenstellung auch als solche ausgewiesen.

Übersicht TSS-Zuschläge

TSS-Zuschläge mit Buchstabenkennzeichnungen nach Fachgruppen des EBM

Übersichten für Hausärzte, Kinder- und Jugendärzte, Fachärzte und Psychotherapeuten finden Sie auf unserer Internetseite unter:

→ **www.kvb.de/mitglieder/abrechnung/honorar/tsvg-konstellationen-ab-2023/**

- Zuschlag **einmal im Arztgruppenfall** (= Fälle einer Arztgruppe in einer Arztpraxis) berechnungsfähig.
- Nur in Fällen mit Versicherten-, Grund- bzw. Konsiliarpauschalen berechenbar.
- Zuschlag für TSS-Akutfall wird ausschließlich auf Versicherten-, Grund- bzw. Konsiliarpauschale der jeweiligen Altersklasse nach dem EBM gewährt.
- Kein Zuschlag im Falle der Behandlung im Rahmen des ärztlichen Bereitschaftsdienstes.

Erstkontaktdaten

Die entsprechenden **Erstkontaktdaten** können Sie in der Webanwendung **116117 Terminservice** unter **„MEINE KVB“** einsehen. Darüber hinaus erhalten Sie innerhalb der ersten 15 Minuten nach Terminbuchung oder -stornierung eine Benachrichtigungs-E-Mail mit Angabe aller abrechnungsrelevanten Informationen. Mehr Informationen zum 116117 Terminservice finden Sie **unter Nr. 6**.

Bitte achten Sie darauf, eine gültige E-Mail-Adresse im 116117 Terminservice zu hinterlegen.

2. TSS-Terminfall

2.1. Extrabudgetäre Vergütung

Auch die Behandlung von Patienten, die über die Terminservicestelle (TSS) außerhalb von Akutfällen vermittelt wurden, löst unter bestimmten Voraussetzungen eine extrabudgetäre Vergütung aus. Mehr Informationen zur TSS und zum elektronischen Terminservice finden Sie **unter Nr. 6**.

Berechtigte Arztgruppen

Alle Arztgruppen mit Ausnahme von Laborärzten, Mikrobiologen, Transfusionsmedizinern, Pathologen oder Neuropathologen.

Voraussetzungen

- Terminvereinbarung durch **TSS**
  → Entweder durch Anruf der TSS in weiterbehandelnder Praxis oder über den 116117 Terminservice
- Vorliegen einer Überweisung mit als **dringend gekennzeichnetem Vermittlungscode**
  → Abrechnung als Auftragsleistung (Scheinuntergruppe 21), Konsiliaruntersuchung (Scheinuntergruppe 23) oder Mit-/Weiterbehandlung (Scheinuntergruppe 24)
- **Psychotherapie**: Formular PTV 11 mit entsprechender Kennzeichnung als „ambulante psychotherapeutische Akutbehandlung“ oder „zeitnah erforderlich“
  → Vermittlungscode muss vorliegen
  → Bei Formular PTV 11 kann auch Originalschein (Scheinuntergruppe 00) angelegt werden
- **Keine Überweisung erforderlich** bei Hausärzten, Kinder- und Jugendärzten, Augenärzten oder Frauenärzten bzw. bei Vermittlung in psychotherapeutische Sprechstunde
  → Auch hier kann Originalschein (Scheinuntergruppe 00) angelegt werden
- Extrabudgetäre Vergütung gilt **nicht** bei Routineuntersuchungen und Bagatellerkrankungen

Dringender Vermittlungscode

Ausnahme vom Überweisungserfordernis

Kennzeichnung

Der TSS-Vermittlungsfall ist wie folgt zu kennzeichnen, um die extrabudgetäre Vergütung auszulösen:

Kennzeichnung

Bezeichnung	KVDT-Feld	Notwendige Eintragungen
Kennzeichnungs-GOP (Pseudo-GOP)	5001	99873T
Vermittlungs-/Kontaktart	4103	1 = **TSS-Terminfall**
Tag der Terminvermittlung	4115	Datum, an dem die Terminvermittlung durch die TSS erfolgte. → Die entsprechenden Erstkontaktdaten können Sie in der Webanwendung **116117 Terminservice** unter **„MEINE KVB“** einsehen.

Vergütung

Alle Leistungen im Arztgruppenfall sind – mit Ausnahme des Kapitels 32 EBM – extrabudgetär.

- Betroffen sind alle Leistungen, die von derselben Arztgruppe in derselben Arztpraxis innerhalb desselben Quartals bei einem Versicherten ambulant zulasten derselben Krankenkasse durchgeführt werden.
- Die nicht von der extrabudgetären TSVG-Vergütung umfassten Leistungen des Kapitels 32 EBM (Wirtschaftlichkeitsbonus/Laborleistungen) werden nach den Regelungen des HVM vergütet.

2.2. EBM-Zuschläge für TSS-Vermittlungsfall

Zur Abbildung der **zeitgestaffelten Zuschläge auf die Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen** gibt es für jede Arztgruppe Gebührenordnungspositionen (GOPen), die in die EBM-Kapitel 3 bis 27 (ohne Kapitel 12 Laboratoriumsmedizin und 19 Pathologie) und in den EBM-Abschnitt 30.7 (Schmerztherapie) aufgenommen wurden.

Auch ermächtigte Ärzte, Institute und Krankenhäuser, welche ausgewählte Leistungen ambulant durchführen dürfen (sog. „Teil-Ermächtigte“), können zeitgestaffelte Zuschläge zu ihren jeweiligen Grundpauschalen 01320 und 01321 im TSS-Vermittlungsfall berechnen.

Die Höhe des Zuschlags und Zusatzpauschale ist nach der Länge der Wartezeit auf einen Termin gestaffelt und wird durch eine Buchstabenkennzeichnung unterschieden. Die Buchstabenkennzeichnung ist bei der Abrechnung zwingend mit anzugeben:

NEU
Höhere Zuschläge

Buchstabe	Tage ab Terminvermittlung (telefonisch oder online) bis Behandlungstag	Zuschlagshöhe auf die jeweilige VP/GP/KP
B	TSS-Terminfall **Gleicher bis 4. Tag***	**100 %**
C	TSS-Terminfall **5. bis 14. Tag***	**80 %**
D	TSS-Terminfall **15. bis 35. Tag***	**40 %**

* Der Tag nach der Terminvermittlung durch die TSS gilt jeweils als erster Zähltag.

Zusatzpauschale Früherkennung

Für eine **TSS-Terminvermittlung zu einer Früherkennungsuntersuchung** bei Kindern wurde für die Arztgruppen Hausärzte, Kinder- und Jugendärzte, Frauenärzte, HNO-Ärzte, Phoniater und Orthopäden eine **eigene Zusatzpauschale nach der GOP 01710** in den EBM aufgenommen. Diese ist einmal im Arztgruppenfall berechnungsfähig, wenn am Behandlungstag ausschließlich eine Kinder-Früherkennungsuntersuchung nach Abschnitt 1.7.1 EBM erfolgt. Bei einer Laboruntersuchung im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen, bei TSS-Vermittlung zu einer

Jugendgesundheitsuntersuchung (J1), neben kurativen Leistungen oder neben einer Versicherten- bzw. Grundpauschale ist die Zusatzpauschale nicht berechnungsfähig.

Die Höhe der Zusatzpauschale nach der GOP 01710 ist abhängig von der Anzahl der Kalendertage bis zum Tag der Behandlung und beträgt:

Höhe der Zusatzpauschale

Buchstabe	Tage ab Terminvermittlung (telefonisch oder online) bis Behandlungstag	Bewertung in Punkten / Euro 2023
B	Gleicher bis 4. Tag*	217 Punkte / 24,94 €
C	5. bis 14. Tag*	173 Punkte / 19,88 €
D	15. bis 35. Tag*	87 Punkte / 10,00 €

* Der Tag nach der Terminvermittlung durch die TSS gilt jeweils als erster Zähltag.

Erstkontaktdaten

Die entsprechenden **Erstkontaktdaten** können Sie in der Webanwendung **116117 Terminservice** unter **„MEINE KVB“** einsehen. Darüber hinaus erhalten Sie innerhalb der ersten 15 Minuten nach Terminbuchung oder -stornierung eine Benachrichtigungsemail mit Angabe aller abrechnungsrelevanten Informationen. Mehr Informationen zum 116117 Terminservice finden Sie **unter Nr. 6**.

Bitte achten Sie darauf, eine gültige E-Mail-Adresse im 116117 Terminservice zu hinterlegen.

Die KBV hat die Hersteller der Praxisverwaltungssysteme dazu angewiesen, die vom Arzt anzugebende GOP + Buchstabe in der Abrechnung in die jeweilige altersklassenspezifische GOP + Buchstabe umzusetzen. Letztere wird an die KVB übertragen und in der späteren Honorarzusammenstellung auch als solche ausgewiesen.

Übersicht TSS-Zuschläge

TSS-Zuschläge mit Buchstabenkennzeichnungen nach Fachgruppen des EBM

Übersichten für Hausärzte, Kinder- und Jugendärzte, Fachärzte und Psychotherapeuten finden Sie auf unserer Internetseite unter:

→ **www.kvb.de/mitglieder/abrechnung/honorar/tsvg-konstellationen-ab-2023/**

Abrechnungsbeispiel

Beispiel

Ein Gynäkologe behandelt eine 40-jährige Patientin aufgrund der Vermittlung durch die Terminservicestelle. Zwischen der Kontaktaufnahme der Patientin mit der TSS und der Behandlung liegen sieben Kalendertage.

Der Arzt rechnet die Grundpauschale 08211 sowie weitere gegebenenfalls erforderliche Leistungen ab. Zusätzlich gibt er die GOP 08228C zusammen mit der Pseudo-GOP 99873T an

und kennzeichnet den Fall als TSS-Terminfall (FK 4103 - Vermittlungsart) unter Angabe des Tages der Terminvermittlung (FK 4115 – Tag der Terminvermittlung). Das PVS setzt die GOP 08228C in die altersklassenspezifische (Pseudo-) GOP 08911C um.

- Für die Höhe des Zuschlags ist der **Tag der Terminvermittlung** telefonisch oder online relevant. Der Tag nach der Terminvermittlung gilt als erster Zähltag. Bei der Übermittlung der Terminbuchung wird künftig dieses Datum enthalten sein. Bei telefonischer Kontaktaufnahme der Terminservicestelle erhalten Sie die zur Abrechnung erforderlichen Daten mitgeteilt. Damit kann der entsprechende Zuschlag bestimmt und die fachgruppenspezifische GOP mit dem richtigen Buchstaben abgerechnet werden.
- Der Zuschlag ist **einmal im Arztgruppenfall** (= Fälle einer Arztgruppe in einer Arztpraxis) berechnungsfähig. Er kann nur in Fällen mit Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen berechnet werden.
- Die Zuschläge für den TSS-Terminfall werden ausschließlich auf die Versicherten-, Grund- bzw. Konsiliarpauschalen der jeweiligen Altersklasse nach dem EBM gewährt.

3. Hausarztvermittlung

Vermitteln Hausärzte oder Kinder- und Jugendärzte einen aus medizinischen Gründen erforderlichen Termin beim Facharzt oder Psychotherapeuten, erhalten sie für diese Vermittlung bei Vorliegen der entsprechenden Abrechnungsvoraussetzungen (s. u.) einen Zuschlag auf die jeweilige Versichertenpauschale.

3.1. Gebührenordnungspositionen (GOPen)

Zuschläge

Hausarzt

- **GOP 03008** – Zuschlag zur Versichertenpauschale nach GOP 03000
  - → EBM-Bewertung: 131 Punkte
  - → B€GO-Preis 2023: 15,05 €

Kinder-/Jugendarzt

- **GOP 04008** – Zuschlag zur Versichertenpauschale nach GOP 04000
  - → EBM-Bewertung: 131 Punkte
  - → B€GO-Preis 2023: 15,05 €

Obligater Leistungsinhalt:

- Vermittlung eines Behandlungstermins bei einem an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragsarzt
- Überweisung an einen an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragsarzt

3.2. Vermittlung

Erforderliche Terminvermittlung

- Ein Termin muss **aus medizinischen Gründen erforderlich** sein. Es gilt eine zweistufige Frist für die Vermittlung:

Stufe 1: Bis **spätestens 4 Kalendertage** nach Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit gilt eine zeitliche Dringlichkeit und die GOP 03008/04008 ist bei Erfüllung der obligaten Leistungsinhalte (Terminvermittlung und Überweisung) berechnungsfähig.

Stufe 2: Liegt der vermittelte Termin für die Behandlung des Versicherten auf dem **5. bis spätestens 35. Kalendertag** nach Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit durch den Hausarzt, kann die GOP 03008 /04008 nur berechnet werden, 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.

Kalendertag relevant

Achtung: **Kalendertag** – nicht Werktag! Der Tag der Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit entspricht grundsätzlich dem Ausstellungsdatum der Überweisung und wird bei der Berechnung der Frist nicht mitgerechnet.

- Früherkennungsuntersuchungen und planbare Untersuchungen oder Behandlungen sind **nicht** Gegenstand einer solchen Terminvermittlung.
- Eine **erfolgreiche Vermittlung** liegt vor, wenn ein Termin beim Facharzt vereinbart wurde. Hat der Hausarzt einen Termin für seinen Patienten organisiert, stellt er eine Überweisung aus und gibt im Personalienfeld das Ausstellungsdatum an. Es ist nicht erforderlich, dass der überweisende Hausarzt auf dem Überweisungsschein einen Vermerk, z. B. „H“ oder „T“ aufnimmt oder auf diesem das Datum des vermittelten Termins oder die Betriebsstättennummer des Überweisungsempfängers angibt.
- Die Terminvergabe kann an das Praxispersonal delegiert werden.
- Für die Vermittlung können Hausärzte auch die Arzt-zu-Arzt-Suche im 116117 Terminservice nutzen. Mehr Informationen dazu finden Sie **unter Nr. 6**.

3.3. Mehrfachberechnung / keine Berechnungsfähigkeit

Mehrfach berechnungsfähig

- Der Zuschlag ist **mehrfach berechnungsfähig**, wenn der Patient in demselben Quartal durch denselben Arzt **zu unterschiedlichen Facharztgruppen** vermittelt wird.
- **Nicht berechnungsfähig** ist der Zuschlag, wenn der Hausarzt oder Kinder- und Jugendarzt **bei dem Facharzt** einen Termin vermittelt, bei dem der Patient **im laufenden Quartal bereits behandelt** wurde. Dies muss beim Patienten oder der Bezugsperson erfragt werden.

Überweisung erforderlich

- Die Vermittlung **setzt eine Überweisung voraus**. Das heißt, in Fällen, in denen der vermittelnde Hausarzt bzw. Kinder- und Jugendarzt und der weiterbehandelnde Facharzt oder Psychotherapeut in derselben Praxis tätig sind, sind weder Zuschlag noch extrabudgetäre Vergütung möglich.
- Der Zuschlag wird nur gewährt bei einer Vermittlung eines an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Arztes. Dies ist bei Vermittlung eines Hausarztes bzw. Kinder- und Jugendarztes an einen Kinder- und Jugendarzt mit einer – in den Abschnitten 4.4. und/oder 4.5. EBM genannten – Schwerpunktbezeichnung und/oder Zusatzbezeichnung gegeben, bei einer Vermittlung an einen anderen spezialisierten Hausarzt (z. B. hausärztlich zugelassenen Diabetologen) hingegen nicht.

Hinweis: Die Abrechnungsprüfungs-Richtlinien sehen aktuell eine Plausibilitätsprüfung der Hausarzt-Vermittlungsfälle vor, sofern in mehr als 15 % der Arztgruppenfälle die Gebührenordnungsposition 03008 bzw. 04008 abgerechnet wurde.

3.4. Zwingende Angaben für die Abrechnung des Zuschlags 03008 / 04008

- Zu den Gebührenordnungspositionen 03008 oder 04008 ist in Feldkennung 5003 (Arztnummer) die Betriebsstättennummer (BSNR) der fachärztlichen Praxis anzugeben, an die der Patient vermittelt wurde.

  Hinweis: Wir empfehlen, die BSNR gleich im Zuge der Terminvereinbarung bei der fachärztlichen Praxis zu erfragen. Unter **https://kollegensuche.kv-safenet.de/** steht Ihnen auch eine bundesweite Suchfunktion mit BSNR Angabe zur Verfügung. Zum Aufrufen der Kollegensuche ist ein Anschluss an die Telematikinfrastruktur, KV-Ident Plus oder KV-SafeNet notwendig.

Medizinische Begründung

- Die Berechnung der GOP 03008 / 04008 **ab dem 24. Kalendertag** nach Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit setzt die Angabe einer **medizinischen Begründung** in der Abrechnung (Feldkennung 5009 „freier Begründungstext“) voraus.

  Hinweis: Wir empfehlen, das Vorliegen der medizinischen Besonderheit des Einzelfalles **ab dem 5. Kalendertag zu dokumentieren** (in der Patientenakte oder als medizinische Begründung in der Abrechnung).

4. Fachärztliche Weiterbehandlung nach Hausarztvermittlung

4.1. Extrabudgetäre Vergütung

Die fachärztliche Weiterbehandlung von Patienten, bei denen ein Hausarzt oder Kinder- und Jugendarzt einen aus medizinischen Gründen erforderlichen Behandlungstermin vermittelt hat, wird unter bestimmten Voraussetzungen extrabudgetär vergütet.

Berechtigte Arztgruppen
Alle zugelassenen oder ermächtigten Ärzte oder Psychotherapeuten mit Ausnahme von Hausärzten, Kinder- und Jugendärzten (ohne eine in den Abschnitten 4.4. und/oder 4.5. EBM genannte Schwerpunktbezeichnung und/oder Zusatzbezeichnung), Laborärzten, Mikrobiologen, Transfusionsmedizinern, Pathologen oder Neuropathologen.

Voraussetzungen

- Die Behandlung durch den Facharzt muss innerhalb eines Zeitraums von **vier Kalendertagen** nach der Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit durch den Hausarzt oder Kinder- und Jugendarzt liegen oder **bis zum 35. Kalendertag** erfolgen, wenn aufgrund der medizinischen Besonderheit des Einzelfalls eine TSS-Terminvermittlung oder eigenständige Vereinbarung durch den Patienten nicht angemessen oder nicht zumutbar ist.
- Der Tag der Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit entspricht grundsätzlich dem Ausstellungsdatum der Überweisung und wird bei der Berechnung der Frist nicht mitgerechnet. **Achtung**: **Kalendertag** – nicht Werktag!

Kalendertag relevant

- Es muss eine **Überweisung** eines Hausarztes oder Kinder- und Jugendarztes vorliegen (Auftragsleistung: Scheinuntergruppe 21, Konsiliaruntersuchung: Scheinuntergruppe 23 oder Mit-/Weiterbehandlung: Scheinuntergruppe 24).
- Das **Ausstellungsdatum** der Überweisung des Haus- oder Kinder- und Jugendarztes ist vom Facharzt in die Abrechnung (in das Feld „Ausstellungsdatum“ – Feldkennung 4102) zu übernehmen.
- **Hinweis**: Es ist nicht erforderlich, dass vom überweisenden Hausarzt auf dem Überweisungsschein ein Vermerk, z. B. „T“ oder „H“ aufgenommen wurde oder auf diesem das Datum des vermittelten Termins oder die Betriebsstättennummer des Überweisungsempfängers angegeben wurde.
- Die **Terminvermittlung** erfolgt durch den Hausarzt oder Kinder- und Jugendarzt (oder einen Praxismitarbeiter) und nicht durch den Patienten.
- Der zeitnahe Behandlungstermin muss aus **medizinischen Gründen erforderlich** sein. Dies ist nicht der Fall bei planbaren Behandlungen oder Früherkennungsuntersuchungen. Die Beurteilung der Erforderlichkeit obliegt dem Hausarzt bzw. Kinder- und Jugendarzt und muss von ihm ausgehen.

Empfehlung: **Dokumentieren Sie die Kontaktaufnahme** mit dem Hausarzt oder Kinder- und Jugendarzt in der Patientenakte.

Kontaktaufnahme dokumentieren

Kennzeichnung

Der **Hausarzt-Vermittlungsfall** ist wie folgt zu kennzeichnen, um die extrabudgetäre Vergütung auszulösen:

Kennzeichnung

Bezeichnung	KVDT-Feld	Notwendige Eintragungen
Kennzeichnungs-GOP (Pseudo-GOP)	5001	99873H
Vermittlungs-/Kontaktart	4103	3 = **HA-Vermittlungsfall**
Tag der Terminvermittlung	4115	Datum, an dem die Terminvermittlung durch den Hausarzt bzw. den hausärztlich tätigen Kinder- und Jugendarzt erfolgte.

Vergütung

Alle Leistungen im Arztgruppenfall sind – mit Ausnahme des Kapitels 32 EBM – extrabudgetär.

- Betroffen sind alle Leistungen, die von derselben Arztgruppe in derselben Arztpraxis innerhalb desselben Quartals bei einem Versicherten ambulant zulasten derselben Krankenkasse durchgeführt werden.
- Die nicht von der extrabudgetären TSVG-Vergütung umfassten Leistungen des Kapitels 32 EBM (Wirtschaftlichkeitsbonus/Laborleistungen) werden dabei weiterhin nach den Regelungen des HVM vergütet.

4.2. EBM-Zuschläge

NEU

Zuschläge für Fachärzte/ Psychotherapeuten

Wie bereits in TSS-Vermittlungsfällen können Fachärzte und Psychotherapeuten ab dem 1. Januar 2023 auch bei der Vermittlung von erforderlichen Behandlungsterminen durch Hausärzte und Kinder- und Jugendärzte die zeitgestaffelten und arztgruppenspezifischen Zuschläge auf die Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen abrechnen, siehe Punkt 2.2

Buchstabe	Tage ab Hausarztvermittlung bis Behandlungstag	Zuschlagshöhe auf die jeweilige VP/GP/KP
B	Hausarzt-Vermittlungsfall Gleicher bis 4. Tag*	100 %
C	Hausarzt-Vermittlungsfall 5. bis 14. Tag*	80 %
D	Hausarzt-Vermittlungsfall 15. bis 35. Tag*	40 %

* Der Tag nach der Terminvermittlung durch den Hausarzt / Kinder- und Jugendarzt gilt jeweils als erster Zähltag.

Auch hier hat die KBV zur Unterstützung der Ärzte / Psychotherapeuten bei der Umsetzung die Hersteller der Praxisverwaltungssysteme angewiesen, die vom Arzt / Psychotherapeuten anzugebende GOP + Buchstabe (B, C oder D je nach Länge der Wartezeit) in der Abrechnung in die jeweilige altersklassenspezifische GOP + Buchstabe umzusetzen. Letztere wird an die KVB übertragen und in der späteren Honorarzusammenstellung auch als solche ausgewiesen.

Übersicht Vermittlungszuschläge

Vermittlungszuschläge mit Buchstabenkennzeichnungen nach Fachgruppen des EBM
Übersichten für Kinder- und Jugendärzte (mit 4.4 bzw. 4.5), Fachärzte und Psychotherapeuten finden Sie auf unserer Internetseite unter:

→ **www.kvb.de/mitglieder/abrechnung/honorar/tsvg-konstellationen-ab-2023/**

5. Offene Sprechstunde

Mindestens 5 offene Sprechstunden

Fachärzte bestimmter Arztgruppen müssen **mindestens fünf offene Sprechstunden** in der Woche anbieten (bei reduziertem Versorgungsauftrag anteilig). Leistungen, die im Rahmen der offenen Sprechstunden erbracht werden, lösen unter bestimmten Voraussetzungen eine **extrabudgetäre Vergütung** aus. Die offenen Sprechstunden sind an die KVB zu melden.

Infoseite zu Sprechstunden

Mehr **Informationen zu Sprechstunden** finden Sie auf unserer Internetseite unter:

→ **www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/pflichten/sprechstunden/**

5.1. Extrabudgetäre Vergütung

Berechtigte Arztgruppen
Augenärzte, Chirurgen, Frauenärzte, HNO-Ärzte, Hautärzte, Kinder- und Jugendpsychiater, Neurologen, Neurochirurgen, Nervenärzte, Orthopäden, Psychiater und Urologen.

Voraussetzungen

- Offene Sprechstunden wurden an die KVB gemeldet
- Patient war in offener Sprechstunde einer der o.g. berechtigten Arztgruppen
- Überweisung nicht erforderlich

Kennzeichnung

Folgende Kennzeichnung ist vorzunehmen:

Kennzeichnung

Bezeichnung	KVDT-Feld	Notwendige Eintragungen
Kennzeichnungs-GOP (Pseudo-GOP)	5001	99873**O**
Vermittlungs-/Kontaktart	4103	4 = **Offene Sprechstunde**

Neben der korrekten Kennzeichnung ist auch die **Meldung offener Sprechstunden** Voraussetzung dafür, dass eine extrabudgetäre Vergütung erfolgen kann. Die Pseudo-GOP 99873O kann nur angesetzt werden, wenn auch offene Sprechstunden gemeldet wurden. Sie haben über das Benutzerprofil im Mitgliederportal **„MEINE KVB“** die Möglichkeit, diese zu prüfen und ggf. zu ändern.

Vergütung

Alle Leistungen im Arztgruppenfall sind – mit Ausnahme des Kapitels 32 EBM – bis zu einer begrenzten Fallzahl (siehe unten) extrabudgetär.

- Betroffen sind alle Leistungen, die von derselben Arztgruppe in derselben Arztpraxis innerhalb desselben Quartals bei einem Versicherten ambulant zulasten derselben Krankenkasse durchgeführt werden.
- Die nicht von der extrabudgetären TSVG-Vergütung umfassten Leistungen des Kapitels 32 EBM (Wirtschaftlichkeitsbonus /Laborleistungen) werden nach den Regelungen des HVM vergütet.

5.2. Begrenzung der extrabudgetären Vergütung

Begrenzung auf 17,5 %

Die extrabudgetäre Vergütung der Leistungen ist weiterhin **begrenzt auf 17,5 % der Arztgruppenfälle der Praxis im aktuellen Quartal** (= Höchstwert). Wird der Höchstwert überschritten, ermittelt die KVB aus den vom Arzt gekennzeichneten Fällen technisch über einen Zufallsalgorithmus diejenigen Fälle, die extrabudgetär vergütet werden. Die den Höchstwert überschreitenden Fälle werden nicht gestrichen. Hier erfolgt eine Vergütung wie bisher.

5.3. Bereinigung

Nach der initialen TSVG-Bereinigung (3/2019 bis 3/2020) und einer weiteren vom Gesetzgeber beschlossenen Bereinigungskorrektur (3/2021 bis 4/2022) beginnt mit dem GKV-Finanzstabilisierungsgesetz nun (ab 1/2023) eine **dritte Bereinigungsphase**

für die Leistungen in den offenen Sprechstunden. Das Gesetz sieht eine Bereinigung der arztgruppenspezifischen Punktzahlvolumen vor, soweit diese über 3 % gegenüber dem Vorjahresquartal hinausgehen. Einzelheiten müssen vom Bewertungsausschuss noch festgelegt werden.

Der HVM sieht eine Berücksichtigung der Bereinigung in den betroffenen Fachgruppentöpfen vor. Eine darüberhinausgehende individuelle Bereinigung der arztbezogenen Obergrenzen (RLV+QZV) ist **nicht** vorgesehen.

6. Hinweise zur Nutzung des elektronischen 116117 Terminservice im Rahmen der Terminservicestelle (TSS)

Der elektronische **116117 Terminservice** unterstützt Sie bei der **Meldung von freien Terminen**, als „Werkzeug“ zur Optimierung von Arbeitsabläufen.

116117 Terminservice

Zugang 116117 Terminservice

Der 116117 Terminservice wird Ihnen als Webanwendung im Sicheren Netz der KVen (SNK) bereitgestellt, den Sie wie folgt erreichen (unmittelbar und unabhängig von telefonischen Erreichbarkeiten):

- Über das Mitgliederportal **„MEINE KVB“** oder
- als Aufruf im Web-Browser **https://praxis.eterminservice.kv-safenet.de**

Login für Praxispersonal

Um ins Mitgliederportal „MEINE KVB“ zu gelangen, müssen Sie sich über das sichere Netz der KVen (SNK) mit Ihrer Benutzerkennung einloggen. Ein **separater 116117 Terminservice-Login für Ihr Praxispersonal steht zur Verfügung** und kann im Bedarfsfall jederzeit über „MEINE KVB“ beantragt werden.

!

Ihre Vorteile bei der Nutzung des 116117 Terminservice:

- **Zeitlich unabhängige** und direkte Eingabe, Organisation und Stornierung der Termine
- **Einsicht in die Vermittlungshistorie** mit Hinweis zur entsprechenden GOP-Angabe mit Buchstaben bei zeitgestaffelten Zuschlägen
- **Generierung** und **Ausdruck** der notwendigen **Vermittlungscodes**
- **Individuelle Verwaltung** des Praxisprofils und des Terminangebotes

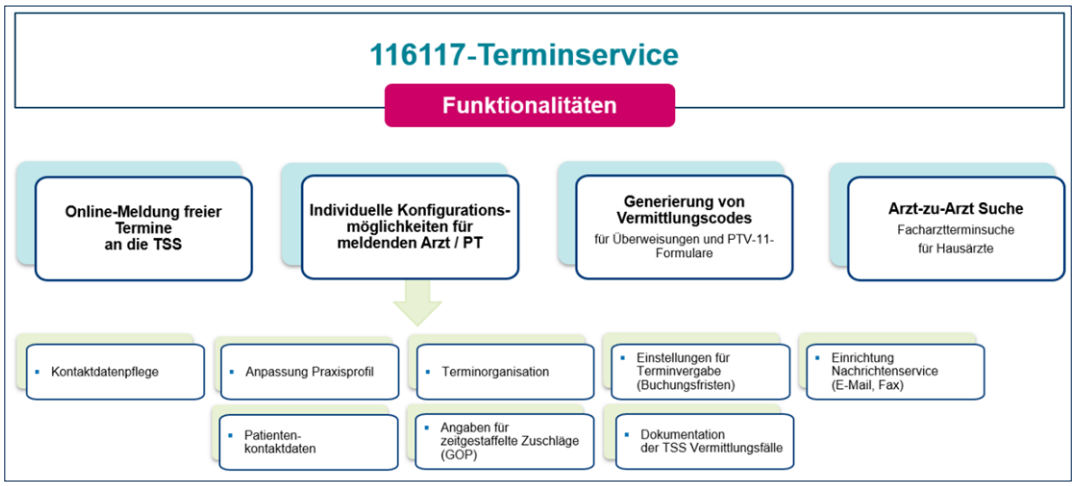
Funktionalitäten des 116117 Terminservice auf einen Blick:

- Online-Meldung freier Termine an die Terminservicestelle
- Generierung und Ausdruck der Vermittlungscodes für Überweisungen und PTV-11-Formulare (Patienten benötigen für die Terminvermittlung einen Vermittlungscode – Ausnahmen: Augenärzte, Gynäkologen, Haus- sowie Kinder- und Jugendärzte, Psychotherapeutische Sprechstunde)

- Arzt-zu-Arzt-Suche
- Individuelle Konfigurationsmöglichkeiten für den meldenden Arzt oder Psychotherapeuten:
  - → Onlinebearbeitung der Praxis-Kontaktdaten
  - → Stammdatenimport mit Leistungsspektrum auf Basis der Daten im Arztregister
  - → **Individuelle Terminplanung** und Serientermingestaltung möglich
  - → Einsicht der Terminbuchungen mit Namen und Kontaktdaten des Patienten
  - → **Anzeige des Erstkontaktdatums mit Abrechnungshinweis auf GOP für zeitgestaffelten Zuschlag**
  - → Sofortige Anzeige der Terminabsagen

Individuelle Terminplanung

Hinweis auf GOP

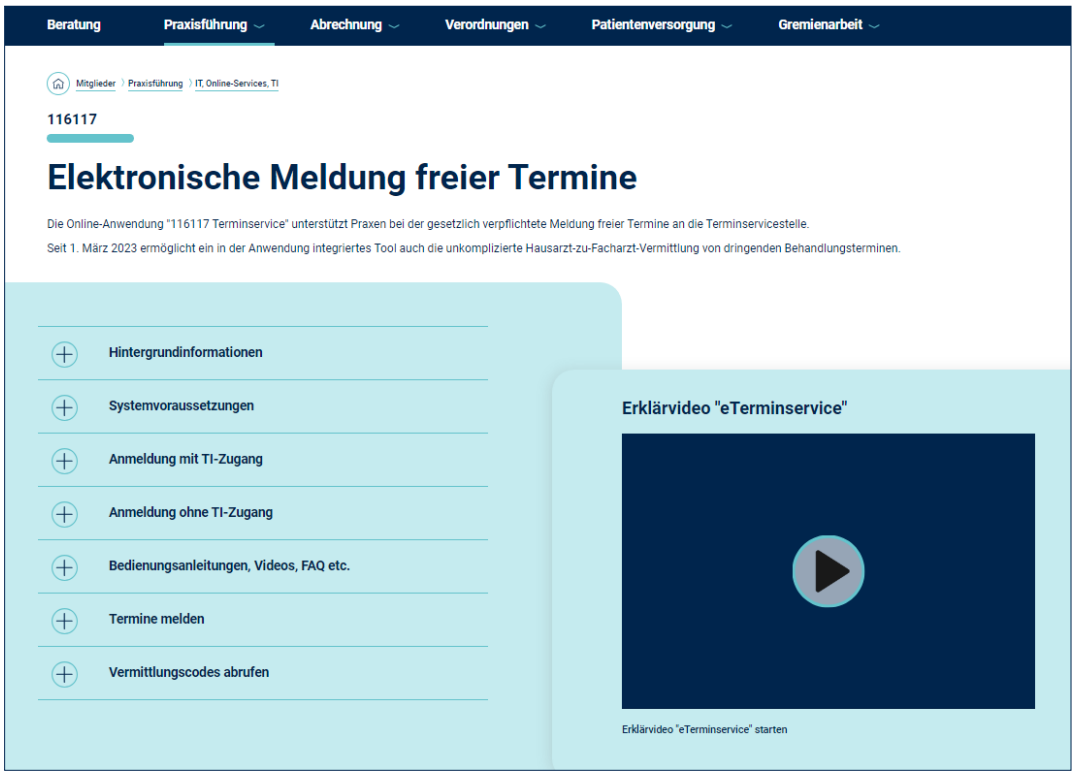


Der 116117 Terminservice schnell erklärt:

Video-Anleitung

- Nutzen Sie die **Videoanleitungen** auf unserer Homepage, um Schritt für Schritt in die Webanwendung einzusteigen:

  → **https://www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/it-online-services-ti/116117-terminservice**



Terminservicestelle (TSS)
Die TSS ist auch weiterhin zentraler Ansprechpartner zur Koordination aller Themen rund um die Meldung freier Termine.

Zur Unterstützung bei der **Meldung** freier Termine ist die TSS **auch weiterhin telefonisch für Sie erreichbar** unter der **0921 88099-55022.**

Bitte denken Sie daran, jede Überweisung und jedes PTV-11 Formular mit dem entsprechenden Vermittlungscode zu versehen!

Voraussetzung für die Terminvermittlung durch die Terminservicestelle ist grundsätzlich der **entsprechende Vermittlungscode auf dem Überweisungsschein oder PTV-11 Formular**. Sofern Ihr Praxisverwaltungssystem (PVS) die Codes nicht über KV-Connect automatisch bereitstellt, **können Sie diese im 116117 Terminservice als Druckvorlage generieren.**

Sie als Überweisende oder Überweisender haben die Wahl zwischen **zwei Arten von Vermittlungscodes**:

- **„dringende“** Vermittlungscodes legitimieren Patienten für eine Terminvermittlung innerhalb der gesetzlichen 35-Tage-Frist
- **„nicht dringende“** Vermittlungscodes legitimieren Patienten für eine Terminvermittlung innerhalb einer zumutbaren Frist (max. 12 Wochen).

Anlage 1: TSS-Akutfall

Ab 1. Januar 2023 gültig

Vermittlung eines Akutfalles durch Terminservicestelle

Behandlung durch Arzt / Psychotherapeut am (Kalender-)Tag nach der Terminvermittlung

Alle Arztgruppen mit Ausnahme von Laborärzten, Mikrobiologen, Transfusionsmedizinern, Pathologen und Neuropathologen

Abrechnung Arzt / Psychotherapeut

- **Extrabudgetäre Vergütung** im Arztgruppenfall (gilt nicht für Laborleistungen des Kapitels 32)
- **Arztgruppenspezifische Zuschläge** auf die Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen (einmal im Arztgruppenfall):

Buchstabe	Frist für Behandlung ab Terminvermittlung	Zuschlagshöhe auf jeweilige GP/VP/KP
A	spätestens am (Kalender-)Tag nach der Terminvermittlung durch die TSS	200 %

Notwendige Kennzeichnungen in der Abrechnung

- **Kennzeichnungs-GOP** (Feldkennung 5001): **99873A**
- **Vermittlungs-/Kontaktart** (Feldkennung 4103): **„TSS-Akutfall“**
- **Tag der Terminvermittlung** (Feldkennung 4115)
  → Die entsprechenden Erstkontaktdaten können Sie in der Webanwendung eTerminservice unter „MEINE KVB“ einsehen.
- **Abrechnung auf Originalschein** (Scheinuntergruppe 00) oder **Notfallschein** (Scheinuntergruppe 41, 43 oder 44)

Anlage 2: TSS-Terminfall Hausarzt / Kinder- und Jugendarzt

Ab 1. Januar 2023 gültig

Vermittlung eines Hausarzt- bzw. Kinder- und Jugendarzttermines **durch Terminservicestelle**

Behandlung durch Hausarzt / Kinder- und Jugendarzt

Abrechnung Hausarzt / Kinder- und Jugendarzt

- **Extrabudgetäre Vergütung** im Arztgruppenfall (gilt nicht für Laborleistungen des Kapitels 32)
- **Arztgruppenspezifische Zuschläge GOP 03010 bzw. 04010** auf die Versichertenpauschalen **mit Zeitstaffelung** (einmal im Arztgruppenfall):

Buch-stabe	Frist für Behandlung ab Terminvermittlung	Zuschlagshöhe auf jeweilige GP/VP/KP
B	spätestens am **4. Tag***	**100 %**
C	spätestens am **14. Tag***	**80 %**
D	spätestens am **35. Tag***	**40 %**

* Der Tag nach der Terminvermittlung durch die TSS gilt jeweils als erster Zähltag.

oder

- **Zuschlag GOP 01710** für TSS-Terminvermittlung bei Kinder-Früherkennungsuntersuchung mit Zeitstaffelung (Kennzeichnung s.o.).

Notwendige Kennzeichnungen in der Abrechnung

- **Kennzeichnungs-GOP** (Feldkennung 5001): 99873T
- **Vermittlungs-/Kontaktart** (Feldkennung 4103): **„TSS-Terminfall“**
- **Tag der Terminvermittlung** (Feldkennung 4115)
  → Die entsprechenden Erstkontaktdaten können Sie in der Webanwendung eTerminservice unter „MEINE KVB“ einsehen.

Anlage 3: TSS-Terminfall Facharzt / Psychotherapeut

Ab 1. Januar 2023 gültig

KVB Kassenärztliche Vereinigung Bayerns

Behandelnder Arzt stellt eine dringliche Überweisung mit einem entsprechenden Vermittlungscode aus

(auch Kinder-Früherkennungsuntersuchungen,
jedoch nicht für Bagatell- oder Routineuntersuchungen).

Für Augenärzte, Gynäkologen bzw. bei Vermittlung in eine psychotherapeutische Sprechstunde ist keine Überweisung erforderlich. Bei Psychotherapie: Formular PTV 11 mit entsprechender Kennzeichnung als „ambulante psychotherapeutische Akutbehandlung" oder „zeitnah erforderlich".

Vermittlung eines Termines durch Terminservicestelle

(Weiter-)Behandlung durch Facharzt / Psychotherapeut

Alle Ärzte und Psychotherapeuten außer Hausärzte, Kinder- und Jugendärzte (ohne eine in den Abschnitten 4.4. und / oder 4.5. EBM genannte Schwerpunktbezeichnung und / oder Zusatzbezeichnung), Laborärzte, Mikrobiologen, Transfusionsmediziner, Pathologen oder Neuropathologen.

Abrechnung Facharzt / Therapeut

- **Extrabudgetäre Vergütung** im Arztgruppenfall (gilt nicht für Laborleistungen des Kapitels 32)
- **Arztgruppenspezifische Zuschläge** auf die Grund- oder Konsiliarpauschalen **mit Zeitstaffelung** (einmal im Arztgruppenfall):

Buchstabe	Frist für Behandlung ab Terminvermittlung	Zuschlagshöhe auf jeweilige GP/VP/KP
B	spätestens am **4. Tag***	**100 %**
C	spätestens am **14. Tag***	**80 %**
D	spätestens am **35. Tag***	**40 %**

* Der Tag nach der Terminvermittlung durch die TSS gilt jeweils als erster Zähltag.

oder

- **Zuschlag GOP 01710** für TSS-Terminvermittlung bei Kinder-Früherkennungsuntersuchung (für Frauenärzte, HNO-Ärzte, Phoniater und Orthopäden) mit Zeitstaffelung (Kennzeichnung s.o.).

Notwendige Kennzeichnungen in der Abrechnung

- **Kennzeichnungs-GOP** (Feldkennung 5001): **99873T**
- **Vermittlungs-/Kontaktart** (Feldkennung 4103): **„TSS-Terminfall"**
- **Tag der Terminvermittlung** (Feldkennung 4115)
  → Die entsprechenden Erstkontaktdaten können Sie in der Webanwendung eTerminservice unter „MEINE KVB" einsehen.
- **Abrechnung auf Überweisungsschein** (Scheinuntergruppe 21, 23 oder 24), Abrechnung auf Originalschein möglich für Augenärzte, Frauenärzte oder bei Vorliegen des Formulars PTV 11.

Anlage 4: Hausarztvermittlungsfall

Ab 1. Januar 2023 gültig

KVB Kassenärztliche Vereinigung Bayerns

Hausarzt oder hausärztlich tätiger Kinder- und Jugendarzt stellt das medizinische Erfordernis eines Facharzttermins fest
(nicht Routineuntersuchungen).

Terminvermittlung durch Hausarzt / Kinder- und Jugendarzt an Facharzt

Abrechnung des vermittelnden Arztes

GOP 03008 / 04008 Zuschlag auf die Versichertenpauschale für die Terminvermittlung

Bei Behandlung durch Facharzt bis spätestens 4. Kalendertag nach o. g. Feststellung der Behandlungsbedürftigkeit oder bis 35. Tag, wenn aufgrund der medizinischen Besonderheit des Einzelfalls eine TSS-Terminvermittlung oder eigenständige Vereinbarung durch den Patienten nicht angemessen oder nicht zumutbar ist. Der Tag der Feststellung wird bei Berechnung der Frist **nicht** mitgerechnet.

Notwendige Kennzeichnungen in der Abrechnung

- **In Feldkennung 5003 (Arztnummer)** ist die Betriebsstättennummer (BSNR) der fachärztlichen Praxis anzugeben, an die der Patient vermittelt wurde.
- **Ab dem 24. Kalendertag** nach Feststellung Behandlungsbedürftigkeit ist zwingend eine medizinische Begründung anzugeben (Feldkennung 5009 „freier Begründungstext"). Wir empfehlen eine Dokumentation der medizinischen Besonderheit im Einzelfall bereits ab dem 5. Kalendertag nach der Feststellung.

Überweisung (SUG 21, 23 oder 24)

Das Ausstellungsdatum (= Vermittlungstag) ist im Personalienfeld der Überweisung anzugeben.

(Weiter-)Behandlung durch Facharzt / Psychotherapeut

Alle Arztgruppen mit Ausnahme von Laborärzten, Mikrobiologen, Transfusionsmedizinern, Pathologen oder Neuropathologen

Abrechnung Facharzt

- **Extrabudgetäre Vergütung** im Arztgruppenfall (gilt nicht für Laborleistungen des Kapitels 32)
- **Arztgruppenspezifische Zuschläge** auf die Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen **mit Zeitstaffelung** (einmal im Arztgruppenfall):

Buchstabe	Frist für Behandlung ab Terminvermittlung	Zuschlagshöhe auf jeweilige GP/VP/KP
B	spätestens am **4. Tag***	**100 %**
C	spätestens am **14. Tag***	**80 %**
D	spätestens am **35. Tag***	**40 %**

* Der Tag nach der Terminvermittlung durch den Hausarzt / Kinder- und Jugendarzt gilt jeweils als erster Zähltag.

Notwendige Kennzeichnungen in der Abrechnung

- **Kennzeichnungs-GOP** (Feldkennung 5001): **99873H**
- **Vermittlungs-/Kontaktart** (Feldkennung 4103): **„HA-Vermittlungsfall"**
- **Tag der Terminvermittlung** (Feldkennung 4115)
- **Abrechnung auf Überweisungsschein** (Scheinuntergruppe 21, 23 oder 24)

Impressum

Herausgeber:
Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Elsenheimerstraße 39
80687 München

www.kvb.de

Redaktion:
Referat Gesamtvergütung
und Honorarverteilung

Notdienste
Team Plattform 116117

Gestaltung:
Service und Beratung
Team Praxenkommunikation

Bildnachweis:
stock.adobe.com/peopleimages
(Titelseite)

Stand:
September 2023