



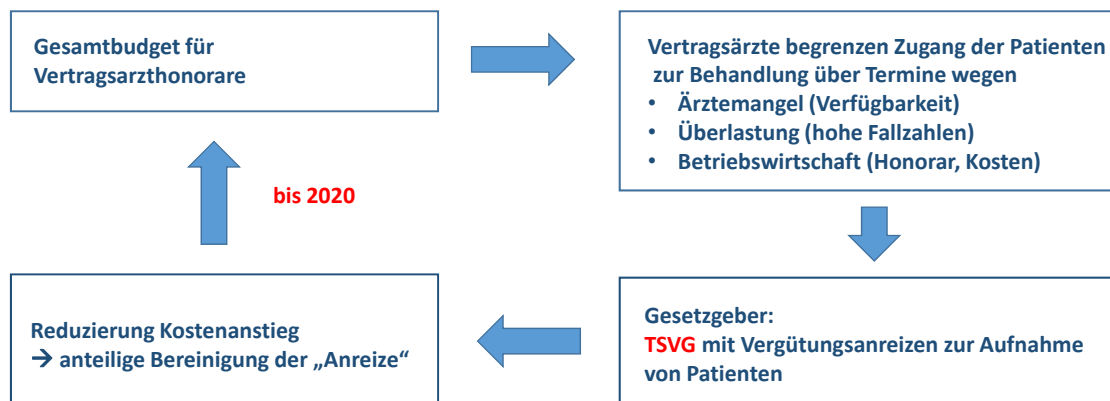
Teil 1

Neupatienten, Terminservicefälle & offene Sprechstunden: Update zum TSVG aus der Perspektive kooperativer Versorger

42. Deutscher Krankenhaustag
Düsseldorf
12. November 2019



Ausgangssituation



Zeitliche Abläufe der Gesetzgebung zum TSVG



Beratungsfolge zum TSVG

Referentenentwurf BMG:	24. Juli 2018
Fachanhörung:	22. August 2018
Verabschiedung Kabinettsentwurf:	25. September 2018
1. Durchgang Bundesrat:	23. November 2018
1. Lesung Bundestag:	13. Dezember 2018
1. Anhörung im Bundestag:	16. Januar und 13. Februar 2019
2./3. Lesung Bundestag:	14./15. März 2019
2. Durchgang Bundesrat:	12. April 2019

Inkrafttreten: **11. Mai 2019**

EBM:

Abschluss Beratungen zur Weiterentwicklung (hausärztlich und fachärztlich):
Dezember 2019
Inkrafttreten: 01. April 2020

Honorarverteilungsmaßstäbe:
Anpassung - läuft

Richtlinien zum Inhalt u. zur Durchführung der Prüfungen gemäß § 106d Abs. 6 SGB V:
Überarbeitung ???

Bundesmantelvertrag/Ärzte:
Aufnahme von Regelungen – 30.08.2019

Übersicht Terminservicestellen- und Versorgungsgesetz



TSVG-Konstellationen mit extrabudgetärer Vergütung

1. Terminvermittlung durch die Terminservicestellen (TSS):

- **TSS-Terminfall**
Wartezeit auf Termin maximal 4 Wochen, psychotherapeutische Akutbehandlung maximal 2 Wochen
- **TSS-Akutfall**
Termin bis spätestens am Folgetag nach medizinischer Ersteinschätzung bei Anruf der 116117

2. Terminvermittlung durch den Hausarzt beim Facharzt

3. Offene Sprechstunde

4. Behandlung neuer Patienten

- Die gesamte Behandlung des Patienten im **Arztgruppenfall** wird in dem Quartal zu festen Preisen bezahlt
- Ausgenommen sind Laboruntersuchungen.
- extrabudgetärer Zuschlag auf Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen bei TSS-Terminfall u. TSS-Akutfall
- Vertretungsfälle sind Neupatienten, vertragsärztlicher Bereitschaftsdienst nicht (ist bereits budgetfrei)
- Hausärzte, die in dringenden Fällen einen Termin beim Facharzt vermitteln, erhalten dafür einen Zuschlag
- Die Krankenkassen zahlen Preisdifferenz zur Ausbudgetierung, nicht für die Fallzahlentwicklung!!
- Bei Zutreffen mehrerer TSVG-Konstellationen bei einem Patienten wählt der Arzt die Abrechnungsweise (bevorzugt TSS)
- Fallzahlzunahme geht zu Lasten der Vergütung im RLV/QZV/Individualvolumen.

Meldepflicht für TSS-Termine?



KV Berlin -> Meldepflicht:

Meldebedarf für das 4. Quartal 2019 je Versorgungsauftrag

Fachgruppe	Voll	0,75	0,5	0,25
psychologische Psychotherapeuten	Wahlweise 1 Termin pro Quartal zur psychotherapeutischen Akutbehandlung oder zur Probatorischen Sitzung			
Psychotherapeutisch tätige Ärzte	Wahlweise 1 Termin pro Quartal zur psychotherapeutischen Akutbehandlung oder zur Probatorischen Sitzung			
Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Wahlweise 1 Termin pro Quartal zur psychotherapeutischen Akutbehandlung oder zur Probatorischen Sitzung			
Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Gastroenterologie	9	7	5	3
Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Angiologie	6	5	3	2
Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Endokrinologie und Diabetologie	6	5	3	2
Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Rheumatologie	8	6	4	2
Fachärzte für Urologie	3	3	2	1
Fachärzte für Dermatologie	3	3	2	1

Mit dem Inkrafttreten TSVG sind Vertragsärzte und –psychotherapeuten verpflichtet, freie Termine für die Terminservicestelle (TSS) zur Verfügung zu stellen (§ 75 Abs. 1b Satz 20 SGB V).

Die KV Berlin ermittelt in jedem Quartal, wie hoch der Bedarf pro Fachgruppe ist. Bei den aufgeführten Fachgruppen übersteigt die Nachfrage das derzeitige Angebot.

- Ermittlung des zu erwartenden Terminbedarfs auf Grundlage der Vermittlungsanfragen der vorhergehenden vier Quartale.
- Auswertung quartalsweise und Anpassung des verpflichtenden Meldebedarfs
- regelmäßiges Einplanen von TSS-Terminen in den Praxisalltag mit Serientermin-Funktion im eTerminservice (eTS)
- nicht gebuchte Termine werden durch den eTS 5 Tage vor dem Ereignis geblockt und stehen automatisch wieder für den regulären Praxisbetrieb zur Verfügung
- bei Psychotherapeuten keine Unterscheidung nach Praxisgröße ausgehend von einer Sitzung

Meldebedarf wird ggf. in „Übersicht Terminmeldung“ vorgegeben (KVT).

Übersicht Terminservicestellen- und Versorgungsgesetz



KONSTELLATION	ARZTGRUPPE	VERGÜTUNG	ABRECHNUNG	BEREINIGUNG*	INKRAFTTRETEN
TSS-Terminfall					
Extrabudgetäre Vergütung	alle außer › Laborärzte › Pathologen	› alle Leistungen im Arztgruppenfall extrabudgetär	› Abrechnungsschein im PVS als „TSS-Terminfall“ kennzeichnen	11.05.2019 – 10.05.2020	11.05.2019
Zuschlag		› Zuschlag auf Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale: • 50 Prozent: Termin innerhalb von 8 Tagen • 30 Prozent: Termin innerhalb von 9-14 Tagen • 20 Prozent: Termin innerhalb von 15-35 Tagen › 1x im Arztgruppenfall	› Arztgruppenspezifische GOP für den Zuschlag angeben › GOP je nach Länge der Wartezeit auf Termin bzw. Höhe des Zuschlags mit Buchstaben B (50 Prozent), C (30 Prozent) oder D (20 Prozent) kennzeichnen	keine	01.09.2019
TSS-Akutfall					
Extrabudgetäre Vergütung	alle außer › Laborärzte › Pathologen	› alle Leistungen im Arztgruppenfall extrabudgetär	› Abrechnungsschein im PVS als „TSS-Akutfall“ kennzeichnen	ein Jahr ab Start des TSS-Akutfalls	ab Start Erst-einschätzungs-verfahren im jeweiligen KV-Bezirk, spätestens 01.01.2020
Zuschlag		› 50-Prozent-Zuschlag auf Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale (Termin innerhalb von 24 Stunden, spätestens bis Ende Folgetag) › 1x im Arztgruppenfall	› Arztgruppenspezifische GOP für den Zuschlag angeben › GOP mit Buchstaben A (50 Prozent) kennzeichnen	keine	

Quelle: www.kbv.de

Übersicht Terminservicestellen- und Versorgungsgesetz



KONSTELLATION	ARZTGRUPPE	VERGÜTUNG	ABRECHNUNG	BEREINIGUNG*	INKRAFTTRETEN
Hausarzt-Terminvermittlung					
Zuschlag für vermittelnden Hausarzt	› Hausärzte › Kinder-/Jugendärzte	› Zuschlag von 10,07 Euro im Jahr 2019 für Vermittlung eines Facharzttermins innerhalb von 4 Kalendertagen nach Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit › mehrfach berechnungsfähig, wenn Patient im selben Quartal durch denselben Arzt zu unterschiedlichen Arztgruppen vermittelt wird	› GOP 03008/04008 angeben › BSNR der Facharztpraxis angeben	keine	01.09.2019
Extrabudgetäre Vergütung für weiterbehandelnden Facharzt	alle außer: › Hausärzte › Kinder-/Jugendärzte ohne Schwerpunkt › Laborärzte › Pathologen	› alle Leistungen im Arztgruppenfall extrabudgetär, wenn Behandlung innerhalb von 4 Kalendertagen nach Feststellen der Behandlungsnotwendigkeit durch Hausarzt erfolgt › Behandlung auf Überweisung	› Überweisungsschein im PVS anlegen und als „HA-Vermittlungsfall“ kennzeichnen	11.05.2019 – 10.05.2020	11.05.2019
Offene Sprechstunde					
Fünf offene Sprechstunden pro Kalenderwoche ohne vorherige Terminvereinbarung	› Augenärzte › Chirurgen › Gynäkologen › HNO-Ärzte › Hautärzte › Kinder-/Jugendpsychiater › Nervenärzte, Neurologen, Neurochirurgen › Orthopäden › Psychiater › Urologen	› alle Leistungen im Arztgruppenfall extrabudgetär, bis max. 17,5 Prozent der Arztgruppenfälle der jeweiligen Arztgruppe einer Arztpraxis	› Abrechnungsschein im PVS als „Offene Sprechstunde“ kennzeichnen	01.09.2019 – 31.08.2020	01.09.2019

Quelle: www.kbv.de

Übersicht Terminservicestellen- und Versorgungsgesetz



KONSTELLATION	ARZTGRUPPE	VERGÜTUNG	ABRECHNUNG	BEREINIGUNG*	INKRAFTTRETEN
Neue Patienten					
Patient sucht erstmals oder erstmals nach zwei Jahren einen Arzt in einer Praxis auf (aktuelles plus acht vorangegangene Quartale)	alle außer: › Anästhesisten › Humangenetiker › Labormediziner › Mund-Kiefer-Gesichts-Chirurgen › Nuklearmediziner › Pathologen › Radiologen › Strahlentherapie	› alle Leistungen im Arztgruppenfall extrabudgetär, begrenzt auf zwei Arztgruppen im Zeitraum aktuelles plus acht vorangegangene Quartale in einer Praxis › Ausnahme: Neue Praxen (extrabudgetäre Vergütung erst nach acht vollen Quartalen nach Praxisgründung bzw. -übernahme) › Hinweis: Auch die selektivvertragliche Behandlung des Patienten zählt mit.	› Abrechnungsschein im PVS als „Neupatient“ kennzeichnen	01.09.2019 – 31.08.2020	01.09.2019

Quelle: www.kbv.de

Definition Arztgruppenfall

Der Arztgruppenfall umfasst alle Leistungen, die von **derselben Arztgruppe in derselben Arztpraxis innerhalb desselben Quartals bei einem Versicherten ambulant zulasten derselben Krankenkasse** durchgeführt wurden. Die Arztgruppen beziehen sich auf die jeweiligen EBM-Kapitel beziehungsweise in Kapitel 13 auf die jeweiligen Unterabschnitte.

Umsetzung des TSVG



GOP FÜR TSS-AKUTFALL UND TSS-TERMINFALL

Fachgruppe	GOP	Fachgruppe	GOP
Hausärzte	03010	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	14218
Kinder- und Jugendmedizin	04010	Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	15228
Anästhesiologie	05228	Neurologie	16228
Augenheilkunde	06228	Nuklearmedizin	17228
Chirurgie	07228	Orthopädie	18228
Gynäkologie	08228	Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen	20228
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	09228	Psychiatrie und Psychotherapie	21236
Dermatologie	10228	Nervenheilkunde und Neurologie und Psychiatrie	21237
Humangenetik	11228	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	22228

Umsetzung des TSVG



GOP FÜR TSS-AKUTFALL UND TSS-TERMINFALL

Innere Medizin:		Ärztliche und psych. Psychotherapie	23228
› ohne Schwerpunkt	13228	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie	23229
› Angiologie	13298	Radiologie	24228
› Endokrinologie	13348	Strahlentherapie:	
› Gastroenterologie	13398	› bei gutartiger Erkrankung	25228
› Hämatologie/Onkologie	13498	› bei bösartiger Erkrankung	25229
› Kardiologie	13548	› nach strahlentherapeutischer Behandlung	25230
› Nephrologie	13598	Urologie	26228
› Pneumologie	13648	Physikalische und Rehabilitative Medizin	27228
› Rheumatologie	13698	Schmerztherapie	30705

Umsetzung des TSVG



KENNZEICHNUNG DER ZUSCHLÄGE MIT A, B, C ODER D

Zeitraum ab Kontaktaufnahme des Versicherten bei der TSS bis zum Behandlungstag	Buchstabe	Zuschlag
TSS-Akutfall: Spätestens Folgetag (nach medizinischer Ersteinschätzung durch die 116117)	A	50 Prozent
TSS-Terminfall: 1. bis 8. Tag	B	50 Prozent
TSS-Terminfall: 9. bis 14. Tag	C	30 Prozent
TSS-Terminfall: 15. bis 35. Tag	D	20 Prozent

In der offenen Sprechstunde werden alle Leistungen extrabudgetär vergütet. Es gilt der Arztgruppenfall.

Höchstwert von 17,5 Prozent: Da die extrabudgetäre Vergütung laut TSVG auf fünf offene Sprechstunden je Kalenderwoche begrenzt ist, wurde ein Höchstwert vereinbart: Es werden pro Quartal maximal 17,5 Prozent der Arztgruppenfälle der Praxis extrabudgetär vergütet.
Wegen Höchstwertfestlegung ist **keine Uhrzeitangabe** nötig.

Umsetzung des TSVG



Beanstandungen durch das Aufsichtsministerium:

- TSS-Überweisungen zu U-Untersuchungen (Kinder/Jugendliche)
vermeintliche Mehrfachbegünstigung wegen RLV-Freistellung der U-Untersuchungen
Folgen: keine Zuschläge auf Versichertenpauschalen dieser Fälle
- Hausarzt-Überweisungen
Angabe der BSNR reicht vermeintlich nicht aus
Folgen: ???
- Budgetfreistellung der TSVG-Fälle im Arztgruppenfall
reicht vermeintlich nicht aus, vorgesehen war Freistellung im Behandlungsfall
Folgen: ???

Umsetzung des TSVG – Bereinigung der MGV



- Die **extrabudgetäre Vergütung der Behandlung** (nicht der Zuschläge) geht mit einer Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) einher. Die MGV wird ein Jahr lang um die **Leistungen reduziert**, die innerhalb des Jahres nach Inkrafttreten der jeweiligen TSVG-Konstellation abgerechnet werden (Berücksichtigung der Auszahlungsquote).
Für die TSS-Terminfälle erfolgt die Bereinigung im Zeitraum 11. Mai 2019 bis 10. Mai 2020.
- Bei der **Bereinigung** wird das Honorar, das die Ärzte ursprünglich für die Behandlung der Patienten erhalten hätten, aus der gedeckelten MGV herausgenommen und durch die Krankenkassen auf 100 Prozent aufgestockt. Jede TSVG-Leistung wird voll bezahlt.
Steigt **nach Abschluss der Bereinigung** die Zahl der TSS-Patienten, müssen die Krankenkassen jeden zusätzlichen Fall komplett zusätzlich bezahlen. Es erfolgt keine erneute Bereinigung.
(Reaktionen der Krankenkassen auf 2020 zu erwartende Fallzahlsteigerung???)
- Die Bereinigung hat auch **Auswirkungen auf die Höhe des Regelleistungsvolumens oder des Praxisbudgets** einer Arztpraxis. Für Patienten in TSVG-Konstellationen gibt es kein Budget, da diese extrabudgetär vergütet werden.

Umsetzung des TSVG – Bereinigung der MGV



Die im Rahmen der TSVG-Konstellationen erbrachten Leistungen unterliegen einer Bereinigung der Gesamtvergütung der KV, die auch auf den Arzt anzuwenden ist. Im Bereinigungszeitraum (4 Quartale) werden die RLV/QZV u. ä. für die Ärzte reduziert, die derartige Leistungen erbringen. Im Gegenzug erhält die betreffende Praxis die bei diesen Patienten erbrachten Leistungen außerhalb der RLV/QZV u. ä. zum Wert des EBM unquotiert vergütet. Die extrabudgetäre Vergütung umfasst in der **finanziellen Wirkung nur den Ausgleich zwischen der jeweiligen arztindividuellen Quote und der Bewertung im EBM**.

Zuschläge der TSS-Fälle und für Hausarztvermittlung werden immer extrabudgetär vergütet.

Beispiel:

Leistung aufgrund von Terminvermittlung erbracht

Grundpauschale, Wert der GOP im EBM	22,00 €	
arztindividuelle Quote RLV (beispielhaft)		80 %
vergütetes Honorar im RLV (bisherige Regelung)	17,60 €	
vergütetes Honorar nach TSVG	22,00 € (extrabudgetär)	
arztindividuelle Bereinigung	17,60 €	
zusätzliche Vergütung durch TSVG	4,40 €	

Umsetzung des TSVG – Bereinigung der MG

Arztindividuelle Situationsanalyse bei Abrechnung als TSVG-Fall:



Obergrenze RLV/QZV Individualbudget			Ausgleich Krankenkassen		
Abgerechnete RLV/QZV- oder Individualvolumen- relevante Leistungen			Abgerechnete RLV/QZV- oder Individualvolumen- relevante Leistungen		
Praxis unterschreitet RLV/QZV-Volumen oder hält es ein			Praxis überschreitet RLV/QZV-Volumen gering		
Kein Ausgleich durch Krankenkassen			geringer Ausgleich durch Krankenkassen		
RLV/QZV wird bereinigt			RLV/QZV wird bereinigt		
Keine Auslösung eines RLV/QZV-Falles			Keine Auslösung eines RLV/QZV-Falles		
			Ausgleich Krankenkassen		
Abgerechnete RLV/QZV- oder Individualvolumen- relevante Leistungen			Abgerechnete RLV/QZV- oder Individualvolumen- relevante Leistungen		
Praxis überschreitet RLV/QZV-Volumen hoch			Praxis überschreitet RLV/QZV-Volumen hoch		
			hoher Ausgleich durch Krankenkassen		
RLV/QZV wird bereinigt			RLV/QZV wird bereinigt		
Keine Auslösung eines RLV/QZV-Falles			Keine Auslösung eines RLV/QZV-Falles		

Umsetzung des TSVG



Versuch einer betriebswirtschaftlichen Nutzenkalkulation des TSVG

am fiktiven Beispiel einer HNO-Praxis, KV Sachsen, voller Versorgungsauftrag,
1.288 Fälle, 41,15 €/Behandlungsfall, Auszahlungsquote 77,8%, 40% Akutpatienten (515):

TSS-Fälle: 1 pro Woche → 13 Fälle im Quartal
Offene Sprechstunde: 17,5%*1.288 Fälle → 225 Fälle im Quartal
Hausarzt-Vermittlung: 4 pro Woche → 52 Fälle im Quartal
Neupatienten: (515 - 225 - 52 - 13) → 225 Fälle im Quartal

Gesamt-TSVG-Fälle: 515 Fälle im Quartal

Behandlungsfallwert 100% → 52,89 €
Ausgleichszahlung Krankenkasse: → 52,89 € - 41,15 € = 11,74 €/Fall → 11,74 €* 515 Fälle → **6.047 €**

Mittlerer RLV/QZV-Fallwert HNO, KV Sachsen, Quartal 4/2019 → 35,94 €
RLV/QZV-Bereinigung: → 515*41,15 € = **21.192,25 €**

Nebenbestimmungen für MVZ und BAG



Bei allen TSVG-Konstellationen werden sämtliche Leistungen im Quartal der Arztgruppe extrabudgetär vergütet, bei der

- die Terminservicestelle einen Termin vermittelt hat
- ein Termin durch den Hausarzt beim Facharzt vermittelt wurde
- eine offene Sprechstunde durchgeführt wurde
- ein neuer Patient behandelt wurde

– Bezugsgröße ist der **Arztgruppenfall**.

Sucht der Patient in demselben Quartal einen Arzt einer **anderen** Fachgruppe im MVZ – ohne dass dieser Termin zusätzlich vermittelt wurde – auf, legt dieser im PVS einen **neuen Abrechnungsschein** an.

Sucht derselbe Patient in dem Quartal **nochmals** über die Terminservicestelle oder durch Terminvermittlung des Hausarztes das MVZ auf, um eine andere Fachgruppe zu konsultieren, so erhält auch diese die Leistungen extrabudgetär vergütet sowie einen Zuschlag. Dazu wird ein neuer Abrechnungsschein angelegt und z.B. als „TSS-Terminfall“ oder „TSS-Akutfall“ oder „HA-Vermittlungsfall“ gekennzeichnet.

Nebenbestimmungen für MVZ und BAG



Sucht ein neuer Patient in einem MVZ Ärzte **unterschiedlicher Arztgruppen** auf,

- zum Beispiel im 1. Quartal 2020 einen Hausarzt, im 2. Quartal einen Urologen und im 3. Quartal einen Orthopäden,

→ erhalten **maximal zwei Arztgruppen** ihre Leistungen **extrabudgetär vergütet** – und zwar die Arztgruppen mit den ersten Kontakten (hier Hausarzt und Urologe).

Sucht der Patient im 1. Quartal 2020 den Hausarzt auf und im 2. Quartal den Urologen, so kann er frühestens nach **8 Quartalen** (2. Quartal 2022) bei einer weiteren Arztgruppe als Neupatient gelten.

Entscheidend, ob ein Patient als **Neupatient** eingestuft wird, ist nicht das MVZ, sondern die **Arztgruppe**.

So kann ein und derselbe Patient beim HNO-Arzt des MVZ als „neu“ gelten, beim Hausarzt des MVZ aber nicht, weil der Patient dort regelmäßig in Behandlung ist.

Nebenbestimmungen für MVZ und BAG



Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 439. Sitzung am 19. Juni 2019

„In der TSVG-Konstellation gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 5 SGB V erfolgt **keine Vergütung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung**, wenn es sich um eine Behandlung in einer Praxis (Einzelpraxis, Berufsausübungsgemeinschaft oder MVZ) **innerhalb der ersten vollen acht Quartale nach deren Gründung handelt. Eine Praxisgründung liegt auch dann vor, wenn eine Einzelpraxis - auch im Wege eines Nachbesetzungsverfahrens - übernommen wird.**“

Keine Praxisgründung im Sinne von Satz 1 liegt bei einer Änderung der Anzahl oder der Personen der Gesellschafter einer bestehenden Berufsausübungsgemeinschaft oder eines bestehenden MVZs vor. Gleiches gilt für Veränderungen bei angestellten Ärzten in bestehenden Praxen, Berufsausübungsgemeinschaften oder MVZ.“

Auswahl der extrabudgetär zu vergütenden Arztgruppenfälle der offenen Sprechstunde

„Die gemäß Nr. 2 gebildeten Hashwerte werden alphanumerisch aufsteigend sortiert und dementsprechend von den im Rahmen der offenen Sprechstunde von einer Arztgruppe abgerechneten Fällen diejenigen ausgewählt, bei denen der Rangplatz des Hashwerts den in Nr. 1 bestimmten Höchstwert nicht überschreitet. Für diese Fälle gilt die extrabudgetäre Vergütung.“

Begriffsbestimmungen

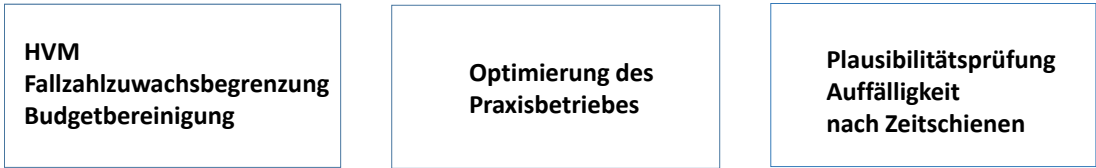
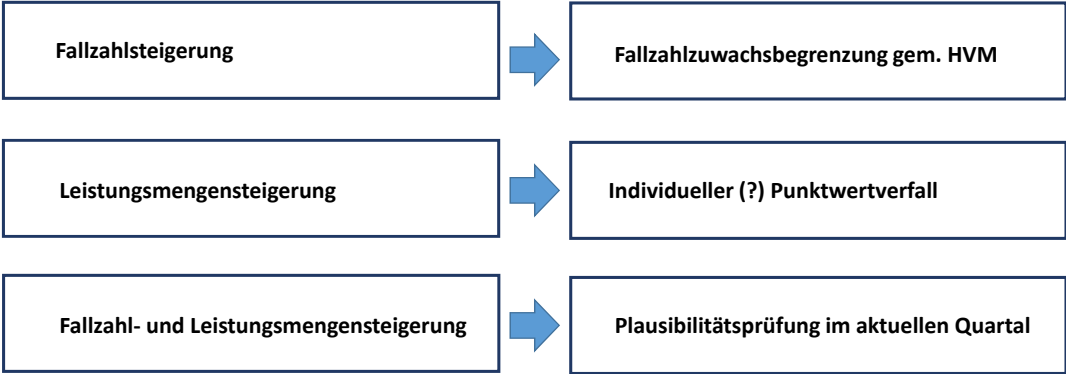


- **Medizinische Dringlichkeit:** Der Termin muss innerhalb von vier Kalendertagen liegen, nachdem der Hausarzt festgestellt hat, dass sich der Patient beim Facharzt vorstellen soll. Gezählt wird ab dem Folgetag.
- **Überweisung:** Die Behandlung durch den Facharzt erfolgt auf Überweisung des Hausarztes.
- **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. (MVZ!!!)
- **Hausarzt: Zuschlag von zehn EURO**
GOP für Zuschlag angeben: Für den 10-Euro-Zuschlag zur Versichertenpauschale die **GOP 03008** bzw. **GOP 04008** abrechnen.
BSNR der Facharztpraxis angeben: Zusätzlich bei der Abrechnung die Betriebsstättennummer (BSNR) der Praxis angeben, bei der für den Patienten einen Termin vereinbart wurde. Hierfür gibt es ein neues Feld „BSNR des vermittelten Facharztes“ im PVS.
- **Termin innerhalb von vier Tagen**
Zählweise: Hier ist nicht das Datum der Kontaktaufnahme zur Terminvereinbarung mit der Facharztpraxis entscheidend. Die vier Kalendertage werden vielmehr ab dem Folgetag der Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit gezählt.

Umsetzung des TSVG



Cave:



Überprüfung der Einhaltung des Versorgungsauftrages



Plausibilitätsprobleme aufgrund von Fehlern der Prüfsystematik nach Zeitschienen

Kassenärztliche Bundesvereinigung **KBV**

Protokollnotiz:

- (1) Im Hinblick auf die veränderte Struktur des seit dem 1. Januar 2008 gültigen EBM (Pauschalbildung), durch welche die Aussagefähigkeit der vorhandenen Instrumente der Plausibilitätsprüfung nur noch eingeschränkt gegeben ist, werden die Vertragspartner eine Anpassung der Richtlinien hinsichtlich der Festlegung geeigneter Prüfkriterien vornehmen.
- (2) Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass die Anpassung der Richtlinien unter Berücksichtigung von Erkenntnissen der Analyse der Plausibilitätsprüfung sowie nach dem Vorliegen der Ergebnisse der „Wissenschaftlichen Begleitung zur Einführung des EBM 2008“ (Modul 1 und 2) vorgenommen wird. Dies erfolgt vorbehaltlich weiterer Regelungen, die sich ggf. aus den weiteren Erkenntnissen der „Wissenschaftlichen Begleitung zur Einführung des EBM 2008“ (Modul 3) ergeben.

Protokollnotiz zu den Richtlinien gemäß § 106 a SGB V i.d.F. ab 01. Juli 2008

1.7 Zeitbezogene Plausibilitätsprüfung

Die im Anhang 3 aufgeführten Kalkulationszeiten werden unter Berücksichtigung des Komplexierungs- und Pauschalisierungsgrades als Basis gemäß § 46 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) für die Plausibilitätsprüfungen vertragsärztlicher Leistungen verwendet.

Bei Gebührenordnungspositionen, bei denen eine Auf- oder Abschlagsregelung vorgesehen ist, wird die Prüfzeit gemäß Anhang 3 des EBM ebenfalls entsprechend angepasst.

Allgemeine Bestimmungen des EBM

EBM-Weiterentwicklung – Konzentrierte Aktion • 16.03.2018 • 13 **KBV**

2. Sachstand Methodik

Leistungsbezogener Zeitbedarf

- **Diskussionsstand:**
 - Bereits die Evaluationen des EBM 2000plus und EBM 2008 haben gezeigt, dass die sich aus der Häufigkeit der Abrechnung der einzelnen GOP und dem zugeordneten AL-Zeitbedarf ergebenden Gesamtzeiten implausibel hoch sind; die Implausibilitäten sind arztgruppenspezifisch.
 - Seinerzeit dienten die hohen Zeitansätze der Kompensation der Differenz zwischen Kalkulationspunktzeit (5,1129 Cent) und den Auszahlungspunktzeiten.

Folie 13 der Präsentation der KBV auf der „Konzentrierten Aktion“ am 16.03.2018 in Berlin



Die Prüfzeiten der EBM-Leistungs-komplexe sind vergütungsbezogen angelegt und spiegeln nicht die tatsächliche Arbeitszeit des Arztes wider

Ihre Fragen ?!



Frank Welz
med.concept Frankfurt (O) GmbH
Stendaler Str. 26
15234 Frankfurt (O)
☎ 0335/4011700
email f.welz@web.de

