

TSS-Fälle: Kürzungen bereits programmiert

— Der Bewertungsausschuss hat am 19. Juni 2019 einige Details zur Vergütung von Leistungen beschlossen, die auf der Grundlage des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) geschaffen wurden. Das Ergebnis ist ernüchternd! Die Neuerungen stellen sich im Detail wie folgt dar.

Vermittlung durch Terminservicestellen. Im EBM wird für alle Arztgruppen – außer den Labormedizinern und den Pathologen – sowie im Schmerztherapie-Abschnitt 30.7 eine neue Pauschale für Patienten eingeführt, die über eine Terminservicestelle (TSS) vermittelt wurden. Bei den Hausärzten ist es eine Zusatzpauschale zur Versichertenpauschale.

Die zusätzliche Vergütung wird nach Wartezeit gestaffelt, wobei der Tag der Kontaktaufnahme des Versicherten bei der TSS als erster Zähltag gilt. Hausärzte erhalten 50% auf die für den jeweiligen Patienten geltende Versichertenpauschale aufgeschlagen, wenn der Patient zwischen dem 1. und dem 8. Tag einen Termin erhält. Von Tag 9–14 gibt es 30% Aufschlag, und von Tag 15–35 noch 20%. Der Zuschlag wird auch in Fällen gewährt, in denen ausschließlich Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern nach dem EBM-Abschnitt 1.7.1 durchgeführt werden.

Die Zusatzpauschalen sind ab dem 1. September 2019 erstmals einmal im Arztgruppenfall berechnungsfähig. Ab dem 1. April 2020 soll die Zusetzung der Pauschalen automatisch durch die KV erfolgen.

TSS-Akutfälle. Eine weitere Zusatzpauschale wird für „TSS-Akutfälle“ gezahlt. Sie beträgt 50% der jeweiligen Versichertenpauschale und gilt einmalig im Arztgruppenfall. Die TSS muss das Anliegen des Patienten dafür selbst als Akutfall einschätzen, und der vermittelte Termin muss spätestens am Tag nach

Kontaktaufnahme des Versicherten bei der TSS zustande kommen.

Vermittlung von Facharztterminen. Hausärzte erhalten einen Zuschlag zur Versichertenpauschale, wenn sie einen aus medizinischen Gründen dringend erforderlichen Behandlungstermin bei einem Facharzt vermitteln. Dies kann auch ein Kinder- und Jugendarzt mit Schwerpunkt oder Zusatzweiterbildung entsprechend den EBM-Abschnitten 4.4 oder 4.5 sein. KBV und Kassen müssen die „medizinische Dringlichkeit“ allerdings noch definieren.

Die Betriebsstättennummer (BSNR) der Praxis, an die der Patient vermittelt wurde, muss bei der Abrechnung des neuen Zuschlags angegeben werden. Er ist mit 93 Punkten bewertet und mehrfach berechnungsfähig, wenn der Patient in einem Quartal von demselben Hausarzt an unterschiedliche Arztgruppen vermittelt wird. Voraussetzung für die Berechnungsfähigkeit ist die erfolgreiche Vermittlung des Termins innerhalb von vier Kalendertagen nach Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit durch den Hausarzt.

Extrabudgetäre Vergütung. Liegt eine solche „TSVG-Konstellation“ vor, werden alle Leistungen extrabudgetär vergütet – und zwar alle, die derselben Arztgruppe in derselben Arztpraxis in-

nerhalb desselben Quartals an demselben Versicherten ambulant zulasten derselben Krankenkasse erbracht werden.

MMW-KOMMENTAR

Gern hätten wir an dieser Stelle auch die neu eingeführten EBM-Nrn. vorgestellt, aber diese fehlen bisher. Fest vereinbart wurde aber bereits ein Kontrollmechanismus für die Wirtschaftlichkeit. Er sieht vor, dass von einer Abrechnungsauffälligkeit auszugehen ist, wenn in einer Arztpraxis in einer Arztgruppe in mehr als 15% der Fälle die Nrn. 03 008 und 04 008 EBM abgerechnet werden. Nun existieren diese Ziffern wie gesagt noch gar nicht – aber da es sich um Positionen aus dem hausärztlichen Kapitel handelt, ist davon auszugehen, dass es die Nrn. sein werden, die bei der Facharztvermittlung berechnet werden können.

Darüber hinaus ist außerdem bereits eine Plausibilitätsprüfung für die extrabudgetäre Vergütung von TSS-vermittelten Fällen vorgesehen. Die KV wird für jede Arztpraxis die Abrechnungsdaten mit den Daten der TSS abgleichen – also die abgerechneten Zuschläge vs. die Anzahl der vermittelten Patienten. Sodann stellt sie das Ergebnis der Prüfung je Arztpraxis den Krankenkassen zur Verfügung. Was bei Implausibilitäten dann passiert, kann man sich leicht vorstellen: Wer zu viele Patienten über die TSS vermittelt bekommt, wird gekürzt!



Der Hausarzt soll Facharzttermine selbst vermitteln.

© LeoWolfer / Getty Images / iStock