

Kategorie	Frage	Antwort
Abrechnung		
Abrechnung	Wie erfolgt die Bereinigung der TSS-Fälle und der extra-budgetären Fälle, die vom Hausarzt direkt an den Facharzt vermittelt werden?	Auf Kassenebene erfolgt die Bereinigung durch Abzug des Fallwertes mit der arztgruppenspezifischen Auszahlungsquote des Vorjahresquartals (Nettobereinigung). Auf Arzteebene erfolgt die Bereinigung zielgerichtet auf den ausführenden Arzt. Eine Belastung anderer Ärzte oder gar des hausärztlichen Versorgungsbereiches erfolgt nicht. Die konkrete Bereinigungsvorgabe ist im HVM geregelt.
Abrechnung	Werden die TSS-Fälle, die Zuschläge und die Leistungen, die lt. TSVG budgetfrei vergütet werden sollen, auch außerhalb einer Leistungsbegrenzung gemäß §§ 7 bis 9 HVM (Jobsharing, ausschließlich psychotherapeutisch tätig, Teilzeittätigkeit) vergütet?	Extrabudgetär grundsätzlich ja, aber TSS-Fälle nach TSVG noch ohne Ausnahme bezüglich der Begrenzung.
Abrechnung	Wie kennzeichnet eine fachübergreifende BAG die gemeinsame Behandlung eines Patienten in den vertretenen verschiedenen Arztgruppen und ggf. TSVG-Fallkonstellationen?	<p>Es ist möglich, dass mehrere Arztgruppen in einer BAG denselben Patienten in derselben oder verschiedenen TSVG-Konstellationen behandeln.</p> <p>Für eine eindeutige Zuordnung ist es erforderlich, dass je Arztgruppe und TSVG-Konstellation ein eigener Schein in der PVS angelegt wird</p> <p>KVDT-Feld 4103 Fallart 1 für TSS-Terminfall, Fallart 2 für TSS-Akutfall (ab 01.01.2020) Fallart 3 für Hausarztvermittlungsfall, Fallart 4 für offene Sprechstunde (ab 01.09.2019), Fallart 5 für Neupatient“ (ab 01.09.2019).</p> <p>Behandeln also Chirurg und Orthopäde denselben Patienten jeweils nach Terminvermittlung durch die Terminservicestelle (mit separaten Überweisungen) und der Hautarzt als Neupatient so sind folgende Scheine anzulegen:</p> <p>Chirurg: Feld 4103 FA 1 Orthopäde: Feld 4103 FA 1 Hautarzt: Feld 4103 FA 5</p>

Kategorie	Frage	Antwort
Abrechnung (Kennzeichnung im PVS)	Wie muss ich TSVG-Leistungen im PVS kennzeichnen?	Die Kennzeichnung der Arztgruppenfälle* über die GOP 88261 entfällt seit dem 01.07.2019. Wie die Arztgruppenfälle* über das PVS gekennzeichnet werden entnehmen Sie bitte der Übersicht über die möglichen Fallkonstellationen auf der Internetseite (https://www.kvn.de/TSVG_Verg%C3%BCtung_+KBV+und+Krankenkassen+erzielen+Einigung-p-5049.html)
Abrechnung (neue GOP)	Wann werden die neuen GOP bekannt gegeben?	Sobald sie vom Bewertungsausschuss beschlossen sind. Für die Hausarztvermittlung sind die GOPs 03008 bzw. 04008 vorgesehen. Für die Zuschläge aufgrund einer TSS-Terminvermittlung wird für jede berechnete Arztgruppe eine eigenständige GOP als „Zusatzpauschale TSS-Terminvermittlung“ eingeführt. Diese GOP wird arztseitig mit einem Suffix A, B, C oder D in der Abrechnung angegeben. Die PVS wandelt diese GOP automatisch in den für den jeweiligen Versicherten zutreffenden Zuschlag um (zur Übersicht der neuen GOP klicken Sie hier: https://www.kvn.de/Terminservicege-setz+ +Was+kommt+jetzt+auf+Sie+zu_/TSVG_+Neue+Geb%C3%BChrensordnungspositionen+f%C3%BCr+Zuschl%C3%A4ge+stehen+fest-p-5159.html)
Terminservice-stelle		
TSS	Ab wann greifen die prozentualen Zuschläge für die Terminvermittlung über die TSS?	Ab dem 01.09.2019.
TSS	Wird der prozentuale Zuschlag auf die Versicherten-, Grund- bzw. Konsiliarpauschale auch auf den BAG-Zuschlag oder andere Zuschläge gewährt?	Nein, die Allgemeinen Bestimmungen 4.3.10 zum EBM schließen dies aus.
TSS	Wie lautet die Telefonnummer der TSS?	Zurzeit noch 0511 – 56999793. Ab 2020 ist die TSS über die bundesweite Rufnummer 116117 zu erreichen.
TSS	Welches ist der erste Zähltag für die verschiedenen prozentualen Aufschläge für die TSS-Fälle?	Erster Zähltag ist der Tag der ersten Kontaktaufnahme des Versicherten mit der TSS.

Kategorie	Frage	Antwort
TSS	Welche Leistungen sind im Rahmen der TSS-Vermittlung extrabudgetär?	Alle Leistungen im Arztgruppenfall* mit Ausnahme von Laborleistungen.
TSS	Wie erkenne ich, dass ein Patient über die TSS vermittelt wurde?	An dem Überweisungscode auf dem Ü-Schein bzw. dem PTV Muster 11. Folgende Ausnahmen sind hier zu beachten (BMV-Ä Anlage 28): Kein Ü- Schein bei der Vermittlung von Terminen bei FA für Gynäkologie, FA für Augenheilkunde, Hausarzt oder FA für Kinderheilkunde und U-Untersuchungen. Kein Ü-Schein für psychotherapeutische Sprechstunde. Kein PTV 11, wenn der Patient aus stationärer Behandlung oder rehabilitativer Behandlung entlassen wurde.
TSS	Wie gehe ich mit Patienten um, die offensichtlich vorher in Behandlung beim Kollegen waren und dann über die TSS vermittelt werden (z. B. weitere AU, Medikamente als Folgeverordnung)? Greift hier die Chroniker-Regelung (EBM)?	Es handelt sich um einen Hausarztwechsel mit den dafür geltenden Regeln (auch bezüglich der Chroniker-Regelung „H“).
TSS	Muss ich auch einen neuen Schein für den TSS-Terminfall anlegen, wenn der Patient zuvor im selben Quartal bereits in meiner Praxis war?	Ja, dies ist insbesondere für die Rechtfertigung der jeweiligen Zuschlagshöhen von Bedeutung.
TSS	Wie viele Termine muss ich der TSS melden und für welchen Zeitraum?	Grundsätzlich gilt: <ul style="list-style-type: none"> • Rheumatologen und Nervenärzte: zwei Termine je Woche • Übrige Fachärzte: einen Termin je Woche • Hausärzte: einen Termin je Monat • Kinderärzte: je einen „normalen“ und einen „U-Untersuchungstermin“ je Monat • Psychotherapeuten: je einen Termin (Sprechstunde, Akutbehandlung, Probatorik) je Monat. Siehe auch Anschreiben und Anleitung im eTerminservice.
TSS	Können/dürfen die Ärzte unbegrenzt TSS-Termine melden?	Ja, die Ärzte können so viele Termine melden wie sie mögen.
TSS	Über welchen Weg kann ich Online-Termine melden?	Ausschließlich über www.KVN.de > KVN-Portal > Online-Dienste > eTerminservice .

Kategorie	Frage	Antwort
TSS	Können sich die Praxen weiterhin die vergebenen TSS-Termine per Mail bzw. Fax zukommen lassen?	Ja, dazu wählen die Praxen im eTerminservice den Punkt Praxisdaten aus, scrollen herunter und klicken neben den Kontaktinformationen den Stift an. Es öffnet sich ein separates Feld. In der Mitte des Formulars kann die Praxis dann aktiv den Benachrichtigungskanal hinterlegen.
TSS	Müssen Ärzte eine Mindest- und Maximumzeit freihalten? Im eTerminservice kann man z.B. 15 Min. frei halten oder auch 45 Min wählen. Gibt es dazu eine verbindliche Regelung?	Verbindliche Mindest- und Maximumzeiten sind nicht vorgesehen. Wie lange ein Termin dauern soll/muss, liegt in der Hoheit der Praxis.
TSS	Sieht der Arzt, dass ein Termin belegt wurde? Wird er informiert oder muss er selber nochmal ins Programm schauen? Werden Name, Alter, Telefonnummer, etc. des Patienten dort hinterlegt?	Die Praxis kann im eTerminservice einsehen, welche Termine belegt sind. Auch die Patientendaten sind dort hinterlegt. Zusätzlich kann sich die Praxis zu vergebenen Terminen benachrichtigen lassen. Das ist in der Anleitung beschrieben (siehe TSS Anleitung/"Kurzinformation TSS" direkt im eTerminservice oder im KVN-Portal).
TSS	Wie lange muss ich die gemeldeten Termine für die TSS freihalten?	Zwischen einem und sieben Tagen vor dem Termin; das kann je Termin(-serie) eingestellt werden. Der Standardwert liegt bei fünf Tagen. Der Wert sagt aus, bis wie viele Tage vor dem Termin dieser für die TSS zur Verfügung steht.
TSS	Was passiert wenn ich keine freien Termine habe und keine Termine melden kann?	Gesetzlich besteht die Pflicht zur Meldung von "freien" Terminen. In der KVN setzen wir derzeit noch auf das Modell der Freiwilligkeit.
TSS	Müssen auch Anästhesisten, die ausschließlich mit Operateuren zusammen arbeiten, Termine an die TSS melden?	Der Gesetzestext differenziert nicht zwischen den Fachgruppen und deren Tätigkeitspektrum. D.h. grundsätzlich wären auch Termine bei Anästhesisten zu vermitteln und müssten dementsprechend von den Anästhesisten gemeldet werden (ebenso von Pathologen, Laborärzten, etc.). Allerdings sieht der Gesetzestext auch nur die Meldung „freier Termine" als Verpflichtung vor. Die Fachgruppen, die gar keine Patiententermine vergeben, können auch keine freien Termine haben und dementsprechend auch keine an die TSS melden.
TSS	Zahlt die KVN ein Ausfallhonorar, wenn Patienten TSS-Termine nicht wahrnehmen und diese vorher auch nicht abge sagt haben?	Nein, dies ist Sache des Arzt/PT-Patientenverhältnisses. Mit der TSS bzw. der KVN kommt kein Behandlungsvertrag zustande.

Kategorie	Frage	Antwort
TSS	Wie kann ich die U-Untersuchungen im Online-Dienst kennzeichnen?	Kinderärzte müssen im eTerminservice unter dem Reiter Terminprofile über „+ Terminprofil hinzufügen“ ein neues Profil anlegen. Dieses Profil muss mit der entsprechenden U-Untersuchung gekennzeichnet werden, z.B. U3-U5 und bei „TSS-vermittelte Leistungen“ die "Früherkennungsuntersuchungen Kinder und Jugendliche (L001)" auswählen. Anschließend können für dieses neu erstellte Profil Termine angeboten werden. Für eine spätere Version der eTerminservice-Anwendung sind vorgefertigte Profile für die U-Untersuchungen geplant, die dementsprechend ausgewählt werden können.
TSS	Wo bekomme ich die Codes für die TSS her?	Über das Portal kann man Etiketten bestellen: www.KVN.de > KVN-Portal > Online-Dienste > eTerminservice > Etiketten bestellen.
TSS	Sind für Termine bei Haus- u. Kinderärzten Überweisungs-codes notwendig?	Nein, siehe auch TSS-Kurzanleitung („Kurzinformation TSS“), abrufbar über das KVN-Portal.
TSS	Werden die vermittelten Patienten auch für Termine bei Haus- und Kinderärzten von der TSS gebeten, den Termin telefonisch in der Praxis zu bestätigen?	Ja, siehe auch TSS-Kurzanleitung („Kurzinformation TSS“), abrufbar über das KVN-Portal.
TSS	Kann es passieren, dass Kinder auch an Hausärzte vermittelt werden?	U-Untersuchungen müssen separat angeboten werden. Dies ist zurzeit für Hausärzte noch nicht möglich. Für einen „normalen“ Termin wird die TSS versuchen, das auszuschließen.
TSS	Wie soll mit Patienten umgegangen werden, die eine Terminvermittlung für einen Check-Up über die TSS wünschen?	Grundsätzlich ist die TSS dafür nicht zuständig (verschiebbare Routineuntersuchung).

Hausarzt-Vermittlungsfall		
HA-Vermittlungsfall	Wie sieht die konkrete Terminvermittlung vom Haus- zum Facharzt aus? (Ist das an die MFA delegierbar? Muss der Termin in einer bestimmten Zeit zur Verfügung gestellt werden?)	<ul style="list-style-type: none"> • Vergütung: 1 x im Arztgruppenfall* • Terminvermittlung innerhalb von vier Kalendertagen • Der Hausarzt erhält den Zuschlag (GOP 03008/ GOP 04008) unabhängig davon, ob der Patient den Termin wahrgenommen hat • Angabe der BSNR des Facharztes bzw. spez. Kinderarztes (4.4 oder 4.5 EBM) im KVDT- Feld 5003 im PVS • Abrechnungsauffälligkeit ab 15 % der Fälle • Terminvereinbarung ist an MFA delegierbar
HA-Vermittlungsfall	Wie wird die Vermittlungsfrist für die Hausarztvermittlung gerechnet?	<p>Die Hausarztvermittlung setzt einen Facharzttermin innerhalb von vier Kalendertagen nach Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit seitens des Hausarztes voraus. Die Frist beginnt am Folgetag der Feststellung und verlängert sich auch nicht durch ein Wochenende (Beispiel: Feststellung durch Hausarzt am Dienstag, Fristbeginn am Mittwoch, Fristende am Samstag; d. h. der Termin beim Facharzttermin müsste für einen Tag bis einschließlich Samstag vereinbart werden).</p> <p>Entscheidend ist damit allein die Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit und nicht das Datum der Kontaktaufnahme zur Terminvereinbarung mit der Facharztpraxis.</p>
HA-Vermittlungsfall	Wie muss der Hausarzt die 10 Euro geltend machen?	<p>Durch Ansatz der neuen Zuschlag-GOP 03008 bzw. 04008.</p> <p>Zusätzlich ist in der Abrechnung die BSNR im KVDT- Feld 5003 der Praxis anzugeben, an die der Patient vermittelt wurde.</p>
HA-Vermittlungsfall	Wie erfährt der Hausarzt die BSNR der vermittelten Facharztpraxis und ist ggf. die NebenBSNR oder die (Haupt-)BSNR anzugeben?	<p>Durch konkrete Nachfrage im Vermittlungsprozess oder über den Webservice der KBV innerhalb der PVS bzw. im sicheren Netz unter: https://kollegensuche.kv-safenet.de/pages/index.xhtml, auch erreichbar über die Telematik-Infrastruktur.</p> <p>Anzugeben ist derzeit noch die (Haupt-)BSNR und nicht eine evtl. existierende NebenBSNR. Der Bewertungsausschuss wird noch eine Anpassung vornehmen, nach der künftig die LANR abzugeben ist.</p>

HA-Vermittlungsfall	Gibt es eine Obergrenze für die Hausarztvermittlungsfälle?	Eine strikte Obergrenze gibt es nicht. Allerdings gibt es für die Abrechnung der GOP 03008 bzw. 04008 eine Auffälligkeitgrenze, die bei 15% der Arztgruppenfälle* der Praxis liegt. Jenseits dieser Grenze ist zu prüfen, ob das Kriterium der medizinischen Dringlichkeit der Vermittlung jeweils erfüllt war. Für den annehmenden Facharzt, der der Dringlichkeitseinschätzung des Hausarztes vertrauen muss, gibt es keine Auffälligkeitgrenze.
HA-Vermittlungsfall	Reicht es als Hausarzt dem Facharzt als Terminvermittlung die Patientendaten zwecks direkter Terminvereinbarung per Fax zu übermitteln?	Nein, der Hausarzt muss dem Patienten den konkreten vermittelten Termin benennen. Für die dargestellte reine Kontaktvermittlung sind die GOP 03008 bzw. 04008 nicht berechnungsfähig.
HA-Vermittlungsfall	Setzt die Vergütung der Hausarztvermittlung nach GOP 03008 bzw. 04008 voraus, dass der Patient den Termin beim Facharzt auch wahrgenommen hat?	Nein, Voraussetzung ist lediglich die erfolgreiche Terminvereinbarung.
HA-Vermittlungsfall	Können Patienten auch in die offene Sprechstunde des Facharztes vermittelt werden?	Nein, der Verweis auf die offene Sprechstunde des Facharztes kann nicht als HA-Vermittlungsfall abgerechnet werden. Denn der Zuschlag setzt voraus, dass dem Patienten ein konkreter Termin in der Facharztpraxis vermittelt wird. Da die offene Sprechstunde sich gerade als Sprechstunde ohne konkrete Terminvermittlung definiert, ist dieses Erfordernis naturgemäß nicht erfüllt.
HA-Vermittlungsfall	Wenn der Hausarzt einen Termin bei einem „speziellen“ anderen Hausarzt vermittelt, z. B. an eine diabetologische Schwerpunktpraxis (hausärztliche Zulassung!), werden dann auch die 10 Euro für die Vermittlung fällig und darf der Diabetologe dann extrabudgetär abrechnen?	Der Hausarztvermittlungsfall ist gekoppelt an die Teilnahme des vermittelten Arztes an der fachärztlichen Versorgung. Dies ist für Kinderärzte mit Schwerpunktbezeichnung gegeben, für hausärztlich zugelassene Diabetologen hingegen nicht. D. h. die dargestellte Vermittlung löst keinen Hausarzt-Vermittlungsfall und damit keine Vermittlungsgebühr und auch keine extrabudgetäre Vergütung beim hausärztlichen Diabetologen aus.
Neupatient		
Neupatient	Was sind neue Patienten?	Patienten, die erstmalig in die Praxen kommen bzw. seit mindestens 2 Jahren nicht in der Praxis waren.
Neupatient	Wie lange ist ein neuer Patient ein neuer Patient (Quartale)?	Nur im ersten Quartal.

Neupatient	Wie erfolgt die Kennzeichnung bei neuen Patienten?	Die Kennzeichnung ist zwingend. Sie erfolgt im KVDT-Feld 4103 mit der Fallart „5=Neupatient“.
Neupatient	Können auch die Fachärzte für Diagnostische Radiologie neue Patienten extrabudgetär abrechnen?	Radiologen gehören nicht zu den Fachgruppen, bei denen neue Patienten extrabudgetär abgerechnet werden können.
Sprechstunden nach dem TSVG		
Sprechstunden nach dem TSVG	Wie viele Sprechstunden müssen nach dem TSVG angeboten werden?	Mindestens 25 Stunden pro Woche bei einem vollen Versorgungsauftrag. Bei einem reduzierten Versorgungsauftrag gelten folgende Mindestzeiten für Sprechstunden pro Woche: Dreiviertel: 18,75 Std. (= 18 Std. und 45 Min.), häufig: 12,5 Std. (= 12 Std. und 30 Min.), viertel: 6,25 Std. (= 6 Std. und 15 Min.) - nur Angestellte -
Sprechstunden nach dem TSVG	Ab wann müssen die Sprechstundenzeiten nach dem TSVG angeboten werden?	Grundsätzlich seit Inkrafttreten des TSVG. Allerdings fehlten zunächst noch Detailregelungen zu der Frage, was neben Hausbesuchen auf die Sprechstundenzeiten angerechnet werden kann. Diese Regelungen sind zwischenzeitlich in den Bundesmantelvertrag-Ärzte aufgenommen worden.
Sprechstunden nach dem TSVG	Können andere Tätigkeiten (z.B. Hausbesuche oder Tage mit ambulanten Operationen) auf die Sprechstundenzeiten angerechnet werden?	Im Bundesmantelvertrag-Ärzte ist seit dem 31.08.2019 geregelt, dass Hausbesuchszeiten unbegrenzt auf die Sprechstundenzeiten angerechnet werden können. Darüber hinaus wurde festgelegt, dass als Sprechstunden die Zeiten gelten, in denen der Vertragsarzt für die Versorgung der Versicherten unmittelbar zur Verfügung steht. Unter diese Definition der Sprechstunden fallen nach unserer Auffassung auch spezialisierte Tätigkeiten wie z. B. OP-Tage.
Sprechstunden nach dem TSVG	Muss ich mein Türschild auf die die neuen Sprechstundenzeiten anpassen?	Ja, eine Anpassung ist erforderlich. Die offenen Sprechstunden müssen allerdings nicht gesondert ausgewiesen werden. Wir werden zeitnah über den Weg der Meldung der regulären und offenen Sprechstunden an die KVN unterrichten.

Sprechstunden nach dem TSVG	Gilt die Forderung von 25 Stunden (davon 5 Stunden als offene Sprechstunden) auch für Nebenbetriebsstätten?	Die Mindestsprechstundenzeiten / offene Sprechstunden müssen nicht komplett am Vertragsarztsitz erbracht werden, sondern es werden die Sprechstundenzeiten an allen zugelassenen Tätigkeitsorten (also vor allem auch in Zweigpraxen) auf die Sprechstundenverpflichtung angerechnet. Schwerpunkt der Tätigkeit muss aber weiterhin der Vertragsarztsitz sein.
Sprechstunden nach dem TSVG	Müssen jetzt für jeden einzelnen Arzt einer Praxis Sprechstundenzeiten veröffentlicht werden?	Für Praxen mit mehreren Ärzten kann die Veröffentlichung von Sprechstundenzeiten praxisbezogen für die jeweilige Arztgruppe erfolgen, d. h. sofern in einer Praxis mehrere Fachgebiete vertreten sind und diese unterschiedliche Sprechzeiten haben, müssen die Sprechstundenzeiten je Fachgebiet separat ausgewiesen werden.
Sprechstunden nach dem TSVG	Wie wird die Einhaltung der Sprechstundenverpflichtung durch die KVN überprüft?	Zum einen wird natürlich geschaut werden, ob die der KVN gemeldeten Sprechstundenzeiten mindestens 25 Stunden pro Woche abdecken. Zum anderen wird aber auch gesetzlich vorgegeben, dass anhand der abgerechneten Leistungen und der Fallzahlen überprüft werden muss, ob der Versorgungsauftrag erfüllt wurde.
Sprechstunden nach dem TSVG	Gelten die Mindestsprechstundenzeiten auch für Psychotherapeuten?	Für Psychotherapeuten kommt die Verpflichtung zum Vorhalten von 25 Sprechstunden pro Woche nur in modifizierter Form zur Anwendung, da bei diesen üblicherweise keine klassischen Sprechstunden wie in Arztpraxen in der Form durchgeführt werden, dass ein Patient ohne vorherige Ankündigung eine Therapiestunde in Anspruch nimmt. Es muss allerdings sichergestellt sein, dass auch Psychotherapeuten in ausreichendem Umfang (bei vollem Versorgungsauftrag mind. 25 Stunden pro Woche) für das Angebot der psychotherapeutischen Versorgung zur Verfügung stehen.
Sprechstunden nach dem TSVG	Müssen auch angestellte Ärzte Sprechstunden anbieten?	Ja, die Sprechstundenverpflichtung gilt auch für angestellte Ärzte entsprechend. Es ist hierbei allerdings zu beachten, dass die Sprechstundenverpflichtung höchstens in dem zeitlichen Umfang, in dem eine Anstellung vom Zulassungsausschuss genehmigt wurde, gilt. Im Rahmen der Überprüfung der Einhaltung des Versorgungsauftrages ist anhand der abgerechneten Leistungen auch für angestellte Ärzte zu überprüfen, ob der Versorgungsauftrag erfüllt wurde.

Sprechstunden nach dem TSVG	Wenn in einem MVZ zwei hälftig angestellte Ärzte einer FG tätig sind, diese jedoch nur zu jeweils 11 Stunden angestellt sind, konnte bisher die erforderliche Mindestsprechstundenzeit von 20 Stunden abgedeckt werden. Durch die Erhöhung der Mindestsprechstundenzeiten auf 25 Stunden wäre das nicht mehr der Fall. Gerade in MVZ sind viele Ärzte nur mit dem geringsten Stundenumfang angestellt, der zur Erfüllung des jeweiligen Versorgungsauftrags nach § 58 der Bedarfsplanungs-Richtlinie erforderlich ist. Wie ist dieses Problem zu lösen?	Solange keine Anpassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie erfolgt und auch keine explizit anderslautende Regelung in den Bundesmantelvertrag aufgenommen ist, kann nur Folgendes gelten: Die Sprechstundenverpflichtung kann (rein sachlogisch) die arbeitsvertraglich geregelte Wochenarbeitszeit nicht überschreiten. § 58 Bedarfsplanungs-RL hat andere Regelungsrichtung als Sprechstundenverpflichtung, in denen Ärzte dem Patienten direkt zur Verfügung stehen soll. Wenn überhaupt kann dies nur für Alt-Verträge gelten (Bestandsschutz). Zukünftig müssen Arbeitsverträge an die neuen Sprechstundenverpflichtungen angepasst werden
Sprechstunden nach dem TSVG	Gelten die Mindestsprechstunden auch für ermächtigte Ärzte?	Nein, wie bisher.
Sprechstunden nach dem TSVG	Wird durch die Erhöhung der Mindestsprechstunden auch das Zeitkontingent für Plausibilitätsprüfungen angehoben?	Hier erwarten wir keine Anhebung. Das müsste aber auf Bundesebene verhandelt werden.
Offene Sprechstunden		
Offene Sprechstunden	Für welche Fachgruppen sind verpflichtet, pro Woche fünf offene Sprechstunden anzubieten?	Verpflichtet sind die Fachgruppen der grundversorgenden und wohnortnahen Patientenversorgung, die mit Wirkung ab 01.09.2019 durch den Bundesmantelvertrag definiert wurden. Es handelt sich um die Arztgruppen der Augenärzte, Chirurgen, Frauenärzte, HNO-Ärzte, Hautärzte, Kinder- und Jugendpsychiater, Neurochirurgen, Neurologen, Orthopäden, Psychiater/Nervenärzte und Urologen.
Offene Sprechstunden	Müssen die offenen Sprechstunden auf dem Türschild separat ausgewiesen werden?	Derzeit wird davon ausgegangen, dass die offenen Sprechstunden nicht gesondert auf dem Praxisschild veröffentlicht werden müssen.
Offene Sprechstunden	Müssen der KV die offenen Sprechstunden mitgeteilt werden?	Ja, sowohl die Zeiten der regulären wie auch der offenen Sprechstunden müssen der KVN mitgeteilt werden. Die KVN ist verpflichtet, die Sprechstundenzeiten, einschließlich der offenen Sprechstunden, im Internet zu veröffentlichen. Wir werden zeitnah über den Weg der Meldung der regulären und offenen Sprechstunden an die KVN unterrichten.

Offene Sprechstunden	Gibt es eine Obergrenze oder kann ein Arzt auch nur offene Sprechstunden anbieten und bekommt dann alle Fälle extrabudgetär bezahlt?	Extrabudgetär vergütet werden nur die gesetzlichen fünf offenen Stunden pro Woche bzw. max. 17,5% der Arztgruppenfälle* einer Arztpraxis im aktuellen Quartal. Werden mehr entsprechende Fälle abgerechnet, werden diese regulär vergütet. Die Auswahl erfolgt über ein Zufallsverfahren.
Offene Sprechstunden	Können jeweils fünf offene Sprechstunden in der Praxis und einer Nebenbetriebsstätte extrabudgetär abgerechnet werden?	Die fünf Stunden bzw. die max. 17,5% der Arztgruppenfälle* einer Arztpraxis des aktuellen Quartales teilen das Schicksal der regulären 25 Sprechstunden. Es ist auf die HBSNR abzustellen.
Offene Sprechstunden	Wie kennzeichne ich den separaten Schein für die offene Sprechstunde, wenn ich darauf keine Leistungen mehr abrechnen kann?	Da die PVS für den neuen Schein zwingend eine GOP braucht, hat die KBV hierfür die GOP 88210 vorgesehen.
Offene Sprechstunden	Muss ich die fünf offenen Sprechstunden gleichmäßig auf die Woche verteilen?	Im Bundesmantelvertrag werden keine Regelungen dazu getroffen, wie die offenen Sprechstunden über die Woche zu verteilen sind. Die konkrete Verteilung der offenen Sprechstunden ist den Praxen damit freigestellt.
Offene Sprechstunden	Muss in einer BAG/MVZ jeder Arzt die offene Sprechstunde persönlich abhalten?	Innerhalb der jeweiligen Arztgruppe kann ggf. auch ein Arzt für seine Arztgruppenkollegen alle offenen Sprechstunden übernehmen. Dabei ist zu beachten, dass die Anzahl der insgesamt anzubietenden offenen Sprechstunden dem Umfang entspricht, der sich aus der Tätigkeit der in der Praxis beschäftigten Fachärzte ergibt. Sind bspw. drei Orthopäden mit jeweils vollem Versorgungsauftrag in einer BAG tätig, hat die Praxis insgesamt 15 offene Sprechstunden in der Woche anzubieten. Diese können jedoch alle von einem BAG-Mitglied allein wahrgenommen werden.
Offene Sprechstunden	Wie viele Patienten müssen in einer offenen Sprechstunde behandelt werden?	Dies ist in der Regel davon abhängig, in welcher Taktung die übliche Terminierung in der Praxis erfolgt. Wenn bspw. für jeden Patienten in der Terminsprechstunde ein durchschnittliches Zeitfenster von 10 Minuten je Behandlung vorgesehen ist, dann könnten in einer offenen Sprechstunde (= 60 Minuten) wohl wenigstens 6 Patienten behandelt werden.

<p>Offene Sprechstunden</p>	<p>Kann ich Patienten wegen Überlastung in der offenen Sprechstunde auch ablehnen?</p>	<p>Grundsatz: Notfälle müssen behandelt werden. Daneben dürfen Patienten grds. nur aus folgenden Gründen abgelehnt werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Volljähriger Patient legt die Versichertenkarte nicht vor und eine akute Behandlungsdringlichkeit ist nicht gegeben • Störung des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient • Generelle Überlastungssituation der Praxis (gilt auch für offene Sprechstunde) <p>Erscheinen mehr Patienten in der Praxis als tatsächlich im Rahmen der offenen Sprechstunde behandelt werden können, ist eine Auswahl der zu behandelnden Patienten zu treffen (keine willkürliche Auswahl, neben der Behandlungsdringlichkeit kann auch die Ankunft der Patienten in der Praxis berücksichtigt werden).</p>
<p>Offene Sprechstunden</p>	<p>Wie gehe ich mit Patienten um, die ich wegen erschöpfter Kapazitäten nicht mehr in der offenen Sprechstunde behandeln kann?</p>	<p>Diese Patienten können auf die nächste offene Sprechstunde verwiesen werden oder es kann ein regulärer Termin vergeben werden. Es wird jedoch davon abgeraten, dem Patienten zuzusichern, dass er in der nächsten offenen Sprechstunde definitiv behandelt wird. Denn aufgrund der begrenzten Behandlungskapazität und der im Vorfeld unbekanntenen Patientenzahl in der offenen Sprechstunde, kann keine Zusicherung darüber gegeben werden, dass tatsächlich eine Behandlung erfolgt.</p> <p>Es besteht zudem die Möglichkeit, die Patienten auf die Vermittlung zu einem anderen Facharzt durch die Terminservicestelle hinzuweisen (es sollte jedoch der Hinweis erfolgen, dass ggf. eine Überweisung durch den Hausarzt erforderlich ist; Ausnahme: Augenarzt und Gynäkologe).</p>

Offene Sprechstunden	Müssen auch Vorsorgeuntersuchungen im Rahmen der offenen Sprechstunde erbracht werden?	Grundsätzlich kann ein Patient auch für eine Vorsorgeuntersuchung in die offene Sprechstunde kommen. Dies gilt jedenfalls dann, wenn die Vorsorgeleistung aufgrund des Umfangs keine überdurchschnittliche Behandlungsdauer und/oder bestimmte Vorbereitungsmaßnahmen erfordert und ausreichende Kapazitäten in der offenen Sprechstunde vorhanden sind. Patienten mit einem dringenderen Behandlungsbedarf sind jedoch vorrangig zu behandeln. Deshalb wird empfohlen, die Patienten bereits im Vorfeld darauf aufmerksam zu machen, dass für die Inanspruchnahme von verschiebbaren Vorsorgeuntersuchungen die Terminsprechstunde die bessere Wahl sein dürfte (i.d.R. kürzere Wartezeiten in der Praxis, bessere Planbarkeit für den Patienten).
Zulassung		
Zulassung	Nach dem TSVG ist eine $\frac{3}{4}$ -Zulassung möglich. Folgt daraus, dass der Vertragsarzt auf $\frac{1}{4}$ seiner Zulassung verzichten und dieses $\frac{1}{4}$ nachbesetzt werden kann?	Ein Vertragsarzt, der über eine ganze oder eine $\frac{3}{4}$ - Zulassung verfügt, kann auf $\frac{1}{4}$ seiner Zulassung verzichten und diese zur Nachbesetzung ausschreiben. Eine $\frac{1}{4}$ -Zulassung gibt es hingegen auch nach neuer Rechtslage nicht, sodass die nach Verzicht nachzubesetzende $\frac{1}{4}$ -Zulassung nur an einen Vertragsarzt vergeben werden kann, der bereits wenigstens über eine halbe vertragsärztliche Zulassung verfügt. Damit kann ein Vertragsarzt, der lediglich über eine halbe Zulassung verfügt, auch nicht auf $\frac{1}{4}$ seiner Zulassung verzichten.
Allgemeine Fragen zum TSVG		
Allgemein (Beschwerden)	Bei wem kann ich mich über die Neuerung beschweren?	Bundesministerium für Gesundheit, Friedrichstraße 108, 10117 Berlin Tel. 030/18441-0Mail: poststelle@bmg.bund.de
Allgemein (zusätzliches Geld)	Kommt durch das TSVG zusätzliches Geld ins System?	Ja, die 10 Euro für die Terminvermittlung des Hausarztes beim Facharzt und die Differenz zwischen Bereinigung und EBM-Vergütung für die extrabudgetären Leistungen.

<p>Allgemein (Neuerungen)</p>	<p>Welche Neuerungen sind am 11.05.2019 in Kraft getreten?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • TSS vermitteln auch Termine bei Haus- sowie Kinder- und Jugendärzten, auch für Kinder-Gesundheitsuntersuchungen (U-Untersuchungen) • TSS müssen Termine zur psychotherapeutischen Akutbehandlung innerhalb von zwei Wochen vermitteln. • Alle TSS-Vermittlungsfälle werden in voller Höhe vergütet. • Erhöhung der Mindestsprechstundenzeit auf 25 Sprechstunden in der Woche • Fachärzte erhalten für von Hausärzten dringend (= innerhalb von vier Tagen) vermittelte Behandlungsfälle die Leistungen in voller Höhe vergütet.
<p>Allgemein (Neuerungen)</p>	<p>Welche Neuerungen sind zum 01.09.2019 in Kraft getreten?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Zuschläge zur Versicherten- oder Grundpauschale bei TSS-Vermittlungsfällen, gestaffelt nach 20 bis 50 Prozent, je nachdem, innerhalb welcher Frist die Behandlung erfolgt. • Hausärzte erhalten für erfolgreiche dringende Vermittlung eines Patienten an einen weiterbehandelnden Facharzt 10,07 Euro. • Fachärzte der grundversorgenden und wohnortnahen Patientenversorgung (Augenärzte, Chirurgen, Frauenärzte, HNO-Ärzte, Hautärzte, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Neurochirurgen, Neurologen, Orthopäden, Psychiater/Nervenärzte und Urologen) müssen mindestens fünf Stunden pro Woche als offene Sprechstunde anbieten. • Leistungen für neue Patienten oder solche, die seit mindestens zwei Jahren nicht in der Praxis waren, werden extrabudgetär vergütet.
<p>Allgemein (Neuerungen)</p>	<p>Welche Neuerung tritt zum 01.01.2020 in Kraft?</p>	<p>Unter der bundesweiten Nummer 116117 sollen dann auch die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen im Modus 24/7 erreichbar sein. Hierzu soll dann auch rund um die Uhr anhand einer standardisierten Ersteinschätzung eine Vermittlung von Akutfällen in die richtige Versorgungsebene erfolgen.</p>
<p>Allgemein (Neuerungen)</p>	<p>Welche Neuerung entfaltet ihre Wirkungswahrscheinlich erst Ende 2020?</p>	<p>Vorbehaltlich vertraglicher Regelungen auf Bundesebene: Blankoverordnung im Bereich Heilmittel.</p>

Allgemein (Neuerungen)	Welche Neuerung tritt 2021 in Kraft?	Krankenkassen müssen ihren Versicherten eine elektronische Patientenakte anbieten. Zugriff soll auch über Smartphone und Tablet funktionieren. AU-Bescheinigungen sollen ab 2021 von den behandelnden Ärzten digital an die Kassen übermittelt werden.
Allgemein (Neuerungen)	Welche Neuerung tritt zum 01.01.2022 in Kraft?	Einführung der Kodierrichtlinien.

* Der Bewertungsausschuss hat vom BMG die Auflage erhalten, die extrabudgetäre Vergütung auf den Behandlungsfall und nicht wie bislang auf den Arztgruppenfall abzustellen. Die zu erwartende Änderung ist für fachübergreifende Berufsausübungsgemeinschaften / MVZ von Relevanz.