

TERMINSERVICE- UND VERSORGUNGSGESETZ

TERMINVERMITTLUNG, SPRECHSTUNDEN, NEUE
PATIENTEN – DIE WICHTIGSTEN ÄNDERUNGEN FÜR
PRAXEN IM ÜBERBLICK

INHALT

EINFÜHRUNG	3
<hr/>	
TERMINVERGABE: NEUERUNGEN IM ÜBERBLICK	4
<hr/>	
TERMINSERVICESTELLEN	5
Neue Aufgaben ab 11. Mai	5
Vergütung und Kennzeichnung	5
Terminservicestellen unter dem Dach der neuen 116117	5
<hr/>	
HAUSÄRZTE VERMITTELN DRINGENDE TERMINE BEI FACHÄRZTEN	6
Vergütung und Kennzeichnung	6
<hr/>	
OFFENE SPRECHSTUNDEN	6
Vergütung und Kennzeichnung	6
<hr/>	
BEHANDLUNG NEUER PATIENTEN	7
Vergütung und Kennzeichnung	7
<hr/>	
NEUERUNGEN ABSEITS DER TERMINVERGABE	7
Schutzimpfungen	7
Förderung der Weiterbildung	7
Mindestsprechstundenangebot	8
Regressschutz	8
Präexpositionsprophylaxe	8
Heilmittel: Blankoverordnung	8
Heilmittelverordnungen „Ausserhalb des Regelfalls“	9
Elektronische Patientenakte	9
Elektronische Übermittlung der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung	9
Kodierungsunterstützung ICD	9
Krankenbeförderung	9

EINFÜHRUNG

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) ist nunmehr Realität. Die Bundesregierung will damit vor allem erreichen, dass gesetzlich versicherte Patientinnen und Patienten schneller Arzttermine bekommen. Kern des Gesetzes ist deshalb der Ausbau der Terminservicestellen. Sie sollen zentrale Anlaufstellen für Patienten werden und 24 Stunden an sieben Tagen pro Woche unter der Telefonnummer des ärztlichen Bereitschaftsdienstes 116117 erreichbar sein. Daneben enthält das TSVG eine Fülle von kleinteiligen Maßnahmen, die zu noch kürzeren Wartezeiten führen sollen.

Ob das gelingen wird, ist fraglich. Fraglich nicht nur deshalb, weil Deutschland im internationalen Vergleich die kürzesten Wartezeiten hat. Fraglich auch deshalb, weil die Maßnahmen kaum zu mehr Terminen führen werden. Denn schon jetzt arbeiten die meisten Praxen mit 52 Wochenstunden am Limit.

VIELES MUSS NOCH VEREINBART WERDEN

In dieser PraxisInfoSpezial haben wir für Sie die wichtigsten Regelungen rund um das Thema Terminvermittlung zusammengestellt. Einige der Neuerungen gelten bereits ab Inkrafttreten des Gesetzes am 11. Mai, andere ab September oder später. Der Gesetzgeber gibt dabei nicht alles vor. Vieles muss noch vereinbart und geregelt werden, teils in kürzester Zeit. Deshalb können wir Ihnen heute noch nicht alle Details mitteilen, weitere Informationen werden folgen.

Das betrifft auch die Abrechnung und Kennzeichnung der neuen TSVG-Leistungen. Damit Sie beispielsweise die Behandlung eines neuen Patienten extrabudgetär vergütet bekommen, müssen Sie den Abrechnungsschein kennzeichnen. Oder: Vermittelt ein Hausarzt einen dringenden Termin bei einem Facharzt, müssen beide Ärzte das in ihrer Abrechnung angeben. Die KBV und die Kassenärztlichen Vereinigungen wollen das Verfahren – soweit es das Gesetz erlaubt – für Sie so einfach wie möglich gestalten.

MEHRLEISTUNGEN WERDEN VERGÜTET

Apropos Vergütung: Neben aller Kritik an dem Gesetz ist positiv, dass die Neuerungen finanziell gefördert werden. So wird die Behandlung der Patienten, die über eine Terminservicestelle oder die Terminvermittlung durch einen Hausarzt in Ihre Praxis kommen, extrabudgetär und in voller Höhe zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung bezahlt. Das gilt ebenso für neue Patienten. Hinzu kommen Zuschläge zu den Grund- und Versichertenpauschalen sowie der 10-Euro-Zuschlag für die Terminvermittlung durch den Hausarzt.

Dabei ist wichtig, auf eins hinzuweisen: Die extrabudgetäre Vergütung der Untersuchungen und Behandlungen (nicht der Zuschläge) geht mit einer gleichzeitigen Bereinigung des budgetierten Teils der Vergütung Ihrer Praxis einher. Das Gesetz sieht nämlich vor, dass die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung um die extrabudgetären Fällen verringert wird (zu den Preisen entsprechend der Auszahlungsquote), die in den ersten vier Quartalen nach Inkrafttreten des Gesetzes abgerechnet werden. Das wirkt sich somit in der Folge auf Ihr Praxisbudget oder Regelleistungsvolumen aus. Wenn ab dem Folgejahr die Zahl der Patienten steigt, die beispielsweise über die Terminservicestellen vermittelt werden, müssen die Krankenkassen jeden zusätzlichen Patienten auch komplett zusätzlich bezahlen. Es erfolgt dann keine erneute Bereinigung.

Das TSVG umfasst neben diesen viel diskutierten Vorgaben rund um die Terminvermittlung deutlich mehr Neuerungen. Diese betreffen beispielsweise die Heilmittelversorgung, Wirtschaftlichkeitsprüfung und Digitalisierung. Die PraxisInfoSpezial bietet auch dazu einen kurzen Überblick. Weitere Informationen finden Sie auf unserer Internetseite www.kbv.de/html/tsvg.php, die wir laufend ergänzen werden.

Ihre Kassenärztliche Bundesvereinigung

TERMINVERGABE: NEUERUNGEN IM ÜBERBLICK

Das Terminservice- und Versorgungsgesetz sieht eine Fülle kleinteiliger Maßnahmen vor, mit denen der Gesetzgeber die Wartezeit auf Arzttermine verkürzen will. So werden grundversorgende Fachärzte, die für Patienten wohnortnah erreichbar sind, verpflichtet, ab September 2019 fünf offene Sprechstunden in der Woche anzubieten. Welche Änderungen in der ambulanten Versorgung ab wann umzusetzen sind und was auf Ärzte und Psychotherapeuten zukommt, fasst die Übersicht „Auf einen Blick“ zusammen. Auf den Folgeseiten werden die Änderungen erläutert.

AUF EINEN BLICK

Ab 11. Mai 2019

› Terminservicestellen:

- Vermitteln ab Inkrafttreten des TSVG auch Termine bei Haus- sowie Kinder- und Jugendärzten – einschließlich Terminen für Früherkennungsuntersuchungen im Kindesalter (U-Untersuchungen)
- Unterstützen Versicherte bei der Suche nach Haus-, Kinder- und Jugendärzten
- Vermitteln Termine zur psychotherapeutischen Akutbehandlung innerhalb von zwei Wochen

› Vergütung:

- **Terminservicestellen:** Extrabudgetäre Vergütung der Leistungen im Behandlungsfall, die aufgrund der Terminvermittlung durchgeführt werden (ab September zusätzlich Zuschläge von bis zu 50 Prozent)
- **Hausärzte vermitteln dringende Termine bei Fachärzten:** Bei Weiterbehandlung eines Patienten erhalten Fachärzte alle Leistungen im Behandlungsfall (ein Quartal) extrabudgetär und damit in voller Höhe vergütet (ab September zehn Euro für die Terminvermittlung durch den Hausarzt)

Ab September 2019

› Offene Sprechstunden:

- Fachärzte der grundversorgenden und wohnortnahen Patientenversorgung müssen mindestens fünf Stunden pro Woche als offene Sprechstunde anbieten (Hausärzte nimmt das Gesetz aus)

› Vergütung:

- **Terminservicestellen:** Zuschläge zur Versicherten- bzw. Grundpauschale von bis zu 50 Prozent zusätzlich zur extrabudgetären Vergütung der Leistungen nach TSS-Terminvermittlung
- **Offene Sprechstunden:** Behandlung wird für maximal fünf Sprechstunden extrabudgetär vergütet
- **Hausärzte vermitteln Termine bei Fachärzten:** Hausärzte erhalten zehn Euro extrabudgetär
- **Behandlung neuer Patienten:** Grundversorgende oder an der unmittelbaren medizinischen Versorgung teilnehmende Ärzte erhalten alle Leistungen im Behandlungsfall (ein Quartal) extrabudgetär vergütet

Ab Januar 2020

› Terminservicestellen/116117:

- Unter der bundesweit einheitlichen Telefonnummer 116117 ist nicht mehr nur der ärztliche Bereitschaftsdienst erreichbar, sondern auch die TSS der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen); Arzttermine werden in Akutfällen innerhalb von 24 Stunden vermittelt
-

TERMINSERVICESTELLEN

Die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen unterstützen Patienten seit Anfang 2016 auf Wunsch dabei, so schnell wie möglich einen Termin beim Facharzt oder Psychotherapeuten zu vereinbaren – und jetzt neu auch bei Hausärzten.

NEUE AUFGABEN AB 11. MAI

- › Die TSS vermitteln Termine bei Haus- sowie Kinder- und Jugendärzten. Hierunter fallen auch Termine für Früherkennungsuntersuchungen im Kindesalter (U-Untersuchungen).
Überweisung: Patienten, die sich wegen eines Termins beim Haus- oder Kinder- und Jugendarzt an eine TSS wenden, benötigen keine Überweisung (Ausnahmen können noch im Bundesmantelvertrag festgelegt werden). Ohne Überweisung vermitteln die TSS ansonsten nur Termine bei Augenärzten und Gynäkologen sowie bei Psychotherapeuten, wenn es um das Erstgespräch im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunde geht. Für alle anderen Fälle benötigen Patienten eine Überweisung mit einem Vermittlungscode.
- › Die Terminservicestellen unterstützen Versicherte bei der Suche nach einem Hausarzt oder Kinder- und Jugendarzt.
- › Die Frist für die Terminvermittlung von psychotherapeutischen Akutbehandlungen beträgt statt vier nur noch zwei Wochen. Patienten benötigen weiterhin eine Bescheinigung auf PTV 11, dass eine Akutbehandlung erforderlich ist, um den Terminservice in Anspruch zu nehmen.

Hinweis: Wie bisher melden Ärzte und Psychotherapeuten freie Termine an ihre KV. Das Gesetz sieht dies jetzt verpflichtend vor. Wie die Terminmeldung im Detail erfolgt, erfahren Praxen bei ihrer KV.

VERGÜTUNG UND KENNZEICHNUNG

- › **Ab 11. Mai:** Ärzte und Psychotherapeuten erhalten die Leistungen im Behandlungsfall, die aufgrund der Terminvermittlung erforderlich sind, ab Inkrafttreten des Gesetzes extrabudgetär und damit in voller Höhe vergütet. Dafür kennzeichnen Praxen den Überweisungs- oder Originalschein unter „Vermittlungsart“ als „TSS-Terminfall“. Im Praxisverwaltungssystem (PVS) steht dazu eine entsprechende Funktion bereit. Hinweis: Sollten weitere Angaben nötig sein, wird Sie Ihre KV informieren.
- › **Ab 1. September:** Zusätzlich zur extrabudgetären Vergütung der Behandlung gibt es für TSS-Patienten einen Zuschlag auf die Grund- beziehungsweise Versichertenpauschale von bis zu 50 Prozent, ebenfalls extrabudgetär. Die Höhe der Zuschläge ist nach der Länge der Wartezeit auf einen Termin gestaffelt:
 - 50 Prozent: Termin innerhalb von acht Tagen sowie in Akutfällen innerhalb von 24 Stunden nach medizinischem Ersteinschätzungsverfahren (siehe Punkt „Terminservicestellen unter dem Dach der neuen 116117“)
 - 30 Prozent: Termin innerhalb von neun bis 14 Tagen
 - 20 Prozent: Termin innerhalb von 15 bis 35 Tagen

Zur Abrechnung der Zuschläge wird der Bewertungsausschuss rechtzeitig neue Gebührenordnungspositionen (GOP) in den EBM aufnehmen. Sobald dies erfolgt ist, werden Ärzte und Psychotherapeuten informiert.

TERMINSERVICESTELLEN UNTER DEM DACH DER NEUEN 116117

Spätestens ab 1. Januar 2020: Unter der bundesweiten Telefonnummer des ärztlichen Bereitschaftsdienstes 116117 sind spätestens ab Januar 2020 auch die Terminservicestellen der KVen erreichbar – sieben Tage die Woche rund um die Uhr. Zusätzlich wird es möglich sein, Termine online zu vereinbaren.

Patienten, die wegen akuter Beschwerden die 116117 wählen, werden mittels eines standardisierten medizinischen Ersteinschätzungsverfahrens in die richtige Versorgungsebene vermittelt: entweder in eine Arztpraxis, zum ärztlichen Bereitschaftsdienst (Bereitschaftsdienstpraxis oder Hausbesuch), in eine Notaufnahme oder zum Rettungsdienst (112).

Ergibt das Ersteinschätzungsverfahren, dass sich ein Patient möglichst schnell bei einem Vertragsarzt vorstellen sollte, vermitteln die Disponenten auch kurzfristige Termine – und zwar innerhalb von 24 Stunden. Der behandelnde Arzt bekommt für solche „Akutfälle“ die Leistungen extrabudgetär vergütet sowie einen Zuschlag in Höhe von 50 Prozent auf die Grund- oder Versichertenpauschale. Dafür kennzeichnen Praxen den Abrechnungsschein als „TSS-Akutfall“ und rechnen für den 50-Prozent-Zuschlag die neue EBM-GOP ab.

HAUSÄRZTE VERMITTELN DRINGENDE TERMINE BEI FACHÄRZTEN

Schon heute vermitteln Hausärzte ihren Patienten in besonders dringenden Fällen Termine beim Facharzt. Künftig wird die erfolgreiche Vermittlung finanziell gefördert. Voraussetzung laut Gesetz ist, dass es sich um einen „aus medizinischen Gründen dringend erforderlichen Behandlungstermin“ handelt. Hierunter fallen keine planbaren Behandlungen, Vorsorgetermine oder Bagatellerkrankungen.

Hat der Hausarzt einen Termin für seinen Patienten organisiert, stellt er eine Überweisung aus. Die Praxis des Facharztes erfasst bei der Terminannahme, dass es sich um einen Hausarzt-Vermittlungsfall („HA-Vermittlungsfall“) handelt, und kennzeichnet die Abrechnung entsprechend.

VERGÜTUNG UND KENNZEICHNUNG

- › **Ab 11. Mai:** Weiterbehandelnde Fachärzte erhalten die Leistungen im Behandlungsfall (ein Quartal) ab Inkrafttreten des Gesetzes extrabudgetär und damit in voller Höhe vergütet. Sie reichen bei der Abrechnung den Überweisungsschein ein und kennzeichnen diesen mithilfe der Praxissoftware unter „Vermittlungsart“ zusätzlich als „HA-Vermittlungsfall“. Hinweis: Sollten weitere Angaben nötig sein, wird Sie Ihre KV informieren.
- › **Ab 1. September:** Haus-, Kinder- und Jugendärzte erhalten für die Vermittlung eines Facharzttermins zehn Euro extrabudgetär. Die entsprechende EBM-Ziffer und gegebenenfalls weitere Angaben werden rechtzeitig vereinbart. Die Ärzte werden informiert, sobald dies erfolgt ist.

OFFENE SPRECHSTUNDEN

Wohnortnah- und grundversorgende Fachärzte müssen ab dem 1. September mindestens fünf Stunden pro Woche als offene Sprechstunde ohne vorherige Terminvereinbarung anbieten (bei vollem Versorgungsauftrag, sonst anteilig). Hausärzte nimmt das Gesetz von dieser Regelung aus. Welche Fachärzte offene Sprechstunden anbieten müssen sowie weitere Details legen KBV und Krankenkassen im Bundesmantelvertrag rechtzeitig fest. Patienten können offene Sprechstunden ohne Überweisung aufsuchen.

VERGÜTUNG UND KENNZEICHNUNG

- › **Ab 1. September:** In der offenen Sprechstunde werden alle Leistungen im Behandlungsfall extrabudgetär und damit in voller Höhe vergütet – für bis zu fünf offene Sprechstunden je Kalenderwoche. Details zur Umsetzung sowie die Kennzeichnung der Abrechnung werden rechtzeitig festgelegt. Die Ärzte werden dann umgehend informiert.

BEHANDLUNG NEUER PATIENTEN

Nicht selten kommen neue Patienten in die Praxis, denn nicht jeder Versicherte hat „seinen“ Hausarzt oder „seinen“ Orthopäden. Künftig sollen Ärzte die Behandlung neuer Patienten extrabudgetär und damit in voller Höhe vergütet bekommen. Diese Regelung gilt allerdings nur für grundversorgende oder an der unmittelbaren medizinischen Versorgung teilnehmende Ärzte. Welche Fachgruppen genau dazugehören, sollen KBV und Krankenkassen nach Inkrafttreten des Gesetzes festlegen. Als „neue Patienten“ gelten Patienten, die erstmals oder erstmals nach zwei Jahren eine Praxis aufsuchen.

VERGÜTUNG UND KENNZEICHNUNG

- › **Ab 1. September:** Sucht ein Patient erstmals oder erstmals nach zwei Jahren eine Praxis auf, werden alle Leistungen in dem jeweiligen Behandlungsfall (ein Quartal) extrabudgetär und damit in voller Höhe vergütet. Die Kennzeichnung der Abrechnung wird rechtzeitig festgelegt und die Ärzte werden entsprechend informiert.

NEUERUNGEN ABSEITS DER TERMINVERGABE

Viel diskutiert wurden bislang die Regelungen rund um die Terminvermittlung und die neue 116117. Doch das Gesetz umfasst deutlich mehr Punkte. Einen Überblick über einige weitere wichtige Änderungen für Praxen bietet folgende Zusammenstellung.

SCHUTZIMPFUNGEN

Der Leistungsanspruch der Versicherten auf Schutzimpfungen wird erweitert. Die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen jetzt auch die Kosten für Impfungen, bei denen ein Leistungsanspruch gegenüber anderen Kostenträgern besteht. So stand beispielsweise bei Impfungen aufgrund einer beruflichen Indikation bislang der Arbeitgeber in der Pflicht, nunmehr auch die gesetzliche Krankenversicherung. Dies gilt ebenso für Impfungen aufgrund beruflicher Auslandsaufenthalte sowie für solche, die durch eine Ausbildung oder ein Studium bedingt sind. Klargestellt wird zudem, dass eine Krankenkasse auch andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe (zum Beispiel Malariaprophylaxe) als Satzungsleistung vorsehen kann. Darüber hinaus soll zukünftig schneller entschieden werden, ob Impfempfehlungen der Ständigen Impfkommission in die Schutzimpfungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses übernommen werden.

- › Umsetzungsfrist: Inkrafttreten des TSVG (11. Mai)

FÖRDERUNG DER WEITERBILDUNG

Die ambulante Weiterbildung von grundversorgenden Fachärzten wird gestärkt: Die Zahl der geförderten Weiterbildungsstellen steigt bundesweit von 1.000 auf 2.000. Dabei legt der Gesetzgeber die Förderung von Kinder- und Jugendärzten fest. Zudem ist vorgesehen, die Qualifizierung von Weiterbildungern zu fördern. Die Zahl der allgemeinmedizinischen Weiterbildungsstellen für den ambulanten und stationären Bereich bleibt unverändert. Sie war zuletzt im Jahr 2015 von 5.000 auf bundesweit mindestens 7.500 Stellen angehoben worden.

- › Umsetzungsfrist: Inkrafttreten des TSVG (11. Mai); KBV, GKV-Spitzenverband und Deutsche Krankenhausgesellschaft vereinbaren Näheres zur Umsetzung

MINDESTSPRECHSTUNDENANGEBOT

Das Mindestsprechstundenangebot wird für alle Ärzte und Psychotherapeuten von 20 auf 25 Wochenstunden angehoben – die Zeit für Haus- und Pflegeheimbesuche wird angerechnet. Bei einem reduzierten Versorgungsauftrag gelten die festgelegten Sprechstundenzeiten anteilig. Der Gesetzgeber sieht Überprüfungen durch die KVen und Sanktionen vor, wenn Praxen die gesetzlich vorgeschriebene Stundenzahl nicht anbieten.

- › Umsetzungsfrist: Inkrafttreten des TSVG (11. Mai)

REGRESSSCHUTZ

Um eine bessere Planungssicherheit zu ermöglichen, wird die Frist für Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfungen von vier auf zwei Jahre verkürzt. In der Praxis heißt das:

- › Maßnahmen wie die Festsetzung einer Nachforderung müssen dann innerhalb von zwei Jahren ab Erlass des Honorarbescheids erfolgen.
- › Für ärztlich verordnete Leistungen wie Arznei- und Heilmittel muss die Prüfung spätestens zwei Jahre nach Ende des Kalenderjahres, in dem die Leistungen verordnet worden sind, abgeschlossen sein.

Zudem ist geplant, die Zufälligkeitsprüfungen durch eine Prüfung zu ersetzen, der ein begründeter Antrag der Krankenkassen vorausgehen muss. Weitere Änderungen: Für die Feststellung von Arbeitsunfähigkeit sowie für Verordnungen von Krankenhausbehandlungen, Reha- und Vorsorgeleistungen soll es keine Wirtschaftlichkeitsprüfungen mehr geben. Darüber hinaus werden in Gebieten ärztlicher Unterversorgung keine Prüfungen mehr nach Durchschnittswerten durchgeführt. Und es kommt laut TSVG zu einer Veränderung des Schadensbegriffs bei Regressen bei verordneten Leistungen wie Arzneimittel oder Heilmittel. Künftig müssen nicht mehr die gesamten Kosten der als unwirtschaftlich erachteten Leistung erstattet werden, sondern nur noch der Differenzbetrag zwischen unwirtschaftlicher und wirtschaftlicher Leistung. Näheres dazu ist noch in den Rahmenvorgaben Wirtschaftlichkeitsprüfung der KBV und des GKV-Spitzenverbands zu vereinbaren.

- › Umsetzungsfrist: Für die Ersetzung der Zufälligkeitsprüfungen sechs Monate nach Gesetzesverkündung, für die anderen Punkte bereits mit Inkrafttreten des TSVG (11. Mai)

PRÄEXPOSITIONSPROPHYLAXE

Auch bei der HIV-Prävention sieht das TSVG Änderungen vor. Versicherte ab 16 Jahren mit einem substanziellen HIV-Risiko haben künftig Anspruch auf bestimmte Prophylaxemaßnahmen. Dazu gehören: die ärztliche Beratung über Fragen der medikamentösen Präexpositionsprophylaxe, erforderliche Untersuchungen und die Verordnung entsprechender Arzneimittel. Die KBV und der GKV-Spitzenverband vereinbaren den Kreis der anspruchsberechtigten Versicherten und die weiteren Voraussetzungen für die Ausführung der Leistungen – innerhalb von zwei Monaten nach Verkündung des Gesetzes. Im Anschluss hat der Bewertungsausschuss den Auftrag, den EBM innerhalb eines Monats anzupassen und die Höhe der Vergütung festzulegen.

- › Umsetzungsfrist: voraussichtlich zum 1. September 2019

HEILMITTEL: BLANKOVERORDNUNG

Mit dem TSVG wird die Blankoverordnung in der Regelversorgung eingeführt. Demnach sollen Heilmittelerbringer wie Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Logopäden bei ausgewählten Indikationen über Auswahl und Dauer sowie über die Frequenz der Behandlung selbst entscheiden. Die entsprechende Diagnose- und Indikationsstellung für eine Heilmittelverordnung erfolgt weiterhin durch den Vertragsarzt.

Zudem können Ärzte von einer Blankoverordnung absehen, wenn dies aus medizinischen Gründen notwendig ist. Blankoverordnungen unterliegen nicht der ärztlichen Wirtschaftlichkeitsprüfung.

- › Umsetzungsfrist: frühestens ab 1. Oktober 2020
-

HEILMITTELVERORDNUNGEN „AUSSERHALB DES REGELFALLS“

Verordnungen, die über in der Heilmittel-Richtlinie festgelegte „orientierende Behandlungsmengen“ (bisher: Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls) hinausgehen, bedürfen keiner Genehmigung mehr durch die Krankenkasse. Viele Krankenkassen verzichten bereits heute darauf. Künftig entfällt die Genehmigung komplett.

Umsetzungsfrist: voraussichtlich Oktober 2020

ELEKTRONISCHE PATIENTENAKTE

Die Krankenkassen sind verpflichtet, ihren Versicherten spätestens ab dem 1. Januar 2021 eine elektronische Patientenakte zur Verfügung zu stellen. Diese muss von der Gesellschaft für Telematik zugelassen sein. In ihr werden unter anderem Befunde, Diagnosen, Therapiemaßnahmen, Behandlungsberichte und Impfungen gespeichert. Patienten sollen dann auch mit einem Smartphone oder Tablet auf ihre medizinischen Daten zugreifen können. Die KBV hat hierbei den Auftrag erhalten, Standards für die medizinischen Daten der elektronischen Patientenakte festzulegen, damit Praxen unproblematisch damit arbeiten können.

- › Umsetzungsfrist: 1. Januar 2021
-

ELEKTRONISCHE ÜBERMITTLUNG DER ARBEITSUNFÄHIGKEITSBESCHEINIGUNG

Ärzte sind ab 2021 verpflichtet, Arbeitsunfähigkeitsdaten ihrer Patienten direkt und digital an die Krankenkasse des Patienten zu übermitteln. Ebenso müssen die Daten (digital oder auf Papier) auch dem Patienten zur Verfügung gestellt werden. Die KBV setzt sich dafür ein, dass auch die AU-Bescheinigung an den Arbeitgeber digital übermittelt werden kann. Das ist zurzeit noch offen.

- › Umsetzungsfrist: 1. Januar 2021
-

KODIERUNGSUNTERSTÜTZUNG ICD

Das TSVG trägt der zunehmenden sektorenübergreifenden Versorgung Rechnung. So wird die Kodierung für die ambulante Behandlung entsprechend harmonisiert. Ärzte und Psychotherapeuten werden mit bundesweit einheitlichen Regelungen für die Vergabe und Dokumentation von Diagnosen unterstützt. Ob im Krankenhaus oder in der Praxis: Ziel ist es, vergleichbare ambulante Fälle auch gleich zu kodieren. Die KBV ist beauftragt, entsprechende Regelungen zu schaffen. Dies soll in Zusammenarbeit mit dem GKV-Spitzenverband, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem Deutschen Institut für medizinische Dokumentation geschehen. Anschließend bleiben rund eineinhalb Jahre für entsprechende Anpassungen in den Praxisverwaltungssystemen.

- › Umsetzungsfrist: Die neuen Regelungen zur Kodierung sollen bis zum 30. Juni 2020 feststehen, bevor sie am 1. Januar 2022 in Kraft treten
-

KRANKENBEFÖRDERUNG

Krankenhäuser sollen künftig eine medizinisch notwendige Krankenförderung nach stationärer Behandlung verordnen dürfen. Somit werden Vertragsärzte entlastet. Denn bislang durften nur sie solche

Rückfahrten verordnen. Um das vorab zu ermöglichen, fehlten ihnen aber oft Informationen zur medizinischen Erfordernis und zum Entlassungsdatum.

- › Umsetzungsfrist: noch offen (die Regelung ist zunächst in der Krankentransport-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses und anschließend in der dreiseitigen Vereinbarung zwischen KBV, Deutscher Krankenhausgesellschaft und GKV-Spitzenverband umzusetzen)



Weitere aktuelle Informationen zum TSVG stellt die KBV auf einer Themenseite im Internet bereit:
www.kbv.de/html/tsvg.php



➤ **PraxisWissen**
➤ **PraxisWissenSpezial**
Themenhefte für
Ihren Praxisalltag
Abrufbar unter:
www.kbv.de/838223
Kostenfrei bestellen:
versand@kbv.de



➤ **PraxisInfo**
➤ **PraxisInfoSpezial**
Themenpapiere mit
Informationen für
Ihre Praxis
Abrufbar unter:
www.kbv.de/605808



➤ **PraxisNachrichten**
Der wöchentliche Newsletter
per E-Mail oder App
Abonnieren unter:
www.kbv.de/PraxisNachrichten
www.kbv.de/kbv2go

MEHR FÜR IHRE PRAXIS

www.kbv.de

IMPRESSUM

Herausgeber:
Kassenärztliche Bundesvereinigung
Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin
Tel.: 030 4005-0, Fax: 030 4005-1590
info@kbv.de, www.kbv.de

Redaktion:
Dezernat Kommunikation

Stand:
11. Mai 2019

Hinweise:
Aus Gründen der Lesbarkeit wurde meist nur eine Form
der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind
selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint.