

Vermittlungsarten	Bedeutung/Inhalt	Arztgruppen	TSVG Vermittlungs-/Kontaktart im Praxisverwaltungssystem (PVS)	Vergütung	sonstige Bestimmungen
TSS Terminfall ab 11.05.2019	Über die Terminservicestelle vermittelte Patienten mit Überweisungscode. Ab dem 01.01.2020 auch für Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern.	alle außer: - Labor - Pathologie	= 1 (TSS-Terminfall) Angabe im Feld 4103 der Abrechnung	Alle Leistungen (außer Labor) im Arztgruppenfall extrabudgetär	Für Arztgruppenzuordnung ist der Erstkontakt maßgebend.
Zuschlag TSS Terminfall ab 01.01.2023	Die Höhe des Zuschlags ergibt sich aus dem Zeitabstand von der ersten Kontaktaufnahme mit der TSS bis zum Behandlungstag und dem Alter des Patienten. Für die Bestimmung des Zuschlags teilt die TSS dem Arzt den Tag mit, an dem sich der Patient an die TSS gewendet hat.	alle außer: - Labor - Pathologie	Neue GOP (für TSS-Terminfall mit Kennzeichen 1) In jedes der EBM-Kapitel 3 bis 27 und im Abschnitt 30.7 (Schmerztherapie) sowie ab dem 01.01.2020 Abschnitt 1.7.1 wurde eine neue GOP als „Zusatzpauschale TSS-Terminvermittlung“ aufgenommen. Diese neue GOP ist mit Buchstaben zu kennzeichnen, wenn der Termin innerhalb bestimmter Zeiträume stattfindet, damit die Erhöhung der entsprechenden Pauschale ermittelt wird.	Im PVS wird die Zusatzpauschale mit dem Buchstaben in die altersspezifische GOP umgewandelt. D. h. die Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale wird im Arztgruppenfall erhöht: B: 1.-4. Tag:100% C: 5.-14. Tag: 80% D: 15.-35. Tag: 40%	Nur auf Fällen mit Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale. Ab dem 01.01.2020 auch auf Fällen in denen ausschließlich Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern abgerechnet werden (GOP 01710)
Zuschlag Hausarztvermittlungsfall 01.01.2023	für den Hausarzt: Für einen beim Facharzt durch den Hausarzt organisierten medizinisch dringend erforderlichen Termin innerhalb von vier Kalendertagen (Stufe 1) oder zw. dem 5. bis spätestens 35. Kalendertag (Stufe 2) nach Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit (mit Überweisung) Nicht berechnungsfähig , wenn der Hausarzt bei dem Facharzt einen Termin vermittelt, bei dem der Patient im laufenden Quartal bereits behandelt wurde. Dies muss der Hausarzt beim Patienten erfragen	nur: Hausärzte, Kinderärzte	Ansatz der GOP 03008 bzw. 04008 und Angabe der BSNR des Facharztes (auch spez. Kinderarzt gem. Kapitel 4.4 oder 4.5 EBM) im Feld 5003 der Abrechnung	Zuschlag in Höhe von 15 Euro für die GOP 03008 bzw. 04008 (vom 01.09.19-31.12.22 =10,07€)	Abrechnungsauffälligkeit ab 15% der Fälle. Mehrfach berechnungsfähig, wenn Patient in demselben Quartal durch denselben Hausarzt zu unterschiedlichen Arztgruppen vermittelt wird. Für eine eindeutige Zuordnung ist es erforderlich, dass je Arztgruppe und TSVG-Konstellation ein eigener Schein im Praxisverwaltungssystem angelegt wird. Stufe 2: Die GOP 03008 /04008 kann nur berechnet werden, wenn eine Terminvermittlung durch die TSS oder eine eigenständige Terminvereinbarung durch den Patienten (oder eine Bezugsperson) aufgrund der medizinischen Besonderheit des Einzelfalles nicht angemessen oder nicht zumutbar ist. Außerdem muss ab dem 24. Tag eine med. Begründung angegeben werden.
01.01.2023	für den Facharzt: Für einen beim Facharzt durch den Hausarzt organisierten medizinisch dringend erforderlichen Termin innerhalb von vier Kalendertagen nach Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit (mit Überweisung) (Stufe 1) oder zw. dem 5. bis spätestens 35. Kalendertag (Stufe 2) nach Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit (mit Überweisung)	alle außer: - Hausärzte - Kinderärzte ohne Schwerpunkt - Labor - Pathologie	= 3 HA-Vermittlungsfall Angabe im Feld 4103 der Abrechnung	Alle Leistungen (außer Labor) im Arztgruppenfall extrabudgetär	Für Arztgruppenzuordnung Erstkontakt maßgebend. Ab 01.01.2020 ist die Angabe des Datums der Überweisung bei der Abrechnung zwingend erforderlich und nicht wie bisher nur bei Auftragsleistungen.
offene Sprechstunde 01.09.2019	Fünf Stunden pro Woche ohne vorherige Terminvereinbarung müssen angeboten werden. Wie die Stunden auf die Arbeitswoche verteilt werden, wird nicht vorgegeben.obliegt der Praxis.	nur: - Augenärzte - Chirurgen - Gynäkologen - HNO-Ärzte - Hautärzte - Kinder- und Jugendpsychiater - Nervenärzte - Neurologen - Neurochirurgen - Orthopäden - Psychiater - Urologen	= 4 Offene Sprechstunde Angabe im Feld 4103 der Abrechnung Fälle in der "Offenen Sprechstunde" bei einem bekannten Patienten, für den bereits eine Grundpauschale abgerechnet wurde, sind zusätzlich mit der GOP 88210 zu kennzeichnen, soweit anlässlich der offenen Sprechstunde keine weiteren Leistungen abgerechnet werden können.	Alle Leistungen (außer Labor) im Arztgruppenfall extrabudgetär	Die Grenze liegt bezogen auf die einzelne Praxis bei höchstens 17,5 Prozent der Arztgruppenfälle. Bei reduziertem Versorgungsauftrag anteilige Stunden. Zeiten müssen veröffentlicht und der KV mitgeteilt werden.
Neupatienten	Die Regelungen zur TSVG-Konstellation Neupatienten gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 5 SGB V sind zum 31.12.2022 beendet worden.				
TSS Akutfall ab 01.01.2020	Patienten die wegen akuter Beschwerden über die 116117 mit einem standardisierten medizinischen Einschätzungsverfahren an einen niedergelassenen Arzt oder Psychotherapeuten innerhalb von 24 Stunden vermittelt werden.	alle außer: - Labor - Pathologie	= 2 (TSS-Akutfall) Angabe im Feld 4103 der Abrechnung	Alle Leistungen (außer Labor) im Arztgruppenfall extrabudgetär	Für Arztgruppenzuordnung Erstkontakt maßgebend.
Zuschlag TSS-Akutfall ab 01.01.2023	Zusätzliche Kennzeichnung für den Zuschlag auf die Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale in Höhe von 200 Prozent, wenn der Termin innerhalb von 24 Stunden (spätestens bis zum Ende des Folgetags) wahrgenommen wird.	alle außer: - Labor - Pathologie	Neue GOP (für TSS-Terminfall mit Kennzeichen 2) In jedes der EBM-Kapitel 3 bis 27 und im Abschnitt 30.7 (Schmerztherapie) wurde eine neue GOP als „Zusatzpauschale TSS-Terminvermittlung“ aufgenommen. Diese neue GOP ist mit Buchstaben A zu kennzeichnen	Im PVS wird die Zusatzpauschale mit dem Buchstaben A in die altersspezifische GOP umgewandelt. D. h. die Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale wird im Arztgruppenfall um 200% erhöht.	Termin spätestens am Folgetag. Nur auf Fällen mit Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale