



Aktuelle Aspekte der Honorarabrechnung & Betriebsgestaltung Schwerpunkte: AOP-Katalog, Terminvermittlung, TSVG- Boni

Dipl.-Kfm. Konstantin Eckert

25.04.2023

Zur Person

- Dipl.-Kfm. Konstantin Eckert
- 7 Jahre Medizinische Einrichtungsgesellschaft Guben (Brandenburg)
- Seit 2015 Praxisberater zur Abrechnungsoptimierung



Beratungsschwerpunkte

- Abrechnungsoptimierung im MVZ
- Regressprophylaxe
- Verbesserung des internen Berichtwesens
- Aktuell in über 800 Einrichtungen in Anwendung

Ansprechpartner

Praxisberater: Konstantin Eckert

Mail : service@honorarplus.de

Telefon : 0173 – 404 70 36

Website: www.honorarplus.de



Neuerungen zu den AOP's und dem AOP-Katalog

Größeres OP-Spektrum

Zusätzlich zu den Zuschlägen wird das Spektrum an Operationen, die Vertragsärzte durchführen können, vergrößert: 196 OPS-Verfahren werden zum 1. Januar neu in den Anhang 2 aufgenommen – allesamt Eingriffe, die bislang ausschließlich stationär möglich sind. Dazu gehören Operationen unter anderem aus den Bereichen Neurostimulatoren und Rhythmuschirurgie sowie arthroskopische Eingriffe, für die die Kassen zusätzliches Geld bereitstellen.

Zuschläge zur Förderung ambulanter Operationen

„Zuschläge zur Förderung ambulanter Operationen“ zugeordnet zu den einzelnen OPS-Kodes

GOP 31451 - Zuschlag I	(223 Punkte / 25,63 €)
GOP 31452 - Zuschlag II	(263 Punkte / 30,22 €)
GOP 31453 - Zuschlag III	(360 Punkte / 41,37 €)
GOP 31454 - Zuschlag IV	(810 Punkte / 93,08 €)
GOP 31455 - Zuschlag V	(961 Punkte / 110,43 €)
GOP 31456 - Zuschlag VI	(1.323 Punkte / 152,03 €)
GOP 31457 - Zuschlag VII	(1.923 Punkte / 220,98 €)



Beispiel Zuschlag 31455



31455 Zuschlag V

Beschreibung

Zuschlag V zu einem Eingriff des Abschnitts 31.2 bei Durchführung einer der nachfolgend genannten OPS-Kodes: 5-214.4, 5-214.71, 5-530.02, 5-530.1, 5-530.31, 5-530.32, 5-530.34, 5-530.90, 5-530.91, 5-531.31, 5-531.32, 5-531.34, 5-534.33, 5-535.1, 5-535.33, 5-535.35, 5-788.08, 5-788.09, 5-788.0d, 5-788.0e, 5-788.43, 5-788.51, 5-788.54, 5-788.59, 5-788.5e, 5-788.5f, 5-788.5g, 5-788.62, 5-788.65, 5-788.68, 5-788.70, 5-788.71, 5-788.72, 5-788.73, 5-810.1h, 5-810.2q, 5-810.4h, 5-810.4m, 5-810.7g, 5-810.90, 5-810.91, 5-810.94, 5-810.95, 5-810.9g, 5-810.9h, 5-810.9s, 5-810.9t, 5-811.3k, 5-812.6, 5-812.f0, 5-812.f1, 5-812.f4, 5-812.f7, 5-812.fh, 5-812.fk, 5-812.fm, 5-812.fs, 5-812.ft, 5-812.k0, 5-812.kh, 5-813.9, 5-819.10, 5-819.20, 5-819.2h, 5-897.0, 5-897.10, 5-897.11, 5-897.12

Berichtspflicht

Nein

Ausschluss der Berechnungsfähigkeit der Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung

Ja

Gesamt (Punkte)	961
Gesamt (Euro)	110,43

Beispiel Zuschlag 31455 – Band 2 EBM

OPS 2023	Seite	Bezeichnung OPS 2023	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-530.1	↔	Verschluss einer Hernia inguinalis: Offen chirurgisch, mit plastischem Bruchpfortenverschluss	F4	31154/36154	31505/36505	31610	31611	31824/36824	31455
5-530.31	↔	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal [TAPP]	G3	31163/36163	31505/36505	31608	31609	31823/36823	31455



Beispiel Zuschlag 31455

Beispiel 1: Eine linksseitige Inguinalhernie wird laparoskopisch transperitoneal verschlossen (TAPP). Der Eingriff wird mit dem OPS-Kode 5-530.31 verschlüsselt.

- **Vergütung des Eingriffs (GOP 31163) ohne Zuschlag:**
278,90 Euro (2.427 Punkte)
- **Vergütung des Eingriffs (GOP 31163) mit Zuschlag V (GOP 31455):**
389,33 Euro (3.388 Punkte)
Durch den Zuschlag steigt die Vergütung für den Eingriff um 40 Prozent.

Geförderte Kategorien

- Operationen am Nervensystem**
- Operationen an Nase und Nasennebenhöhlen**
- Operationen an den Blutgefäßen**
- Operationen am Verdauungstrakt**
- Operationen an den männlichen Geschlechtsorganen**
- Operationen an den Bewegungsorganen**
 - Operationen an anderen Knochen**
 - Arthroskopische Gelenkoperationen**
 - Operationen an der Hand**
- Operationen an Haut und Unterhaut**



Müssen wir die Zuschläge selbst setzen?

- Ja



31455 Zuschlag V

Beschreibung

Zuschlag V zu einem Eingriff des Abschnitts 31.2 bei Durchführung einer der nachfolgend genannten OPS-Kodes: 5-214.4, 5-214.71, 5-530.02, 5-530.1, 5-530.31, 5-530.32, 5-530.34, 5-530.90, 5-530.91, 5-531.31, 5-531.32, 5-531.34, 5-534.33, 5-535.1, 5-535.33, 5-535.35, 5-788.08, 5-788.09, 5-788.0d, 5-788.0e, 5-788.43, 5-788.51, 5-788.54, 5-788.59, 5-788.5e, 5-788.5f, 5-788.5g, 5-788.62, 5-788.65, 5-788.68, 5-788.70, 5-788.71, 5-788.72, 5-788.73, 5-810.1h, 5-810.2q, 5-810.4h, 5-810.4m, 5-810.7g, 5-810.90, 5-810.91, 5-810.94, 5-810.95, 5-810.9g, 5-810.9h, 5-810.9s, 5-810.9t, 5-811.3k, 5-812.6, 5-812.f0, 5-812.f1, 5-812.f4, 5-812.f7, 5-812.fh, 5-812.fk, 5-812.fm, 5-812.fs, 5-812.ft, 5-812.k0, 5-812.kh, 5-813.9, 5-819.10, 5-819.20, 5-819.2h, 5-897.0, 5-897.10, 5-897.11, 5-897.12

Berichtspflicht

Nein

Ausschluss der Berechnungsfähigkeit der Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung

Ja

Gesamt (Punkte)	961
Gesamt (Euro)	110,43

Kann ich die Zuschläge auch bei Simultaneingriffen verwenden?

- Es sind keine anderen Erkenntnisse bekannt
- Ggf. einen Zuschlag für Haupteingriff und einen Zuschlag für den Simultaneingriff



Erleichtertes Auffinden dieser Zuschläge

Runte Liste Q1-2023

Programme | Drucker/Favoriten | Daten | Berichte | Lizenz | E-Mail schreiben | Hotline: 03328-311 08 52 | Suche

Allgemein | Vorsorge/Prävention | Schmerztherapie | Chirurgie | **Operationen** | Kodierhinweise

- Postoperative Betreuungskomplex (3160X, 3170X) sollte bei zu Nachsorge überwiesenen Patienten auf einem Auftragschein oder Mit- und Weiterbehandlungsscheinen abgerechnet werden.
- Experimenteller Abruf zu dem neuen OP-Zuschlag 31452
- Experimenteller Abruf zu dem neuen OP-Zuschlag 31453
- Experimenteller Abruf zu dem neuen OP-Zuschlag 31454
- Experimenteller Abruf zu dem neuen OP-Zuschlag 31455
- Experimenteller Abruf zu dem neuen OP-Zuschlag 31456

+ Experimenteller Abruf zu dem neuen OP-Zuschlag 31455

Treffer: 2 Wert: 110.43 € Gesamtwert: 220.86 €
Bei diesen Patienten wurde eine OP-Ziffer mit einem geförderten OPS-Code angesetzt. Bitte prüfen Sie, ob dadurch ggf. der OP-Zuschlag 31455 ansetzbar ist. Für ein Feedback sind wir dankbar, da diese OP-Zuschläge zum 01.01.2023 in den EBM aufgenommen wurden. Quelle: https://www.kbv.de/html/1150_61495.php

Filter | Drucken | Excel

Patientennummer	Name	Geburtsdatum	Ausblenden bis
14193		1960	Hinweis ausblenden
87059		1969	Hinweis ausblenden

Postoperative Überwachung 31530

Längere Nachbeobachtung möglich

Eine weitere Maßnahme betrifft die postoperative Überwachung, die nach und nach erweitert werden soll. Es wurde in einem ersten Schritt vereinbart, dass ab Januar bei allen Eingriffen nach EBM-Kapitel 31.2 (Ausnahme: bestimmte Augenoperationen) eine längere Nachbeobachtung von bis zu 16 Stunden möglich ist. Damit können mehr Patienten, die aufgrund ihres Gesundheitszustands oder Alters mitunter engmaschiger und länger betreut werden müssen, ambulant operiert werden. Des Weiteren kann die OP-Dauer ein Auslöser für eine längere Nachbeobachtung sein.



Postoperative Überwachung 31530

Die Verlängerung der postoperativen Überwachung durch eine niedrighschwellige Beobachtung ist patientenbezogen zunächst nur bei Kindern bis 12 Jahren und Menschen ab 70 mit geriatrischen Versorgungsbedarf und Frailty-Syndrom oder Menschen mit bestimmten Vorerkrankungen wie Demenz oder Parkinson möglich. Bei den Eingriffen ab der Zeitkategorie 5 – sprich einer eineinhalbstündigen Operationszeit – kann die verlängerte Nachbeobachtung ebenfalls jetzt erfolgen.

Postoperative Überwachung 31530

- Neugeborenen, Säuglingen und Kleinkindern, Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr

oder

- Patienten ab dem 70. Lebensjahr mit geriatrischem Versorgungsbedarf und Frailty-Syndrom (Kombination von unbeabsichtigtem Gewichtsverlust, körperlicher und/oder gesteigerter Erschöpfung, muskulärer Schwäche, verringerter Ganggeschwindigkeit und verminderter körperlicher Aktivität)

und/oder

- Patienten mit einer der folgenden Erkrankungen: F00-F02 dementielle Erkrankungen, G30 Alzheimer-Erkrankung, G20.1 Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung und G20.2 Primäres Parkinson-Syndrom mit schwerster Beeinträchtigung

und/oder

- operativen Eingriffen der OP-Kategorie 5 bis 7 gemäß Anhang 2 zum EBM.



Postoperative Überwachung 31530

Voraussetzung für eine Verlängerung ist jeweils, dass die postoperative Überwachungszeit überschritten wird. Die entsprechenden Zeiten werden im EBM ausgewiesen.

Postoperative Überwachung 31530

Maßgeblich für die Berechnung der Zuschlagspositionen ist die Überschreitung der unter Nr. 2 angegebenen Überwachungszeiten.

Die postoperative Überwachungszeit nach den Gebührenordnungspositionen 31501 bis 31507 und die verlängerte Nachbeobachtungszeit nach der Gebührenordnungsposition 31530 darf in Summe nicht das Doppelte der jeweiligen postoperativen Überwachungszeit gemäß Nr. 2 übersteigen.



Postoperative Überwachung 31530

2. Als Berechnungsgrundlagen für die Nachbeobachtung gemäß Nr. 1 gelten folgende Zeiten:

Postoperative Überwachungskomplexe in Abschnitt 31.3.2 EBM

- 31501: 0,5 Stunden
- 31502: 1 Stunde
- 31503: 2 Stunden
- 31504: 3 Stunden
- 31505: 4 Stunden
- 31506: 6 Stunden
- 31507: 8 Stunden

Postoperative Überwachung 31530



31530 Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31501 bis 31507 bei sich anschließender Nachbeobachtung

Beschreibung

Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31501 bis 31507 bei sich anschließender Nachbeobachtung

Obligater Leistungsinhalt

- Nachbeobachtung von mindestens 30 Minuten Dauer,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Betreuung eines Patienten,
- Überwachung der Vitalparameter,
- Infusion(en),

Abrechnungsbestimmung

je vollendete 30 Minuten

Anmerkung

Ab der fünften Leistung im Anschluss an eine Leistung gemäß Abschnitt 31.3.2 wird die Gebührenordnungsposition 31530 mit 68 Punkten bewertet.

Berichtspflicht

Nein

Ausschluss der Berechnungsfähigkeit der Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung

Ja



Gesamt (Punkte)	77
Gesamt (Euro)	8,85



Wesentlich Neuerungen im TSVG

- Wegfall der Neupatientenkennzeichnung ... Wer sind die „Verlierer“ der Reform?
- Erneuerung des Hausarztvermittlungsfalls und der TSS-Vermittlungsfälle

Neupatienten in Zahlen

Neupatientenfälle im 4. Quartal 2021

Fachgruppe	Neupatientenfälle pro Praxis
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	701
Hautärzte	700
Augenheilkunde	652
Orthopädie	552
Phoniatry und Pädaudiologie	513
Chirurgie	502
Innere Medizin	420
Urologie	374
Kinder- und Jugendmedizin	292
Gynäkologie	281
Neurologie	280
Hausärzte	255
Physikalische und Rehabilitative Medizin	186
Anästhesiologie	185
Nervenheilkunde	154
Psychiatrie	75
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	66
Ärztliche Psychotherapeuten	13
Nichtärztliche Psychotherapeuten	12

Quelle: Zi, Datengrundlage: Vertragsärztliche Abrechnungsdaten

Durchschnittlich
**255 Neupatientenfälle pro
Praxis und Quartal**
Spitzenreiter HNO- und
Hautärzte:
700 Neupatienten pro Praxis!

Die Anzahl der Neupatienten richtet sich u.a. nach dem Fall- und Leistungsspektrum der Fachgruppe. In der Psychotherapie etwa werden pro Stunde weniger Fälle behandelt als z.B. beim Hautarzt, daher besteht dort ein geringeres Potenzial für Neupatienten.





Neupatienten in Zahlen

Neupatientenfälle im 4. Quartal 2021

Fachgruppe	Anteil Neupatientenfälle
Chirurgie	44%
Phoniatrie und Pädaudiologie	41%
Anästhesiologie	41%
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	38%
Hautärzte	34%
Orthopädie	33%
Neurologie	28%
Augenheilkunde	27%
Innere Medizin	27%
Physikalische und Rehabilitative Medizin	26%
Ärztliche Psychotherapeuten	22%
Nichtärztliche Psychotherapeuten	22%
Urologie	22%
Gynäkologie	20%
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	18%
Kinder- und Jugendmedizin	18%
Nervenheilkunde	17%
Hausärzte	15%
Psychiatrie	12%

Durchschnittlich
21,3% aller
Behandlungsfälle entfallen
auf Neupatienten

Der Anteil der Neupatienten ist höher
in Fachgruppen, die häufiger wegen
neu aufgetretener akuter
Beschwerden aufgesucht werden.



Bei welchen Fachgruppen ist mit den größten Erlösrückgängen zu rechnen?

- Unsere Nettoerlösprognosen bei den Fachgruppen der Inneren Medizin (Kardiologie, Gastroenterologie, Rheumatologie ...) sind am stärksten zurückgegangen.



Beispiel Gastroskopie (13400) KV Sachsen

- Grundpauschale 13392 – 20,34 € - RLV-relevante Leistung
- Gastroskopie 13400 – 100,90 € - QZV-relevante Leistung
- Summe 121,24 €

Beispiel Gastroskopie (13400)



Kassennärztliche Vereinigung Sachsen - Körperschaft des öffentlichen Rechts
Landesgeschäftsstelle

Übersicht über die vergleichensgruppenspezifischen RLV- / QZV-Fallwerte 2. Quartal 2023

Vergleichsgruppe: 018 - Gastroenterologen

Bezeichnung *Fallwert für Regelleistungsvolumen bzw. qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen*

Regelleistungsvolumen	18,71 €
A. Beob. / Betr. I	83,84 €
Beh. Hämorrhoiden	15,98 €
Diagnostische Radiologie	12,43 €
Gastroenterologie I	73,44 €
Gastroenterologie II	36,98 €
Hormondrüsen-Fehlfunktion	13,56 €
Kleinchirurgie	8,11 €
LZ-EKG	5,09 €

18,71 € +
73,44 € =
92,15 €



Beispiel Gastroskopie (13400)

Budget 92,15 €
Abgerufen 121,24
Überschritt 29,09 €

Vorteil der „Extrabudgetärstellung über das TSVG“



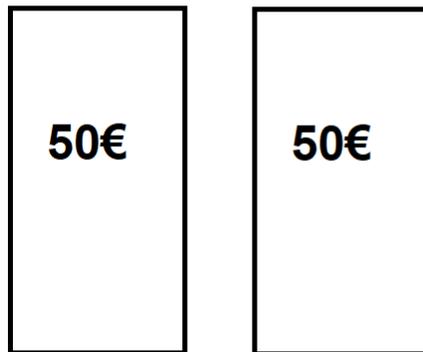
Budgetüberschritt,
wird meist nur
anteilig vergütet

Budget (RLV/QZV)



Vorteil der „Extrabudgetärstellung über das TSVG“

TSVG-Fallkennzeichnung Brutto = Netto



TSS-Terminservicestellenfall

Anlage 3: TSS-Terminfall Facharzt/ Psychotherapeut

Behandelnder Arzt stellt eine **dringliche Überweisung mit einem entsprechenden Vermittlungscode aus** (auch Kinder-Früherkennungsuntersuchungen, jedoch nicht für Bagatell- oder Routineuntersuchungen).



Für Augenärzte, Gynäkologen bzw. bei Vermittlung in eine psychotherapeutische Sprechstunde ist keine Überweisung erforderlich. Bei Psychotherapie: Formular PTV 11 mit entsprechender Kennzeichnung als „ambulante psychotherapeutische Akutbehandlung“ oder „zeitnah erforderlich“.

Vermittlung eines Termines **durch Terminservicestelle**





(Weiter-)Behandlung durch Facharzt/Psychotherapeut



Alle Ärzte und Psychotherapeuten außer Hausärzte, Kinder- und Jugendärzte (ohne eine in den Abschnitten 4.4. und/oder 4.5. EBM genannte Schwerpunktbezeichnung und/oder Zusatzbezeichnung), Laborärzte, Mikrobiologen, Transfusionsmediziner, Pathologen oder Neuropathologen

Abrechnung Facharzt/Therapeut

- **Extrabudgetäre Vergütung** im Arztgruppenfall (gilt nicht für Laborleistungen des Kapitels 32)
- **Arztgruppenspezifische Zuschläge** auf die Grund- oder Konsiliarpauschalen **mit Zeitstaffelung** (einmal im Arztgruppenfall):

Buchstabe	Frist für Behandlung ab Terminvermittlung	Zuschlagshöhe auf jeweilige GP/VP/KP
B	spätestens am 4. Tag*	100 Prozent
C	spätestens am 14. Tag*	80 Prozent
D	spätestens am 35. Tag*	40 Prozent

*Der Tag nach der Terminvermittlung durch die TSS gilt jeweils als erster Zähltag.



Notwendige Kennzeichnungen in der Abrechnung

- Vermittlungs-/Kontaktart (Feldkennung 4103) „**TSS-Terminfall**“
- Abrechnung auf Überweisungsschein (Scheinuntergruppe 21, 23 oder 24), Abrechnung auf Originalschein möglich für Augenärzte, Frauenärzte oder bei Vorliegen des Formulars PTV 11.

Gynäkologie									
Zusatzpauschale	08228B		08228C		08228D		08228A		JA
bis zum vollendeten 5. Lebensjahr		08910B		08910C		08910D		08910A	Nein => Die altersgestaffelte Bewertung wird automatisch umgesetzt
ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr		08911B		08911C		08911D		08911A	
ab Beginn des 60. Lebensjahres		08912B		08912C		08912D		08912A	



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
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

Anlage 4: Hausarztvermittlungsfall



Hausarzt oder hausärztlich tätiger Kinder- und Jugendarzt

stellt das **dringende medizinische Erfordernis eines Facharzttermins** fest (nicht Bagatell- oder Routineuntersuchungen).



Terminvermittlung durch Hausarzt/Kinder- und Jugendarzt an Facharzt

Abrechnung Hausarzt / Kinder- und Jugendarzt

GOP 03008 / 04008 - Zuschlag auf die Versichertenpauschale für die Terminvermittlung

Bei Behandlung durch Facharzt bis spätestens 4. Kalendertag nach o. g. Feststellung der Behandlungsbedürftigkeit oder bis 35. Tag, wenn aufgrund der medizinischen Besonderheit des Einzelfalls eine TSS-Terminvermittlung oder eigenständige Vereinbarung durch den Patienten nicht angemessen oder nicht zumutbar ist. Der Tag der Feststellung wird bei Berechnung der Frist nicht mitgerechnet.



Notwendige Kennzeichnungen in der Abrechnung

- In Feldkennung 5003 (Arztnummer) ist die Betriebsstättennummer (BSNR) der fachärztlichen Praxis anzugeben, an die der Patient vermittelt wurde.
- **Ab dem 24. Kalendertag** nach Feststellung Behandlungsbedürftigkeit ist **zwingend eine medizinische Begründung anzugeben** (Feldkennung 5009 „freier Begründungstext“). Wir **empfehlen** eine Dokumentation der medizinischen Besonderheit im Einzelfall **bereits ab dem 5. Kalendertag** nach der Feststellung.



Überweisung (SUG 21, 23 oder 24)

Das Ausstellungsdatum (= Vermittlungstag) ist im Personalienfeld der Überweisung anzugeben.



(Weiter-)Behandlung durch Facharzt / Psychotherapeut

Alle Arztgruppen mit Ausnahme von Laborärzten, Mikrobiologen, Transfusionsmediziner, Pathologen oder Neuropathologen

Abrechnung Facharzt:

- **Extrabudgetäre Vergütung** im Arztgruppenfall (gilt nicht für Laborleistungen Kap. 32)
- **Arztgruppenspezifische Zuschläge** auf die Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen **mit Zeitstaffelung** (einmal im Arztgruppenfall):

Buchstabe	Frist für Behandlung ab Terminvermittlung	Zuschlagshöhe auf jeweilige GP/VP/KP
B	spätestens am 4. Tag*	100 Prozent
C	spätestens am 14. Tag*	80 Prozent
D	spätestens am 35. Tag*	40 Prozent

*Der Tag nach der Terminvermittlung durch den Hausarzt / Kinder- u. Jugendarzt gilt jeweils als erster Zähltag.



Notwendige Kennzeichnungen in der Abrechnung

- Vermittlungs-/Kontaktart (Feldkennung 4103) „**HA-Vermittlungsfall**“
- **Tag der Terminvermittlung** (Feldkennung 4115)
- Abrechnung auf Überweisungsschein (Scheinuntergruppe 21, 23 oder 24), Abrechnung auf Originalschein möglich für Augenärzte, Frauenärzte oder bei Vorliegen des Formulars PTV 11.



35



Beachte zum Hausarztvermittlungsfall

- Hausärzte werden ab 15 % Patienten, welche im Quartal über den HA-Vermittlungsfall auffällig, da hier die Kassen/KV die Dringlichkeiten der Behandlung in Frage stellen könnte
- Keine Überweisungen innerhalb des selben Hauptbetriebsstätte



36



Offene Sprechstunde

- Ist aus Erlösoptimierungssicht, die beste Reform der letzten 20 Jahre !!!!!

Offene Sprechstunde als TSVG-Konstellation

- Grundversorgende und der wohnortnahen Patientenversorgung zugehörige Fachärzte müssen ab dem 1. September 2019 mindestens fünf Stunden pro Woche als offene Sprechstunde ohne vorherige Terminvereinbarung anbieten.
- Offene Sprechstunde muss der KV gemeldet sein

Diese Fachärzte müssen offene Sprechstunden anbieten:

Augenärzte / Chirurgen / Gynäkologen / HNO-Ärzte / Hautärzte / Kinder- und Jugendpsychiater /
Nervenärzte / Neurologen / Neurochirurgen / Orthopäden / Psychiater / Urologen



Offene Sprechstunde als TSVG-Konstellation

EXTRABUDGETÄRE VERGÜTUNG

In der offenen Sprechstunde werden alle Leistungen extrabudgetär und damit in voller Höhe vergütet. Es gilt auch hier der Arztgruppenfall (s. Seite 3).

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.

Beispiel: Im vierten Quartal 2019 hat die Praxis 1.000 Patienten behandelt (Arztgruppenfälle). Dann erhält sie davon bis zu 175 Arztgruppenfälle extrabudgetär und damit in voller Höhe vergütet.

Der Höchstwert hat für Praxen den Vorteil, dass sie keine weiteren Angaben, zum Beispiel die Uhrzeit der Behandlung in der offenen Sprechstunde, machen müssen. Auch müssen sie nicht selbst die Grenze bestimmen.

Berechnung der werthaltigsten Patienten

- Summe der budgetierten Leistungen (RLV, QZV) des Quartal – RLV/QZV= Über-/Unterschritt
- Die Patienten mit dem größten Überschritt sind am attraktivsten für die Offene Sprechstunde oder weitere extrabudgetäre Förderungen



Berechnung der werthaltigsten Patienten

Name	Geburtstag	GNRs	Umsatz (RLV&QZV)	RLV&QZV Budget	RLV&QZV Überschritt
Scheller, Taale	01.01.1959	RLVs: 1 X 21212 (21,97 €), QZVs: 4 X 21220 (14,94 €), 4 X 21216 (16,48 €), 1 X 21230 (41,20 €), FL&Andere: 1 X 21218 (4,83 €)	188,85 €	47,84 €	141,01 €
Röder, Diemut	01.01.1962	RLVs: 1 X 21211 (21,53 €), 1 X 01621 (4,83 €), QZVs: 6 X 21220 (14,94 €), 1 X 21230 (41,20 €), FL&Andere: 2 X 40120 (0,55 €), 1 X 21218 (4,83 €), 1 X 21227 (0,66 €)	157,20 €	47,84 €	109,36 €
Kurz, Mats	01.01.1951	RLVs: 1 X 21212 (21,97 €), QZVs: 5 X 21220 (14,94 €), 1 X 21230 (41,20 €), 1 X 21216 (16,48 €), FL&Andere: 1 X 21218 (4,83 €)	154,35 €	47,84 €	106,51 €
Weiss, Karl-Kilian	01.01.1978	RLVs: 1 X 21211 (21,53 €), QZVs: 6 X 21220 (14,94 €), 1 X 21230 (41,20 €), FL&Andere: 1 X 21218 (4,83 €), 1 X 21219 (1,32 €)	152,37 €	47,84 €	104,53 €
Peter, Suma	01.01.1993	RLVs: 1 X 21211 (21,53 €), 1 X 21232 (21,75 €), QZVs: 7 X 21220 (14,94 €), FL&Andere: 1 X 21218 (4,83 €)	147,86 €	47,84 €	100,02 €
Palm, Stefanie-Annette	01.01.1973	RLVs: 1 X 21211 (21,53 €), 1 X 01612 (4,07 €), QZVs: 5 X 21220 (14,94 €), 1 X 21230 (41,20 €), FL&Andere: 1 X 21218 (4,83 €)	141,50 €	47,84 €	93,66 €
Wolters, Lennart-Stephan	01.01.1929	RLVs: 1 X 21212 (21,97 €), QZVs: 3 X 21220 (14,94 €), 2 X 21216 (16,48 €), 1 X 21230 (41,20 €), FL&Andere: 1 X 21218 (4,83 €), 1 X 21227 (0,66 €)	140,95 €	47,84 €	93,11 €

Optimierung der offenen Sprechstunde

Name	Geburtstag	TSVG-Markierung	TSVG Mehrwert
Name	Geburtstag	offene	TSVG Mehrwert
Scheller, Taale	01.01.1959	Offene Sprechstunde möglich	77,56 €
Kurz, Mats	01.01.1951	Offene Sprechstunde möglich	58,58 €
Peter, Suma	01.01.1993	Offene Sprechstunde möglich	55,01 €
Palm, Stefanie-Annette	01.01.1973	Offene Sprechstunde möglich	51,51 €
Wolters, Lennart-Stephan	01.01.1929	Offene Sprechstunde möglich	51,21 €
Krebs, Resi	01.01.1982	Offene Sprechstunde möglich	51,09 €
Resch, Selma	01.01.1938	Offene Sprechstunde möglich	49,52 €
Seidl, Adelbert	01.01.1963	Offene Sprechstunde möglich	49,27 €
Bock, Leni	01.01.1967	Offene Sprechstunde möglich	43,71 €
Haller, Fred	01.01.1961	Offene Sprechstunde möglich	43,30 €



Kürzungen auch bei den offenen Sprechstunden

Auch die Finanzierung der offenen Sprechstunden wird zum 1. Januar geändert. Untersuchungen und Behandlungen, die dort durchgeführt werden, müssen künftig weitestgehend aus der gedeckelten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung bezahlt werden. Ursprünglich sollten die Krankenkassen zusätzliche Finanzmittel bereitstellen, damit Versicherte schneller einen Facharzt konsultieren können.

Bereinigung des MGV





Bereinigung des MGV



**Offene
Sprechstunde**

Relevante TSVG-Kontaktarten

Fallkonstellation	Arztgruppe(n)	Extrabudgetäre Vergütung	Sonstige Hinweise + Abrechnung
Offene Sprechstunde	Augenärzte Chirurgen Frauenärzte HNO-Ärzte Hautärzte Kinder- Jugendlichenpsychiater Neurologen Orthopäden Psychiater/Nervenärzte Urologen	5 Stunden in der Kalenderwoche, ohne Terminvereinbarung, d.h. max. 17,5% der Arztgruppen- fälle einer Arztpraxis	Bei reduziertem Versorgungsauftrag anteilig Kennzeichnung im PVS: „4“ (Offene Sprechstunde)



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

Ansprechpartner

Praxisberater: Konstantin Eckert

Mail : service@honorarplus.de

Telefon : 0173 – 404 70 36

Website: www.honorarplus.de