



BMVZ LIVE.MEETING

Strategisches ‚Mehr-Wissen‘ für MVZ

Leistungserbringung und Honorarabrechnung 2024

Vorschau und Analyse der Rahmenbedingungen

F. Welz
Med.concept GmbH
04.12.2023



Ausgangssituation 2023

Probleme ambulanter medizinischer Leistungserbringer (beispielhaft)

- mangelnde Wertschätzung
- unzureichende Leistungshonorierung
- steigende Fallzahlen
- Fachkräftemangel
- Nachbesetzungsprobleme
- Kostenanstieg durch Inflation
- überbordende Bürokratie
- versorgungsferne Digitalisierungsvorhaben
- Mehraufwand durch Arzneimittelengpässe

Aktivitäten der Politik

- staatsmedizinischer Ansatz
- Cannabislegalisierung
- Gesundheitskioske
- Health Nurses
- Verunsicherung durch Krankenhausreform
- Ambulantisierung
- Aufhebung der Budgetierung??

Wird die gesetzliche Krankenversicherung kaputtgespart?



Stimmt der Vorwurf der KBV, dass die Entbudgetierung versprochen war, aber nicht voran kommt?

- Es ist nicht geplant, den Grundsatz der Finanzierung der gesamten vertragsärztlichen Versorgung über die von den Krankenkassen mit befreiender Wirkung an die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung zu zahlende morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen (MGV) aufzulösen. Über die Höhe der MGV müssen sich die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen auf Grundlage des notwendigen Behandlungsbedarfes einigen (s.o., Preis- und Mengenkomponekte).
- In den vergangenen Jahren hat sich der Anteil der extrabudgetär vergüteten Leistungen an der gesamten vertragsärztlichen Vergütung stetig erhöht. Er lag nach Angaben des GKV-Spitzenverbandes im Jahr 2009 bei 22,2 % und im Jahr 2022 bei 42,9 %. Der Umfang der ambulanten ärztlichen Leistungen, die extrabudgetär mit festen Preisen vergütet wurden, betrug im Jahr 2022 19 Milliarden Euro.
- Die Aufhebung der Budgetierung der Honorare im hausärztlichen Bereich ist im Koalitionsvertrag vereinbart. Herr Minister hatte zuletzt mehrfach betont, dass die Entbudgetierung der Hausärztinnen und Hausärzte vollzogen wird. Die Umsetzung wird derzeit vorbereitet.
- Eine vollständige Entbudgetierung aller vertragsärztlichen Leistungen ist nicht Gegenstand des Koalitionsvertrages.

Auszüge aus einem „Faktenblatt“ des BMG vom 10.08.2023, das an ausgewählte Redaktionen herausgegeben wurde
(Quelle: Allianz Deutscher Ärzteverbände)

Ausgangssituation Honorar 2024



ÄrzteZeitung

Einigung in Schiedsstelle

Verhandlungen über Orientierungswert: Kassenhonorare steigen um 3,85 Prozent

Nach drei Verhandlungsrunden musste nun doch die Schiedsstelle ran: Der Erweiterte Bewertungsausschuss hat am Mittwoch ein Honorarplus für Kassenärzte von 3,85 Prozent beschlossen. Zudem sollen MFA-Tarifsteigerungen künftig schneller abgebildet werden.

Veröffentlicht: 13.09.2023, 17:30 Uhr

Orientierungswert im EBM ab Januar steigt auf **11,9339 Cent**
KBV spricht von insgesamt 1,6 Milliarden Euro mehr für
Vertragsärzte, vergleichbar mit der jüngsten Tarifsteigerung für
die Klinikärzte, die für 2023 ein Plus von 4,8 Prozent erzielten.



Spitzenverband

Für die Behandlung von Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung erhält der niedergelassene Arzt ein Gesamthonorar. Es setzt sich aus mehreren Bestandteilen zusammen. Die Mehrzahl der Leistungen (zurzeit ca. **70 Prozent**) wird mit der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) finanziert. Diese Leistungen unterliegen einer Mengensteuerung. Für den einzelnen Arzt kann das bedeuten, dass er bei Überschreitung einer bestimmten Leistungsmenge die darüber hinausgehenden Leistungen zu einem abgestaffelten Preis vergütet bekommt.

(Quelle: www.gkv-spitzenverband.de)

Wie reagieren die Kassenärztlichen Vereinigungen?



Problem bereits nach Aufhebung der „Neupatientenregelung“ nach TSVG vom 12.05.2019 ab 01.01.2023:

- Rückrechnung der Bereinigungenbeträge in die **MGV** der KV'en
- Rückrechnung der bisher extrabudgetär vergüteten „Neupatientenfälle“ in die RLV-/QZV-Systematik
- Viele zusätzliche Patienten im GKV-System
- Einführung von Quotierungen und Fallzahlzuwachsbeschränkungen
(Cave: Recherchieren, ob im Honorarverteilungsmaßstab der eigenen KV eine Budgetberechnung - RLV, QZV oder Individualbudgets – bzw. eine Fallzahlzuwachsbeschränkung auf der Basis von Vorjahresvergleichen vorgesehen sind)
- Absenkung der Fallwerte zur RLV/QZV-Berechnung für 2024
- Starke Absenkung der Vergütungsquote RLV/QZV/Individualbudget-überschreitender Leistungen



Deutliche Honorarverluste bestimmter Fachgruppen bereits in 2023!

→ Aufgrund der geringen Steigerung der MGV gibt es in 2024 nichts zu verteilen!



Wie reagieren die Kassenärztlichen Vereinigungen?

- Einführung teilweise drastischer Maßnahmen zur Fallzahl- und Leistungsmengenbegrenzung

Beispiel KV Berlin, Beschluss der Vertreterversammlung mit Wirkung ab 01.01.2024:

- Reduzierung der Fallzahlen zur RLV/QZV-Berechnung um 10%
- Anhebung der Fallwerte zur RLV/QZV-Berechnung um 10%
- Absenkung der Vergütungsquote RLV/QZV-überschreitender Leistungen um 50%

Begründung: vermeintlich honorarneutrale Maßnahme zur Fallzahlbegrenzung, da Fallzahlanstieg von den Krankenkassen nicht honoriert wird.

Falsch: Nach BSG-Rechtsprechung besteht ein Wachstums- und Vergütungsanspruch nur bis zum Fachgruppendurchschnitt. Besonders Praxen in schlecht versorgten Bezirken haben deshalb RLV/QZV-Überschreitungen von 30% und mehr. Die Vergütung dieses Leistungsvolumens sinkt um **50%**. Durch die 10%-Fallzahlreduzierung verschieben sich zudem die Abstufungsgrenzen des zugewiesenen RLV-Fallwertes (sog. „Fallzahlwippe“)



Praxen mit **überdurchschnittlichen** Fallzahlen drohen in Berlin hohe Honorarverluste!

Empfehlungen zur Abrechnungsstrategie für MVZ im Jahr 2024



1. Analyse der ab 01.01.2024 geltenden Honorarverteilungsregelungen (HVM) der eigenen KV
2. Prüfung der Zuweisungen in begrenzt vorgegebenen Honorarbereichen des MVZ für Quartal 1/2024 (RLV, QZV, Individualbudget, Quotierungen o.ä.), ggf. Antrags- oder Widerspruchsverfahren
3. Optimierung der Abrechnungen nicht budgetierter Fachgruppen (z.B. Kinder- und Jugendmedizin, Kinderpsychiatrie, weitere Fachgruppen gem. regionalem HVM)
4. Optimierung der Abrechnung nach TSVG nicht budgetierter Behandlungsfälle (Offene Sprechstunde, TSS- und dringende Hausarztzuweisungen)
5. Erarbeitung eines Leistungsangebotes und einer Abrechnungsstrategie in Bereichen außerhalb der MGV
6. Ambulantisierung als Chance annehmen



3. Optimierung der Abrechnungen nicht budgetierter Fachgruppen

- Fachgruppenvergleich (Honorar, Fallzahl, Fallwert)
 - ↓ bei erheblichen Abweichungen
- Analyse von Besonderheiten
 - ↓
- Prüfung der Abrechnung honorarbestimmender Leistungen
 - Chronikerpauschalen
 - Geriatrische Leistungen
 - Gesprächsleistungen
 - wichtige Leistungskomplexe
- Prüfung der Vollständigkeit des abgerechneten Leistungsspektrums
- Prüfung der Tages- und Quartalszeitprofile

4. Optimierung der Abrechnung nach TSVG nicht budgetierter Behandlungsfälle



Kurzübersicht TSVG-Konstellationen mit erhöhten Zuschlägen:

→ HAUSARZTVERMITTLUNGSFALL

Hausarzt oder hausärztlich tätiger Kinder- und Jugendarzt stellt dringende medizinische Erfordernis eines Facharzttermines fest (keine Bagatell- und Routineuntersuchungen)



Terminvermittlung durch Hausarzt/Kinder- und Jugendarzt an Facharzt*

- › Zuschlag für Terminvermittlung
- Kennzeichnung: BSNR der vermittelten Facharztpraxis und zwingend medizinische Begründung ab 24. Kalendertag nach Feststellung der Behandlungsbedürftigkeit

! Überweisung ohne Dringlichkeitscode



(Weiter-)Behandlung durch Facharzt*/ Psychotherapeut

- › extrabudgetäre Vergütung und
 - › arztgruppenspezifischer Zuschlag in Abhängigkeit vom Termin der Vermittlung
- Kennzeichnung: Vermittlungsart „HA-Vermittlungsfall“ und Tag der Terminvermittlung

→ TSS-AKUTFALL

Vermittlung eines Akutfalles durch die 116 117 nach einer medizinischen Ersteinschätzung



Behandlung durch Arzt*/Psychotherapeut am (Kalender-)Tag nach der Terminvermittlung

- › extrabudgetäre Vergütung
- › arztgruppenspezifischer Zuschlag

Kennzeichnung: Vermittlungsart „TSS-Akutfall“ und Tag der Terminvermittlung

- * Alle Arztgruppen mit Ausnahme von Laborärzten, Mikrobiologen, Transfusionsmedizinern, Pathologen und Neuropathologen
 ** Alle Ärzte und Psychotherapeuten außer Hausärzte, Kinder- und Jugendärzte (ohne eine in Abschnitten 4.4 und/oder 4.5 EBM genannte Schwerpunktbeziehung und/oder Zusatzbezeichnung), Laborärzte, Mikrobiologen, Transfusionsmediziner, Pathologen und Neuropathologen

Verbleibende Regelungen

Quelle: KV Sachsen

4. Optimierung der Abrechnung nach TSVG nicht budgetierter Behandlungsfälle



→ TSS-TERMINFALL

Vermittlung eines Hausarzt- bzw. Kinder- und Jugendarzttermins durch die Terminservicestelle



Behandlung durch Hausarzt/Kinder- und Jugendarzt

- › extrabudgetäre Vergütung
- › arztgruppenspezifischer Zuschlag in Abhängigkeit vom Termin der Vermittlung
- › oder Zuschlag für TSS-Terminvermittlung bei Kinder-Früherkennungsuntersuchung in Abhängigkeit vom Termin der Vermittlung

Kennzeichnung: Vermittlungsart „TSS-Terminfall“ und Tag der Terminvermittlung

Behandelnder Arzt stellt dringliche Überweisung mit entsprechendem Vermittlungscode für einen Facharzt/Psychotherapeuten aus (auch Kinder-Früherkennungsuntersuchung, keine Bagatell- und Routineuntersuchungen)



Vermittlung eines Termins durch die Terminservicestelle



(Weiter-)Behandlung durch Facharzt/Psychotherapeut**

- › extrabudgetäre Vergütung
- › arztgruppenspezifischer Zuschlag in Abhängigkeit vom Termin der Vermittlung
- › oder Zuschlag für TSS-Terminvermittlung bei Kinder-Früherkennungsuntersuchung in Abhängigkeit vom Termin der Vermittlung

Kennzeichnung: Vermittlungsart „TSS-Terminfall“ und Tag der Terminvermittlung

Verbleibende Regelungen

Quelle: KV Sachsen

4. Optimierung der Abrechnung nach TSVG nicht budgetierter Behandlungsfälle



Offene Sprechstunde

Ärzte mit Verpflichtung zur Vorhaltung einer „**Offenen Sprechstunde**“ (5h pro Woche je vollem Sitz)

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

Controlling!!

**bis 17,5% der
Fachgruppenfälle
außerbudgetär**

Cave: Limitiert ist die Fallzahl der Offenen Sprechstunde für die Fachgruppe, nicht das für diese Patienten berechenbare Leistungsvolumen. Die Zuordnung der Patienten zur Offenen Sprechstunde wird nicht geprüft und ist nicht prüfbar.

4. Optimierung der Abrechnung nach TSVG nicht budgetierter Behandlungsfälle



Dringende Zuweisungen vom Hausarzt aus medizinischen Gründen

Cave: Die Kennzeichnung als dringende Zuweisung des Hausarztes setzt eine Terminvereinbarung zwischen Haus- und Facharztpraxis voraus, für die es einen dringenden Grund geben muss.

- Kennzeichnungs-GOP in der Haus- und Facharztabrechnung nicht vergessen
- Zuschläge nur in den ersten 3 Wochen nach Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit (Abrechnung GOP 03008/04008)
- Hausarztzuweisungen können die z.B. in diagnostisch orientierten internistischen Praxen auftretende hohe Anzahl von Neupatienten (bis 30-40%) nicht abdecken, jedoch die Terminvergabe beeinflussen



4. Optimierung der Abrechnung nach TSVG nicht budgetierter Behandlungsfälle

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung, K. d. ö. R., Berlin

und

der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband),
K. d. ö. R., Berlin,

vereinbaren nachstehende

Richtlinien

zum Inhalt und zur Durchführung der Prüfungen gemäß § 106d Abs. 6 SGB V

(Abrechnungsprüfungs-Richtlinien)

§ 9

Erweiterte regelhafte Prüfungen

- (1) Ergänzend zu § 7 Abs. 2 kann sich die Prüfung der Zeitprofile für Ärzte/Therapeuten mit reduziertem Versorgungsauftrag bzw. reduziertem Tätigkeitsumfang auf mögliche Fälle unzulässiger Fallzahlmehrerung erstrecken.
- (1a) Eine Abrechnungsauffälligkeit ist zu vermuten, wenn in einer Arztpraxis in einer Arztgruppe der Anteil der Fälle mit Abrechnung der GOP 03008 und 04008 den Wert von 15 % überschreitet.



5. Leistungsangebot und einer Abrechnungsstrategie in Bereichen außerhalb der MGV

Ausschöpfung prüfen:

Regelleistungsvolumen

Qualifikationsbedingte Zusatzvolumina

Individualbudget

Optimieren:

Freie Leistungen

Prävention

DMP

Selektivverträge

Kooperations- u. Koordinationsleistungen

Praxisschwerpunktleistungen

Ambulante Operationen

OP-Bericht		Datum				
		Ort	Praxis Dr. med.			
Patienten-Nr.	Name	Vorname	Geburtsdatum			
Diagnose/ Lokalbefund						
		Datum	Anmerkungen			
OP Aufklärung						
Histografie						
Mikrobiologie						
Fotodokumentation						
Schnittlänge/Exziseat (Angaben in mm)						
Besonderheiten						
OPS	SNZ	Beginn	Ende	Förderung	Operateur	Assistenz
Zeitl. Mehraufwand (x15min)		Re-OP OPS 5-983				
Anästhesie		Beginn	Ende	Verfahren		
Überwachung	Kalk.	Beginn	Ende	Operateur	Assistenz	Anästhesist
Nachbeobachtung		Begründung				
Medikation						
OP-Verlauf						
Abschluss- untersuchung		Uhrzeit	Arzt			
Procedere						

Ambulante Operationen § 115b SGB V



Seit 01.01.2023 :

- Zeitzuschlag für Reoperationen (OPS 5-983, Differenzierung nach Schweregraden)
- Förderbeträge für bestimmte Eingriffe (Tab. Anlage 4 EBM)
- Zeitzuschläge verlängerte postoperative Überwachung (GOP 31530)
- Zeitzuschläge für Simultaneingriffe
- Zeitzuschläge für längere Nachbeobachtung bei bestimmten Indikationen (GOP 31501 bis 31507)



Katalogänderungen beachten, kalkulieren
Abläufe optimieren
Einheitliche OP-Dokumentation organisieren



Vielen Dank für Ihr Interesse!

Dipl.-Ing. Frank Welz
Med. Concept Frankfurt (O) GmbH
Stendaler Str. 26
15234 Frankfurt (O)

 0335/4011700
email f.welz@web.de

