



TSVG en detail

Wie profitieren von den neuen EBM-Änderungen?



Wintertreffen der BMVZ-Mitglieder, Hamm (Westfalen)
14./15. März 2019



Agenda

- Änderungen durch Vorgaben des TSVG bei Leistungen und Honorar
- Vorgaben zu EBM-Änderungen durch das TSVG
- Wer profitiert von den EBM-Änderungen?
- Schadensvermeidung





Zeitliche Abläufe

Beratungsfolge zum TSVG

Referentenentwurf BMG:	24. Juli 2018
Fachanhörung:	22. August 2018
Verabschiedung Kabinettsentwurf:	25. September 2018
1. Durchgang Bundesrat:	23. November 2018
1. Lesung Bundestag:	13. Dezember 2018
1. Anhörung im Bundestag:	16. Januar und 13. Februar 2019
2./3. Lesung Bundestag:	14./15. März 2019
2. Durchgang Bundesrat:	12. April 2019

Inkrafttreten: voraussichtlich 1. Mai 2019

EBM:

Abschluss Beratungen zur Weiterentwicklung (hausärztlich und fachärztlich): 30. September 2019
Inkrafttreten: 01. Januar 2020

Honorarverteilungsmaßstäbe:

Anpassung ???

Richtlinien zum Inhalt u. zur Durchführung der Prüfungen gemäß § 106d Abs. 6 SGB V:
Überarbeitung ???

Bundesmantelvertrag/Ärzte:

Aufnahme von Regelungen ???

Neue Leistungsansprüche der Versicherten nach TSVG



„§ 20j

Präexpositionsprophylaxe

(1) Versicherte mit einem substantiellen HIV-Infektionsrisiko, die das 16. Lebensjahr vollendet haben, haben Anspruch auf

1. ärztliche **Beratung** über Fragen der medikamentösen Präexpositionsprophylaxe zur Verhütung einer Ansteckung mit HIV sowie
2. **Untersuchungen**, die bei Anwendung der für die medikamentöse Präexpositionsprophylaxe zugelassenen Arzneimittel erforderlich sind.

(2) Das Nähere zum Kreis der Anspruchsberechtigten und zu den Voraussetzungen für die Ausführung der Leistungen vereinbaren die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bis zum ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des zweiten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] mit Wirkung zum ... [einsetzen: Datum des ersten Tages des vierten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] als Bestandteil der Bundesmantelverträge.

(3) Auf Grundlage der Vereinbarung nach Absatz 2 hat der Bewertungsausschuss den einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen zu überprüfen und spätestens innerhalb eines Monats nach Abschluss dieser Vereinbarung anzupassen.

(4) Versicherte nach Absatz 1 haben nach **Beratung Anspruch auf Versorgung mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln** zur Präexpositionsprophylaxe.

§ 27

„(4) Versicherte haben Anspruch auf Kryokonservierung von Ei- oder Samenzellen oder von Keimzellgewebe sowie auf die dazugehörigen medizinischen Maßnahmen, wenn die Kryokonservierung wegen einer Erkrankung und deren Behandlung mit einer keimzellschädigenden Therapie medizinisch notwendig erscheint, um spätere medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft nach Absatz 1 vornehmen zu können. Absatz 3 Satz 1 zweiter Halbsatz gilt entsprechend.“

Seltene Leistungen,
die zunächst in den EBM
aufgenommen werden müssen

← Cave!





SAPV - Chancen durch Neuregelung?

§ 132d wird wie folgt geändert:

a) Die Absätze 1 und 2 werden wie folgt gefasst:

„(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbart mit den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Hospizarbeit und Palliativversorgung auf Bundesebene unter Berücksichtigung der Richtlinien nach § 37b Absatz 3 erstmals bis zum **30. September 2019** einen **einheitlichen Rahmenvertrag über die Durchführung der Leistungen nach**

§ 37b. Den besonderen Belangen von Kindern ist durch einen gesonderten Rahmenvertrag Rechnung zu tragen. In den Rahmenverträgen sind die sächlichen und personellen Anforderungen an die Leistungserbringung, Maßnahmen zur Qualitätssicherung und die wesentlichen Elemente der Vergütung festzulegen. ...

Die Rahmenverträge sind in geeigneter Form öffentlich bekannt zu machen. Personen oder Einrichtungen, die die in den Rahmenverträgen festgelegten Voraussetzungen erfüllen, haben **Anspruch auf Abschluss eines zur Versorgung berechtigenden Vertrages mit den Krankenkassen** einzeln oder gemeinsam nach Maßgabe des Rahmenvertrages nach Satz 1 oder Satz 2 und unter Wahrung des

Gleichbehandlungsgrundsatzes. In dem Vertrag nach Satz 6 werden die Einzelheiten der Versorgung festgelegt. Dabei sind die regionalen Besonderheiten angemessen zu berücksichtigen.



Vorgaben des TSVG zur Weiterentwicklung des EBM nach § 87 SGB V



Änderungen § 87 SGB V → **Kostendegressionsvorgabe** für die Bewertung technischer Leistungen im EBM

Abs. 2 Satz 3

„Im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen sind die Bewertung der Leistungen nach Satz 1 und die Überprüfung der wirtschaftlichen Aspekte nach Satz 2, insbesondere **bei medizinisch-technischen Geräten**, unter Berücksichtigung der Besonderheiten der betroffenen Arztgruppen auf in bestimmten Zeitabständen zu aktualisierender betriebswirtschaftlicher Basis durchzuführen. ... Der Bewertungsausschuss hat die nächste Überprüfung gemäß Satz 3 und die anschließende Aktualisierung des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen spätestens bis zum ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des neunten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] mit der Maßgabe durchzuführen, **insbesondere die Angemessenheit der Bewertung von Leistungen zu aktualisieren, die einen hohen technischen Leistungsanteil aufweisen.** ...

Dabei soll die Bewertung der Leistungen mit einem hohen technischen Leistungsanteil, die in einem bestimmten Zeitraum erbracht werden, insgesamt so festgelegt werden, dass die **Punkte, die im einheitlichen Bewertungsmaßstab für diese Leistungen vergeben werden, ab einem bestimmten Schwellenwert mit zunehmender Menge sinken.**

(1.März
2020)



Wer profitiert von den neuen Regelungen ?



Vorgaben des TSVG zur Weiterentwicklung des EBM nach § 87 SGB V

Von den Krankenkassen sind folgende Leistungen und Zuschläge außerhalb vereinbarten Gesamtvergütungen mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung zu vergüten:

1. Leistungen im Rahmen der **Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit** gem. den RiLi des G-BA
2. Zuschläge nach § 87 Abs. 2b Satz 3 sowie Abs. 2c Satz 3
3. Leistungen im **Behandlungsfall**, die aufgrund der **Vermittlung durch die Terminservicestelle** nach § 75 Abs. 1a Satz 3 Nr. 1 und 3 erbracht werden, sofern es sich nicht um Fälle nach § 75 Abs. 1a Satz 8 handelt,
4. Leistungen im **Behandlungsfall** bei Weiterbehandlung eines Patienten **durch einen an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer** nach Vermittlung durch einen an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer nach § 73 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2,
5. Leistungen im **Behandlungsfall**, die gegenüber Patienten erbracht werden, die in der jeweiligen **Arztpraxis** erstmals untersucht und behandelt werden oder die mindestens zwei Jahre nicht in der jeweiligen **Arztpraxis** untersucht und behandelt wurden und
6. Leistungen im **Behandlungsfall**, die gegenüber Patienten erbracht werden, die in der **offenen Sprechstunde** ohne vorherige Terminvereinbarung gemäß § 19a Abs.1 Satz 6 der Ärzte-ZV im BMV/Ärzte nach § 82 Abs. 1 untersucht und behandelt wurden; die Vergütung außerhalb der vereinbarten Gesamtvergütungen ist auf einen **Umfang von bis zu fünf offenen Sprechstunden je Kalenderwoche** und bei einem reduzierten Versorgungsauftrag auf die jeweils anteilige Zeit offener Sprechstunden je Kalenderwoche **begrenzt**.

Vorgaben des TSVG zur Weiterentwicklung des EBM nach § 87 SGB V



Klarstellungsbedarf:

- zu 4. Auslegung bei Weitervermittlung im eigenen MVZ/BAG ?
- zu 5. Auslegung „Neupatienten“ im „Behandlungsfall“ und „Arztpraxis“ im Falle einer Behandlung durch ein MVZ/BAG ?
- zu 6. Auslegung „Leistungen im Behandlungsfall“

Differenzierung, wenn im MVZ nach TSVG extrabudgetäre und andere Leistungen in einem „Behandlungsfall“ erbracht werden?



Wie kann man von den Neuregelungen profitieren ?





Vorgaben des TSVG zur Weiterentwicklung des EBM nach § 87 SGB V

Mit Wirkung zum ... [einsetzen: Datum des ersten Tages des vierten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] sind in den einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen jeweils folgende Zuschläge aufzunehmen:

1. ein **Zuschlag auf die Versichertenpauschalen** in Höhe von 50 Prozent für eine Behandlung bis zum Ende des ersten Tages nach Ablauf der Wochenfrist nach § 75 Abs. 1a Satz 3 Nummer 1 und ein Zuschlag auf die Versichertenpauschalen in Höhe von 50 Prozent für Behandlungen in Akutfällen nach § 75 Abs. 1a Satz 3 Nr. 3,
2. ein **Zuschlag auf die Versichertenpauschalen** in Höhe von 30 Prozent für eine Behandlung vom Beginn des zweiten Tages nach Ablauf der Wochenfrist bis zum Ende des letzten Tages der ersten Woche nach Ablauf der Wochenfrist nach § 75 Abs. 1a Satz 3 Nr. 1,
3. ein **Zuschlag auf die Versichertenpauschalen** in Höhe von 20 Prozent für eine Behandlung vom Beginn des ersten Tages der zweiten Woche nach Ablauf der Wochenfrist bis zum Ende des letzten Tages der vierten Woche nach Ablauf der Wochenfrist nach § 75 Abs. 1a Satz 3 Nr. 1 sowie
4. ein **Zuschlag** in Höhe von mindestens zehn Euro für die erfolgreiche Vermittlung eines Behandlungstermins nach § 73 Abs. 1 Satz 2 Nummer

Zudem können Qualitätszuschläge vorgesehen werden, mit denen die in besonderen Behandlungsfällen erforderliche Qualität vergütet wird.



Vorgaben des TSVG zur Weiterentwicklung des EBM nach § 87 SGB V

Mit Wirkung zum ... [einsetzen: Datum des ersten Tages des vierten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] sind für die Behandlung von Patienten jeweils folgende Zuschläge auf die Grundpauschalen vorzusehen:

1. ein Zuschlag in Höhe von 50 Prozent für eine Behandlung bis zum Ende des ersten Tages nach Ablauf der Wochenfrist nach § 75 Abs. 1a Satz 3 Nr. 1 und ein Zuschlag in Höhe von 50 Prozent für Behandlungen in Akutfällen nach § 75 Abs. 1a Satz 3 Nr. 3,
2. ein Zuschlag in Höhe von 30 Prozent für eine Behandlung vom Beginn des zweiten Tages nach Ablauf der Wochenfrist bis zum Ende des letzten Tages der ersten Woche nach Ablauf der Wochenfrist nach § 75 Abs. 1a Satz 3 Nr. 1 sowie
3. ein Zuschlag in Höhe von 20 Prozent für eine Behandlung vom Beginn des ersten Tages der zweiten Woche nach Ablauf der Wochenfrist bis zum Ende des letzten Tages der vierten Woche nach Ablauf der Wochenfrist nach § 75 Abs. 1a Satz 3 Nr. 1. Mit den Zusatzpauschalen nach Satz 1 wird der besondere Leistungsaufwand vergütet, der sich aus den Leistungs-, Struktur- und Qualitätsmerkmalen des Leistungserbringers und, soweit dazu Veranlassung besteht, in bestimmten Behandlungsfällen ergibt.

Vorgaben des TSVG zum Honorar



- ~~Obligatorische regionale Zuschläge zur Sicherstellung bei eingetretener oder drohender ärztlicher Unter-versorgung~~ sowie bei zusätzlichem lokalen Versorgungsbedarf zur besonderen Unterstützung von Ärzten
- Maßnahmen zur verbindlichen Ausstattung und Erhöhung von Strukturfonds sowie Flexibilisierung im Verwendungszweck:
 - Verpflichtende Bildung eines Strukturfonds für alle Kassenärztlichen Vereinigungen
 - Verdopplung der Mittel des Strukturfonds von mindestens 0,1 % auf bis zu 0,2 % der vereinbarten Gesamtvergütung
 - Krankenkassen entrichten zusätzlich einen Betrag in gleicher Höhe in den Strukturfonds
 - Mittel sind vollständig für Fördermaßnahmen zur Sicherstellung zu verwenden
 - nicht abschließende Aufzählung möglicher Verwendungszwecke wird ergänzt um die Verwendung für Investitionskosten bei Praxisübernahmen, die Förderung von lokalen Gesundheitszentren für die medizinische Grundversorgung, die Förderung von Eigenrichtungen der KV'en, die Förderung der Erteilung von Sonderbedarfszulassungen und den Aufkauf von Arztsitzen.



Nachweis Einhaltung des Versorgungsauftrages

(für jeden Arzt des MVZ?)

Optimierung des Leistungsspektrums nach neuem EBM

(„sprechende Medizin“, Neupatienten?)

Vermeidung einer Auffälligkeit nach Zeitschienen





Überprüfung der Einhaltung des Versorgungsauftrages

- Prüfverpflichtung der KV, ob Vertragsärzte ihren Versorgungsauftrag und ihre Mindestsprechstundenzeiten einhalten, wird weiterentwickelt
- KV'en haben Einhaltung der Versorgungsaufträge künftig bundeseinheitlich insbesondere anhand der **abgerechneten Fälle** und der **im EBM enthaltenen GOP'n mit den Angaben zum Zeitaufwand** nach § 87 Absatz 2 Satz 1 zweiter Halbsatz zu prüfen
- Verpflichtung, Berichte zu den Ergebnissen der Prüfungen gegenüber den Landes- und Zulassungsausschüssen jeweils zum 30. Juni des Jahres vorzulegen
- Vorlagepflicht der Prüfberichte künftig auch bei den zuständigen Aufsichtsbehörden



Überprüfung der Einhaltung des Versorgungsauftrages

Beispiel zur bisherigen Verfahrensweise für Ärzte in MVZ (Auszug aus dem Anschreiben der KV Berlin):

gemäß § 95 Abs. 3 Satz 4 SGB V ist die Kassenärztliche Vereinigung Berlin (KV Berlin) verpflichtet, die Einhaltung aller Versorgungsaufträge zu überprüfen und die Ergebnisse, mindestens jährlich, dem Zulassungsausschuss für Ärzte und Psychotherapeuten Berlin (ZA) sowie dem Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen Berlin (LA) zu übermitteln.

In Erfüllung ihrer gesetzlichen Pflicht hat die KV Berlin die Einhaltung der Versorgungsaufträge anhand der Prüf- und Kalkulationszeit, der Fallzahl/Quartal, sowie der gemeldeten Sprechstundenzeiten/Woche überprüft. Der Versorgungsauftrag gilt als erfüllt, wenn

- die Prüf- oder Kalkulationszeit mindestens 204 Stunden im Quartal oder
- die Fallzahl im Quartal mindestens 75 % der durchschnittlichen Fallzahl der Fachgruppe betragen oder
- mindestens 20 Stunden Sprechzeit in der Woche gemeldet worden sind.

Diesen Vorgaben genügen Ihre Kalkulations- und Prüfzeiten, Fallzahlen bzw. gemeldeten Sprechzeiten in den Quartalen I/2017 – IV/2017 nicht.

Zur weiteren Prüfung werden Sie daher gebeten uns mitzuteilen, ob Umstände vorliegen, die bislang bei der Bewertung nicht berücksichtigt werden konnten. Diese können insbesondere sein:

- ein Schwerpunkt in Ihrer Praxistätigkeit, der das Leistungsgeschehen beherrscht und zur Folge hat, dass die vorbenannten Prüfkriterien nicht erfüllt sind
- besondere fachliche Spezialisierung(en)
- vertragsärztliche Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten (Notdienst)
- Teilnahme an Selektivverträgen (z.B. hausarztzentrierte Versorgung)
- nicht angezeigte Krankheits- und/oder Urlaubszeiten
- fehlerhafte Übermittlung Ihrer Sprechstundenzeiten
- Tätigkeit als Durchgangsarzt (D-Arzt)
- Teilnahme an der SAPV (spezialisierte ambulante Palliativversorgung)



Überprüfung der Einhaltung des Versorgungsauftrages

Plausibilitätsprobleme bei Prüfung nach Zeitschienen aufgrund der Struktur eines MVZ

Behandlungsfall:

- Abrechnungsausschlüsse fachgebietsgleich und fachgebietsübergreifend
- Gemeinsame Leistungserbringung mehrerer Ärzte fachgebietsgleich und fachgebietsübergreifend
- Gemeinsam erbrachte Pauschalleistungen werden als GOP nur **einem** Arzt (LANR) zugeordnet
- Gemeinsame Leistungszeiten werden **allein** dem Arzt zugeordnet, für den die GOP berechnet wird
- Gegenseitige Vertretung fachgleicher Ärzte in MVZ/BAG unter eigener LANR
- Kooperationsaufschläge auf Grundpauschalen erhöhen Prüfzeiten (!!)

Bisheriger Ausweg → Arztübergreifende Prüfung des/der MVZ/BAG:

§ 8 Abs. 6 der Richtlinien gemäß § 106d Abs. 6 SGB V

„Abweichend von Abs. 2 kann für Berufsausübungsgemeinschaften und Arztpraxen mit angestellten Ärzten/Therapeuten und medizinische Versorgungszentren die Obergrenze für das Tageszeit- bzw. Quartalszeitprofil nach Abs. 4 multipliziert werden mit der Anzahl der in der Arztpraxis tätigen Ärzte bzw. Therapeuten im Umfang ihrer Tätigkeit unabhängig vom Status.“

Überprüfung der Einhaltung des Versorgungsauftrages



Plausibilitätsprobleme aufgrund von Fehlern der Prüfsystematik nach Zeitschienen

Kassenärztliche Bundesvereinigung **KBV**

Protokollnotiz:

- (1) Im Hinblick auf die veränderte Struktur des seit dem 1. Januar 2008 gültigen EBM (Pauschalenbildung), durch welche die Aussagefähigkeit der vorhandenen Instrumente der Plausibilitätsprüfung nur noch eingeschränkt gegeben ist, werden die Vertragspartner eine Anpassung der Richtlinien hinsichtlich der Festlegung geeigneter Prüfkriterien vornehmen.
- (2) Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass die Anpassung der Richtlinien unter Berücksichtigung von Erkenntnissen der Analyse der Plausibilitätsprüfung sowie nach dem Vorliegen der Ergebnisse der „Wissenschaftlichen Begleitung zur Einführung des EBM 2008“ (Modul 1 und 2) vorgenommen wird. Dies erfolgt vorbehaltlich weiterer Regelungen, die sich ggf. aus den weiteren Erkenntnissen der „Wissenschaftlichen Begleitung zur Einführung des EBM 2008“ (Modul 3) ergeben.

Protokollnotiz zu den Richtlinien gemäß § 106 a SGB V i.d.F. ab 01.Juli 2008

EBM-Weiterentwicklung – Konzentrierte Aktion • 16.03.2018 • 13 **KBV**

2. Sachstand Methodik

Leistungsbezogener Zeitbedarf

- **Diskussionsstand:**
 - Bereits die Evaluationen des EBM 2000plus und EBM 2008 haben gezeigt, dass die sich aus der Häufigkeit der Abrechnung der einzelnen GOP und dem zugeordneten AL-Zeitbedarf ergebenden Gesamtzeiten implausibel hoch sind; die Implausibilitäten sind arztgruppenspezifisch.
 - Seinerzeit dienten die hohen Zeitsätze der Kompensation der Differenz zwischen Kalkulationspunktwert (5,1129 Cent) und den Auszahlungspunktwerten.

Folie 13 der Präsentation der KBV auf der „Konzertierten Aktion“ am 16.03.2018 in Berlin

1.7 Zeitbezogene Plausibilitätsprüfung

Die im Anhang 3 aufgeführten Kalkulationszeiten werden unter Berücksichtigung des Komplexierungs- und Pauschalisierungsgrades als Basis gemäß § 46 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) für die Plausibilitätsprüfungen vertragsärztlicher Leistungen verwendet. Bei Gebührenordnungspositionen, bei denen eine Auf- oder Abschlagsregelung vorgesehen ist, wird die Prüfzeit gemäß Anhang 3 des EBM ebenfalls entsprechend angepasst.

Allgemeine Bestimmungen des EBM



Die Prüfzeiten der EBM-Leistungs-komplexe sind vergütungsbezogen angelegt und spiegeln nicht die tatsächliche Arbeitszeit des Arztes wider



Überprüfung der Einhaltung des Versorgungsauftrages

Beispiele für sinnfreie Prüfzeiten nach Anhang 3 EBM:

09362 **Kleinchirurgischer Eingriff III im Hals-Nasen-Ohren-Mund-Bereich und/oder primäre Wundversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern im Hals-Nasen-Ohren-Mund-Bereich**

Obligatorer Leistungsinhalt

- Primäre Wundversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern im Hals-Nasen-Ohren-Mund-Bereich
- und/oder
- Entfernung von Speichelsteinen mit Gangschlitzung
- und/oder
- Anbohrung einer Stirnhöhle von außen
- und/oder
- Entfernung von Polypen aus der Paukenhöhle
- und/oder
- Galvanokaustik oder Kürettament im Kehlkopf
- und/oder
- Fensterung einer Kieferhöhle, ggf. einschl. Absaugung, einmal am Behandlungstag

04000 **Versichertenpauschale**

Obligatorer Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Allgemeine und fortgesetzte ärztliche Betreuung eines Patienten in Diagnostik und Therapie bei Kenntnis seines häuslichen und familiären Umfeldes,
- Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen, insbesondere auch mit anderen behandelnden Ärzten, nichtärztlichen Hilfen und flankierenden Diensten, Einleitung präventiver und rehabilitativer Maßnahmen sowie die Integration nichtärztlicher Hilfen und flankierender Dienste in die Behandlungsmaßnahmen,
- Erhebung von Behandlungsdaten und Befunden bei anderen Leistungserbringern und Übermittlung erforderlicher Behandlungsdaten und Befunde an andere Leistungserbringer, sofern eine schriftliche Einwilligung des Versicherten, die widerrufen werden kann, vorliegt,
- Dokumentation, insbesondere Zusammenführung, Bewertung und Aufbewahrung der wesentlichen Behandlungsdaten,
- Weitere persönliche oder andere Arzt-Patienten-Kontakte gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen,
- In Anhang 1 aufgeführte Leistungen, einmal im Behandlungsfall

Für welche Leistungsinhalte und Leistungszeiten steht hier wohl die Prüfzeit von 9 min (GOP09362) bzw. 23 oder 14 min (GOP04000) ???

Überprüfung der Einhaltung des Versorgungsauftrages



Fazit:

- TSVG verpflichtet die KV'en offensichtlich zu durchgängigen Einzelarztprüfungen in MVZ nach Zeitschienen, soweit die zugeordneten Arztfälle nicht aussagekräftig sind (Cave Behandlungsfälle)
- derzeitige Prüfzeiten von Leistungskomplexen bilden die reale Leistungszeit der Ärzte insbesondere in MVZ nicht ab



Überarbeitung der Prüfsystematik nach Zeitschienen dringend erforderlich



Klarstellung notwendig, ob das ganze MVZ, die Fachgruppe im MVZ oder der Einzelarzt die Mindestsprechstundenzahl und „offenen Sprechstunden“, ggf. mit Vorgabe der Verteilung über die Wochentage leisten soll



Änderungen bei Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfungen



- Verkürzung der Verjährungsfrist für Honorarrückforderungen von vier auf zwei Jahre ✓
- Ersatz der Zufälligkeitsprüfung durch Prüfung auf begründeten Antrag einer Krankenkasse oder KV
- Prüfung wird auf höchstens 2 % der Ärzte je Quartal begrenzt
- Richtlinien für die Prüfungen werden regionalisiert
- Prüfungen nach Durchschnittswerten sind weiterhin möglich
- In Planungsbereichen und für Fachgruppen mit Unterversorgung, drohender Unterversorgung oder mit zusätzlichem lokalen Versorgungsbedarf sind Wirtschaftlichkeitsprüfungen ausgeschlossen ✓

Änderungen bei Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfungen



„Die Festsetzung einer Nachforderung oder einer Kürzung muss für ärztliche Leistungen innerhalb von zwei Jahren ab Erlass des Honorarbescheides und für ärztlich verordnete Leistungen innerhalb von zwei Jahren ab dem Schluss des Kalenderjahres, in dem die Leistungen verordnet worden sind, erfolgen; § 45 Absatz 2 des Ersten Buches gilt entsprechend.“

Regelung zu Anträgen:

(3) Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren bis zum ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des sechsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] das Nähere zu den Voraussetzungen nach Absatz 2 in Rahmenempfehlungen. Die Rahmenempfehlungen sind bei den Vereinbarungen nach § 106 Absatz 1 Satz 2 zu berücksichtigen.

Die Praxisbesonderheiten sind vor Durchführung der Prüfungen als besonderer Versorgungsbedarf durch die Prüfungsstellen anzuerkennen, dies gilt insbesondere auch bei der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit von Besuchsleistungen.“

„(2a) Nachforderungen nach Absatz 1 Satz 2 sind auf die Differenz der Kosten zwischen der wirtschaftlichen und der tatsächlich ärztlich verordneten Leistung zu begrenzen. Etwaige Einsparungen begründen keinen Anspruch zugunsten des verordnenden Arztes. Das Nähere wird in den einheitlichen Rahmenvorgaben nach Absatz 2 vereinbart“



... noch Fragen ?



Vielen Dank für Ihr Interesse!

Frank Welz
med.concept Frankfurt (O) GmbH
Stendaler Str. 26
15234 Frankfurt (O)
☎ 0335/4011700
email f.welz@web.de

