

Hinweise zur Abrechnung der KV Baden-Württemberg

ABRECHNUNGSQUARTAL 2 / 2017

Alles Gute.



Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Sehr verehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,

mit diesem Versand erhalten Sie die Honorarabrechnung sowie die Hinweise zur Abrechnung für das Quartal 2/2017.

Nach einer Honorarsteigerung bei den Hausärzten von + 5,0 % und bei den Fachärzten von + 4,9 % im ersten Quartal 2017 sind die Steigerungsraten im zweiten Quartal aufgrund von 5 % weniger Arbeitstagen (Zusammenfall von Pfingsten und Ostern in einem Quartal) und einer damit verbundenen reduzierten Leistungsanforderung (um - 0,2 % bei den Hausärzten und - 3,7 % bei den Fachärzten) niedriger.

Auf dem Boden der erfolgreichen Honorarverhandlung für 2017 gehen wir in Bezug auf das Gesamtergebnis des Jahres 2017 jedoch davon aus, dass es sich an den Ergebnissen des ersten Quartals orientieren wird.

Herzlichst

Ihr

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'N. Metke', written over a horizontal line.

Dr. med. Norbert Metke
Vorsitzender des Vorstandes

Honorarabrechnung Quartal 2/2017

Mit diesem Honorarversand erhalten Sie den Honorarbescheid für das Quartal 2/2017 sowie die dazugehörigen Abrechnungsunterlagen. Zum besseren Verständnis geben wir Ihnen die folgenden Hinweise:

1. Für das Quartal 2/2017 werden Ihnen folgende weitere **Honorarzahlungen** im Honorarbescheid ausgewiesen, sofern Sie vom jeweiligen Sachverhalt betroffen sind und einen entsprechenden Bescheid erhalten haben:

- Härtefallzahlungen
Die aus Härtefallregelungen resultierenden Nachzahlungen sind im Honorarbescheid 2/2017 gutgeschrieben.
- Prüfergebnisse Krankenkassen
Sie erhalten mit der vorliegenden Abrechnung ggf. Belastungen für Korrekturen früherer Quartale. Im Rahmen der Übermittlung ihrer Prüfergebnisse hatten Kassen mitgeteilt, dass für bestimmte Leistungen bzw. Patienten keine Leistungspflicht bestehen würde. Zur Umsetzung dieser Angaben wurden wir verpflichtet. Die entsprechenden Berichtigungsbescheide gingen Ihnen bereits gesondert zu.
- Sonstige Korrekturen
Für die Quartale 1/2012 bis 1/2017 wurden nachträglich sachlich-rechnerische Berichtigungen, HVM- und/oder Widerspruchsentscheidungen umgesetzt. Marginale Veränderungen von +/- 1,00 Euro, die gegebenenfalls aus Rundungsdifferenzen resultieren, wurden nicht verbucht.

Honorarunterlagen zu Quartalen, in denen diese Korrekturen erfolgten, können Sie von unserem Mitgliederportal (siehe Startseite www.kvbawue.de rechts oben) mit Hilfe Ihrer persönlichen Kennung herunterladen.

2. Zum 31.12.2016 endete die besondere Förderung bestimmter **ambulanter Operationen (K-Katalog)**. Ab dem 01.01.2017 abgerechnete Gebührenordnungspositionen (GOP) mit „K“ werden deshalb KV-seitig in der Abrechnung in die entsprechenden GOP ohne „K“ umgesetzt. Jedoch hat sich der Vorstand entschlossen, als Stützungsmaßnahme letztmalig für das Jahr 2017 einen Strukturzuschlag im Zusammenhang mit ambulanten Operationen (Operationen, Anästhesien, Postoperative Behandlungskomplexe) auszus zahlen.

Der jeweilige Strukturzuschlag wird für die Quartalsabrechnungen 1 bis 4/2017 automatisch in der Abrechnung zugesetzt, wenn die maßgeblichen OPS gemäß bisherigem K-Katalog angegeben wurden.

3. Zu der auf der Abrechnungsunterlage **Kennzahlenblatt 2. Quartal 2017** ausgewiesenen Quote GKV (Quote der nicht honorierten Leistungen) geben wir Ihnen folgende weitere Erläuterungen:

Die ausgewiesene Quote stellt den prozentualen Anteil des nicht honorierten Leistungsbedarfs am angeforderten Leistungsbedarf für Ihre Praxis dar.

Dabei ist zu berücksichtigen, dass sich die RLV-/QZV-Grenzvolumen weiterhin im Rahmen einer budgetierten Gesamtvergütung (MGV) und unter dem Grundsatz eines „kalkulierbaren und planbaren Honorars“ entsprechend den Regelungen in unserem HVM auf der Basis der RLV-relevanten Fallzahlen des Vorjahresquartals berechnen. Feste Preise (100%-Auszahlung) können deshalb nur im Rahmen des Ihnen für Ihre Praxis vor Quartalsbeginn zugewiesenen RLV-/QZV-Grenzvolumens und nur bis zu den im Vorjahresquartal erbrachten RLV-relevanten Fallzahlen garantiert werden – vorausgesetzt der Leistungsbedarf wird entsprechend angefordert.

Für den über das RLV-/QZV-Grenzvolumen hinaus angeforderten Leistungsbedarf stellen die Krankenkassen keine zusätzlichen Finanzmittel für eine adäquate Honorierung zur Verfügung. Einer praxisindividuellen Fallzahlsteigerung im Abrechnungsquartal kann deshalb in Bezug auf das Honorar nicht Rechnung getragen werden und führt

zwangsläufig zu einem höheren Anteil nicht honorierter Leistungen und zu einem rückläufigen praxisindividuellen (Honorar-) Scheinwert.

Wir möchten an dieser Stelle darauf hinweisen, dass sich das Honorar einer Praxis aus mehreren Komponenten zusammensetzt. Neben den Leistungen innerhalb der MGV (RLV, QZV und Freie Leistungen – z.B. Akupunktur) sind auch die Leistungen außerhalb der MGV (sog. Einzelleistungen, die nicht einer Mengenbegrenzung unterliegen – z.B. Prävention, ambulantes Operieren, DMP) ein wichtiger Bestandteil des Honorars und müssen in die Gesamtbetrachtung des Honorarergebnisses mit einbezogen werden.

4. Als **Anlagen** zu den Hinweisen zur Abrechnung des Quartals 2/2017 finden Sie:

- Auszahlungsquoten infolge der Honorarverteilung und Mengensteuerung
- Auszahlungsübersicht 2/2017

Für weitere Fragen und Informationen stehen Ihnen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Abrechnungsberatung der KVBW gerne zur Verfügung.

Tel.: 0711/7875-3397

E-Mail: abrechnungsberatung@kvbawue.de

Ihr

Cornel-Andreas Güss

Leiter des Geschäftsbereichs Abrechnung

Aktuelle Veranstaltungstermine und sonstige Informationen erhalten Sie mit einem gesonderten Rundschreiben in Kürze!

Auszahlungsquoten infolge der Honorarverteilung und Mengensteuerung von Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) Quartal 2/2017

(1.) Quote für die Honorierung von Leistungen aus den Vergütungsvolumen für Laborleistungen, für Leistungen des organisierten Notfalldienstes, für die fachärztliche Grundversorgung und für die Leistungen der Humangenetik sowie aus Vorwegabzügen innerhalb der Versorgungsbereiche

Die von den Krankenkassen/Verbänden für die Honorarverteilung zur Verfügung gestellte MGV wird entsprechend der bundeseinheitlichen Vorgaben auf den haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich sowie die Leistungsbereiche Labor, organisierter Notfalldienst, fachärztliche Grundversorgung (PFG) und Humangenetik (Genetisches Labor) verteilt. Die Leistungsanforderungen für Labor, organisierter Notfalldienst, fachärztliche Grundversorgung sowie Humangenetik werden mit den nachstehenden Quoten honoriert.

Im Rahmen eines Vorwegabzugs honoriert werden je Versorgungsbereich die Leistungsanforderungen für belegärztliche Leistungen außerhalb Kapitel 36 EBM, im hausärztlichen Versorgungsbereich die Leistungen zur Förderung der geriatrischen und palliativen Versorgung sowie der Versorgung von Kindern mit chronischen Erkrankungen und/oder Behinderungen, im fachärztlichen Versorgungsbereich die Laborgrundpauschale für Nicht-Laborärzte (GOP 12225, 01701 EBM) und die pathologischen und zytologischen Leistungen Kapitel 19 EBM. Dabei werden die belegärztlichen Leistungen mit einer Quote von 100% honoriert. Bei den übrigen Leistungen wird das Vergütungsvolumen durch die abgerechneten und anerkannten Honoraranforderungen der betreffenden Ärzte im jeweiligen Abrechnungsquartal geteilt und ergibt die jeweilige Quote für diese Leistungen.

Versorgungsbereichsübergreifend:	Quote in %
Laborpauschalen GOP 12210, 12220 (für Fachgruppen gem. Abschnitt 12.1 und GOP 12220 EBM)	144,58
Laborwirtschaftlichkeitsbonus (GOP 32001)	100,00
GOP 32025, 32026, 32027, 32035, 32036, 32037, 32038, 32039, 32097, 32150	100,00
restliche Laborleistungen Kap. 32.2 und 32.3 EBM	91,58
Leistungen im organisierten Notfalldienst	100,00

Hausärztlicher Versorgungsbereich:	Quote in %
Kurativ-stationäre Leistungen außerhalb Kapitel 36 EBM	100,00
Geriatric/Palliativmedizin/Sozialpädiatrie	100,00

Fachärztlicher Versorgungsbereich:	Quote in %
Kurativ-stationäre Leistungen außerhalb Kapitel 36 EBM	100,00
Laborpauschalen GOP 12225, 01701 (für Fachgruppen gem. Abschnitt 12.1 und GOP 12225, 01701 EBM)	94,46
Pathologische und zytologische Leistungen Kapitel 19 EBM	79,30
Genetisches Labor – Beurteilungsleistungen (GOP 11230, 11233 bis 11236, 19402 EBM)	100,00
Genetisches Labor – Molekulargenetische Leistungen (GOP 32860 - 32864, teilweise Abschnitt 11.4, 19.4 und 32.3.15 EBM)	100,00
Pauschale für fachärztliche Grundversorgung (PFG)	87,46

(2.) Quote für abgestaffelt zu vergütende Leistungen (RLV / QZV)

Die Leistungsmengen, die das RLV und die QZV überschreiten, werden quotiert honoriert. Hierfür werden zunächst die im jeweiligen Quartal arztgruppenspezifisch über das RLV/QZV hinausgehenden Leistungen festgestellt. Im selben Quartal wird je Arztgruppe ein Honorarvolumen in Höhe

von 2% des arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumens ermittelt. Diese arztgruppenspezifischen Volumen werden durch die Summe der je Arztgruppe festgestellten Überschreitungen in Euro dividiert und ergeben die arztgruppenspezifische Auszahlungsquote für die das RLV und die QZV überschreitenden Leistungen. Die so ermittelten Auszahlungsquoten je Arztgruppe werden auf die überschreitenden Leistungen angewandt und in der Folge wird nur noch dieser Anteil mit dem vollen Orientierungspunktwert honoriert. Z.B. bedeutet dies für die Fachärzte für Augenheilkunde, dass diese Leistungen (also der über das RLV/QZV-Volumen abgerechnete Leistungsbedarf) nur noch mit einer Quote in Höhe von 78,97%, was nur noch einem Punktwert von 8,316 Cent entspricht, honoriert werden.

RLV / QZV:	Quote in %
Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, hausärztlicher Versorgungsbereich	100,00
Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	100,00
Fachärzte für Anästhesiologie	74,15
Fachärzte für Augenheilkunde	78,97
Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie und für Herzchirurgie	65,61
Fachärzte für Neurochirurgie	36,70
Fachärzte für Frauenheilkunde mit und ohne fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	63,17
Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	49,04
Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten	100,00
Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, fachärztlicher Versorgungsbereich	100,00
Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Angiologie	53,93
Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Endokrinologie	57,59
Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Gastroenterologie	90,13
Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Hämato-/Onkologie	47,34
Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie	62,72
Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie und invasiver Tätigkeit	64,12
Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Pneumologie	70,50
Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Rheumatologie	43,27
Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	97,01
Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie mit Teilnahme an der Sozialpsychiatrischen Vereinbarung	67,04
Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	23,23
Fachärzte für Nervenheilkunde und Fachärzte für Neurologie	100,00
Fachärzte für Nuklearmedizin ohne Genehmigung für MRT	45,39
Fachärzte für Nuklearmedizin mit Genehmigung für MRT	42,13
Fachärzte für Orthopädie	82,92
Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie	100,00
Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie	100,00
Fachärzte für Diagnostische Radiologie ohne Vorhaltung von CT und MRT	100,00
Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT	49,95
Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von MRT	39,88
Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT und MRT	29,29
Fachärzte für Urologie	100,00
Fachärzte für Physikalisch-Rehabilitative Medizin	50,53

(3.) Quote für die Honorierung von Leistungen außerhalb RLV/QZV („freie“ Leistungen)

Leistungen der MGV, die außerhalb der RLV vergütet werden (sog. freie Leistungen), werden ebenfalls einer Mengensteuerung unterzogen. Denn: Ein Anstieg der freien Leistungen führt zwangsläufig zu einer Verminderung der RLV, da die Geldmenge für die Leistungen der MGV insgesamt begrenzt ist und die Krankenkassen keine Nachschusspflicht haben. Durch eine Mengensteuerung der freien Leistungen stehen mehr Gelder für die RLV und QZV zur Verfügung. Die Basis für die Bildung des Finanzvolumens der freien Leistungen ist das ausbezahlte Honorar im Vorjahresquartal. Das so ermittelte Honorarvolumen wird unter Berücksichtigung der Bereinigung nach Selektivverträgen durch die angeforderte Leistungsmenge dividiert und ergibt die jeweilige Auszahlungsquote, die für einzelne Leistungsbereiche mindestens 80% beträgt (vgl. Fußnote *).

Hausärztlicher Versorgungsbereich:	Quote in %
Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, hausärztlicher Versorgungsbereich	
Akupunktur	100,00
Kleinchirurgie	100,00
Langzeit-EKG	100,00
Phlebologie	100,00
Proktologie	100,00
Richtlinienpsychotherapie	100,00
Sonographie II	100,00
Teilradiologie	100,00
Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	
Richtlinienpsychotherapie	100,00
Hyposensibilisierung	100,00

Fachärztlicher Versorgungsbereich:	Quote in %
Fachärzte für Anästhesiologie	
Akupunktur	100,00
Narkosen bei zahnärztlicher Behandlung	100,00
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	72,17
Fachärzte für Augenheilkunde	
Elektroophthalmologie	100,00
Fluoreszenzangiographie	78,36
Kontaktlinsenanpassung	100,00
Strukturpauschale für konservative Augenärzte	85,31
Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie und für Herzchirurgie	
Akupunktur	89,98
Gastroenterologie, Bronchoskopie	96,15
Phlebologie	84,68
Proktologie	84,99
Fachärzte für Neurochirurgie	
Akupunktur	64,28
Fachärzte für Frauenheilkunde mit und ohne fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	
Empfängnisregelung, Sterilisation oder Schwangerschaftsabbruch	84,35
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	74,29
Richtlinienpsychotherapie	100,00
Sonographie Brustdrüsen	82,45
Stanzbiopsie	80,00 *

Fachärztlicher Versorgungsbereich (Fortsetzung):	Quote in %
Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	
Kardiorespiratorische Polygraphie	80,10
Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten	
Dermatologische Lasertherapie	100,00
Besuche	87,72
Phlebologie	100,00
Proktologie	100,00
Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	
Gastroenterologie	93,42
Langzeit-EKG	100,00
Nuklearmedizinische Leistungen	100,00
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	100,00
Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Endokrinologie	
Nuklearmedizinische Leistungen	100,00
Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Gastroenterologie	
Gastroenterologie	90,02
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	74,07
Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Hämato-/Onkologie	
Gastroenterologie	93,80
Nuklearmedizinische Leistungen	100,00
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	78,76
Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie	
Kardiorespiratorische Polygraphie	81,02
Langzeit-EKG	86,39
Nuklearmedizinische Leistungen	100,00
Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie und invasiver Tätigkeit	
Langzeit-EKG	81,39
Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Pneumologie	
Bronchoskopie	100,00
Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Rheumatologie	
Akupunktur	100,00
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	81,36
Fachärzte für Nervenheilkunde und Fachärzte für Neurologie	
Akupunktur	100,00
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	72,67
Fachärzte für Nuklearmedizin ohne Genehmigung für MRT	
Zuschlag SPECT	74,88
Fachärzte für Orthopädie	
Akupunktur	88,70
Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie	
Phoniatrisch-pädaudiologische Leistungen	84,37

Fachärztlicher Versorgungsbereich (Fortsetzung):	Quote in %
Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT	
CT-gesteuerte Intervention	100,00
Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT und MRT	
CT-gesteuerte Intervention	78,00
Fachärzte für Urologie	
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	74,95
Stoßwellenlithotripsie	100,00
Urodynamik	99,76
Fachärzte für Physikalisch-Rehabilitative Medizin	
Akupunktur	100,00
Ärzte mit Teilnahme an der Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung	
Zuschlag schmerztherapeutische Einrichtungen (GOP 30704)	100,00
Akupunktur (GOP 30790, 30791) im Rahmen der schmerztherapeutischen Versorgung	95,90

(4.) Quote für die Honorierung von Leistungen der Arztgruppen ohne RLV

Den Honorartöpfen für nachfolgende Fachgruppen und Leistungsbereiche wird – nach Vergütung der abgerechneten und anerkannten Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM in voller Höhe – der tatsächliche Leistungsbedarf aus dem Abrechnungsquartal 2/2017 gegenübergestellt. Daraus ergeben sich die jeweiligen Quoten.

Sonstige Arztgruppen	
Ermächtigte (Krankenhaus-) Ärzte und Institute	91,69
Sonstige Arztgruppen (z.B. Nephrologen, Pathologen, Strahlentherapeuten, Laborärzte, Laborgemeinschaften, etc.), Krankenhäuser, Kliniken	94,74
Psychotherapeuten	
Nicht antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen Kapitel 35.1 (ohne GNR 35150, 35151 und 35152 EBM) und 35.3 EBM sowie restliche Leistungen von Psychotherapeuten	83,34

* Mindestquote

Auszahlungsübersicht: Gesamthonorar GKV kollektiv 1.113.451.722 €

Leistungen außerhalb der MGV 386.287.385 €

HA FA/PT

Leistg. u. Begleitlsg. § 115b
224.620 € 72.747.268 €

Ambulantes Operieren
1.016.561 € 14.774.223 €

Prävention
18.398.695 € 48.265.842 €

Psychotherapie¹
887.094 € 62.508.642 €

DMP
15.623.247 € 3.320.904 €

Belegärztliche Leistungen
33.167 € 4.487.247 €

Methadon
1.917.591 € 906.556 €

Sonstige/regionale Leistungen
23.026.778 € 118.148.950 €

Leistungen innerhalb der MGV 727.164.337 €

HA FA/PT

Labor
5.427.049 € 66.773.258 €

Organisierter Notfalldienst
4.306.859 € 19.364.502 €

RLV/QZV
255.381.907 €

RLV/QZV
272.596.224 €

FL
14.185.625 €

FL
67.497.929 €

PFG
12.223.584 €

Genetisches Labor
9.407.400 €

Hinweise:

- ohne Honorarumsätze aus Selektivverträgen, welche nicht über die KVBW abgerechnet werden
- berücksichtigt sind Leistungen gegenüber bereichseigenen und bereichsfremden Versicherten
- inkl. Dialysesachkosten, ohne Ausbildungsinstitute
- ¹ 35151, 35152, 35.2 EBM aller Arztgruppen; 35150 EBM von in § 87b Abs. 2 S. 4 SGB V genannten Arztgruppen; 22220, 23220 EBM
- FA/PT = Fachärztlicher Versorgungsbereich und psychotherapeutische Versorgung
- FL = Freie Leistungen
- GKV = Gesetzliche Krankenversicherung
- HA = Hausärztlicher Versorgungsbereich
- MGV = Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung
- PFG = Pauschale für fachärztliche Grundversorgung
- QZV = Qualifikationsgebundene Zusatzvolumen
- RLV = Regelleistungsvolumen