

Kassenärztliche Vereinigung
Baden-Württemberg

HINWEISE ZUR ABRECHNUNG DER KV BADEN-WÜRTTEMBERG

Abrechnungsquartal 3/2012

Alles Gute.

KVBW 

Sehr geehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,

zunächst darf ich Ihnen ein gutes und erfolgreiches neues Jahr 2013 wünschen.

Mit dem ersten Versand im neuen Jahr erhalten Sie die neuen Honorarunterlagen sowie die Hinweise zur Abrechnung für das Quartal 3/2012. Die Honorarabrechnung für das Quartal 3/2012 wurde erstmals unter den Rahmenbedingungen des neuen Honorarverteilungsmaßstab (HVM) durchgeführt, insbesondere mit dem Ziel der Stabilisierung der Honorare in den einzelnen Fachgruppen. Mit dem neuen HVM ab dem Quartal 3/2012 erhöht sich nicht die budgetierte Gesamtvergütung.

Die Honorarunterlagen wurden mit dem Ziel der Transparenz umgestaltet und haben ein neues Layout erhalten, welches wir Ihnen mit dieser Abrechnung neu präsentieren. Weitere wichtige Erläuterungen zum neuen Layout, Kennzahlenblatt und Anlagenverzeichnis erhalten Sie in der den Hinweisen zur Abrechnung beigefügten Anlage.

Die Honorarergebnisse für das Quartal 3/2012 fallen insgesamt sehr positiv aus, obwohl die gesetzliche Steigerung der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung (MGV) nur 1,25% beträgt. Die ersten Auswertungen zeigen in fast allen Fachgruppen ein stabiles Bild, was die Richtigkeit der Strategie des neuen HVM, nämlich „Planbarkeit und Kalkulierbarkeit durch Ende der Umverteilung in und zwischen den Fachgruppen“, bestätigt.

In den Jahren 2013 und 2014 steht uns eine mehrstufige EBM-Reform bevor, die im Vorfeld erneut leidenschaftliche Debatten um Umverteilungen entfacht hat. Nun steht fest, dass der neue EBM sowohl die hausärztliche Tätigkeit als auch die fachärztliche Grundversorgung mit ihren jeweiligen besonderen Anforderungen stärken soll. Vor diesem Hintergrund wird der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) überarbeitet, die KVBW wird sich hieran hör- und hoffentlich auch spürbar beteiligen. Auf das Ergebnis darf man gespannt sein. Wir werden aber keine Umverteilung in Art, Umfang und Struktur wie in 2008/2009 mehr akzeptieren wollen.

Die gerechteste Vergütungsform für ärztliche Leistungen bleibt weiterhin die Einzelleistungsvergütung ohne Begrenzung. Diese wird aber angesichts der parteiübergreifenden diesbezüglich konsentierten politischen Rahmenbedingungen nicht realisierbar sein. Also wird es primäre Aufgabe der KVen sein, möglichst viele Leistungen einer extrabudgetären Vergütung zu festen Preisen und ohne Mengenbegrenzung zuzuführen, was in BW heute schon bei ca. 30% der erbrachten Leistungen der Fall ist. Es wird ein gedeckelter Teil bleiben. In diesem Teil werden wir uns einer Debatte nicht entziehen können, inwiefern und insbesondere in welchem Ausmaß bei vorausgesetzt gleicher Ausbildung, Arbeitszeit und auch Investitionsnutz der Gewinn pro Arztstunde sich unterscheiden darf und auch soll. Es stellt sich nicht die Frage nach einem sozialistischen Einheitslohn, aber sehr wohl die, ob das rechte und linke Ende einer Gausschen Kurve nicht doch einer Nachbetrachtung bedarf. Dies sehr wohl ausschließlich im gedeckelten Bereich, der für einen freien Beruf nicht akzeptierbar ist, dennoch die derzeitige Realität darstellt.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr



Dr. med. Norbert Metke
Vorsitzender des Vorstands

Honorarabrechnung Quartal 3/2012

Mit diesem Honorarversand erhalten Sie den Honorarbescheid für das Quartal 3/2012 sowie die dazugehörigen Abrechnungsunterlagen. Zum besseren Verständnis geben wir Ihnen die folgenden Anmerkungen:

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

1. Für das Quartal 3/2012 werden Ihnen folgende weitere **Honorarzahungen** 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 3/2012 gutgeschrieben.
- Sonstige Korrekturen
Für die Quartale 1/2008 bis 2/2012 wurden nachträglich sachlich-rechnerische Berichtigungen, HVV- 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. Als **Anlagen** zu den Hinweisen zur Abrechnung 3/2012 finden Sie:

- Auszahlungsquoten infolge der Honorarverteilung und Mengensteuerung
- Auszahlungsübersicht 3/2012
- Erläuterungen zu den neuen Abrechnungsunterlagen

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

BD Stuttgart Tel. → 0711/7875-3397

BD Reutlingen Tel. → 07121/917-2397

BD Karlsruhe Tel. → 0721/5961-1397

BD Freiburg Tel. → 0761/ 884-4397

E-Mail: abrechnungsberatung@kvbawue.de

Ihr



Cornel-Andreas Güss

Leiter des Geschäftsbereichs Abrechnung

Auszahlungsquoten infolge der Honorarverteilung und Mengensteuerung von Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) Quartal 3/2012

(1.) Quote für die Honorierung von Leistungen aus Vorwegabzügen

Die von den Krankenkassen/Verbänden für die Honorarverteilung zur Verfügung gestellte MGV wird entsprechend der bundeseinheitlichen Vorgaben des Bewertungsausschusses auf den haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich verteilt. Im Zuge der Ermittlung des trennungsrelevanten Verteilungsvolumens werden Vorwegabzüge für Laborleistungen, für Leistungen des organisierten Notfalldienstes und für antrags- und genehmigungspflichtige psychotherapeutische Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM von in § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppen gebildet. Die Anforderungen aus diesen Leistungsreichen werden mit einer Quote von 100% honoriert.

Ebenfalls im Rahmen eines Vorwegabzuges honoriert werden je Versorgungsbereich die Leistungsanforderungen für belegärztliche Leistungen außerhalb Kapitel 36 EBM und die Laborgrundpauschale für Nicht-Laborärzte (GOP 12225 EBM) im fachärztlichen Versorgungsbereich. Dabei werden die belegärztlichen Leistungen mit einer Quote von 100% honoriert. Bei der Laborgrundpauschale für Nicht-Laborärzte wird das Vergütungsvolumen des Vorwegabzuges durch die abgerechneten und anerkannten Honoraranforderungen der betreffenden Ärzte im jeweiligen Abrechnungsquartal geteilt und ergibt die jeweilige Quote für diese Leistung.

Versorgungsbereichsübergreifend:	Quote in %
Laborleistungen	100,00
Leistungen im organisierten Notfalldienst	100,00
Antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen Abschnitt 35.2 EBM	100,00

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

Fachärztlicher Versorgungsbereich:	Quote in %
Kurativ-stationäre Leistungen außerhalb Kapitel 36 EBM	100,00
Laborgrundpauschale für Nicht-Laborärzte (GOP 12225)	98,10

(2.) Quote für abgestaffelt zu vergütende Leistungen

Die Leistungsmengen, die das RLV, die QZV und die zeitbezogene Kapazitätsgrenze Psychotherapie überschreiten, werden quotiert honoriert. Hierfür werden zunächst die im jeweiligen Quartal arztgruppenspezifisch über das RLV/QZV sowie die bis zur 1,5-fachen zeitbezogene Kapazitätsgrenze 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, die QZV und die Kapazitätsgrenze 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 nur noch mit einer Quote in Höhe von 21,71%, was nur noch einem Punktwert von 0,7609 Cent entspricht, honoriert werden.

Für die Leistungsbereiche Pathologie/Zytologie sowie die Humangenetik werden leistungsspezifische Volumen gebildet. Die im Abrechnungsquartal über das insgesamt zur Verfügung stehende leistungsspezifische Volumen hinausgehenden Vergütungen werden festgestellt. Das für abgestaffelt zu vergütende Leistungen reservierte Honorarvolumen (2% vom Vergütungsvolumen für diese Leistungsbereiche) wird durch die überschreitenden Vergütungen dividiert. Dies ergibt die Quote für die abgestaffelt zu vergütenden Leistungen.

Leistungsspezifisches Volumen:	Quote in %
Pathologische und zytologische Leistungen Kapitel 19 EBM	6,05
Humangenetische Leistungen Kapitel 11 EBM	3,26

RLV / QZV:	Quote in %
Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, hausärztlicher Versorgungsbereich	33,66
Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	57,73
Fachärzte für Anästhesiologie	15,87
Fachärzte für Augenheilkunde	21,71
Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie und für Herzchirurgie	13,70
Fachärzte für Neurochirurgie	10,51
Fachärzte für Frauenheilkunde	15,16
Fachärzte für Frauenheilkunde mit fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	8,05
Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	17,88
Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten	34,88
Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, fachärztlicher Versorgungsbereich	23,96
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie	8,17
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Endokrinologie	30,16
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie	33,88
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/ Onkologie	15,89
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie	14,39
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie und invasiver Tätigkeit	15,55
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie	17,85
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie	11,76
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Nephrologie	12,94
Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	21,51
Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie mit Teilnahme an der Sozialpsychiatrischen Vereinbarung	18,93
Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	7,33
Fachärzte für Nervenheilkunde	54,82
Fachärzte für Neurologie	20,30
Fachärzte für Nuklearmedizin ohne Genehmigung für MRT	12,34
Fachärzte für Nuklearmedizin mit Genehmigung für MRT	15,59
Fachärzte für Orthopädie	21,14
Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie	25,63
Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Anteil Richtlinie-PT von höchstens 30%	30,94
Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Anteil Richtlinie-PT von mehr als 30%	14,96
Fachärzte für Diagnostische Radiologie ohne Vorhaltung von CT und MRT	23,65
Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT	28,79
Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von MRT	7,53
Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT und MRT	9,00
Fachärzte für Urologie	41,81
Fachärzte für Physikalisch-Rehabilitative Medizin	12,98
Arztgruppen mit Kapazitätsgrenze nach §87b Abs. 2 S. 3 SGB V:	Quote in %
Leistungen, die die Kapazitätsgrenze bis zum 1,5-fachen überschreiten	76,28

(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 1. Halbjahr 2011 (zuzüglich des damaligen Bereinigungsvolumens aus Selektivverträgen). Das so ermittelte Honorarvolumen wird 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	80,00 *
Langzeit-EKG	89,66
Phlebologie	98,65
Proktologie	100,00
Richtlinienpsychotherapie	80,33
Sonographie II	94,08
Teilradiologie	100,00
Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	
Richtlinienpsychotherapie	100,00
Hyposensibilisierung	100,00

Fachärztlicher Versorgungsbereich:	Quote in %
Fachärzte für Anästhesiologie	
Akupunktur	85,94
Narkosen bei zahnärztlicher Behandlung	92,08
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	69,47
Fachärzte für Augenheilkunde	
Elektroophthalmologie	100,00
Fluoreszenzangiographie	79,01
Kontaktlinsenanpassung	97,83
Strukturpauschale für konservative Augenärzte	79,18
Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie und für Herzchirurgie	
Akupunktur	64,07
Gastroenterologie, Bronchoskopie	72,86
Phlebologie	80,20
Proktologie	80,02
Fachärzte für Neurochirurgie	
Akupunktur	85,94
Fachärzte für Frauenheilkunde	
Empfängnisregelung, Sterilisation oder Schwangerschaftsabbruch	70,83
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	64,32
Richtlinienpsychotherapie	80,00 *
Sonographie Brustdrüsen	76,46
Stanzbiopsie	80,00 *

Fachärztlicher Versorgungsbereich (Fortsetzung):	Quote in %
Fachärzte für Frauenheilkunde mit fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	
Empfängnisregelung, Sterilisation oder Schwangerschaftsabbruch	66,52
Sonographie Brustdrüsen	76,46
Stanzbiopsie	80,00 *
Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	
Kardiorespiratorische Polygraphie	71,07
Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten	
Dermatologische Lasertherapie	93,77
Besuche	100,00
Phlebologie	100,00
Proktologie	100,00
Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbe- reich angehören	
Akupunktur	100,00
Gastroenterologie	81,86
Langzeit-EKG	99,08
Nuklearmedizinische Leistungen	100,00
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	65,26
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Endokrinologie	
Nuklearmedizinische Leistungen	90,64
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie	
Gastroenterologie	83,35
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	60,09
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/ Onkologie	
Gastroenterologie	77,98
Nuklearmedizinische Leistungen	100,00
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	62,49
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie	
Kardiorespiratorische Polygraphie	69,75
Langzeit-EKG	92,21
Nuklearmedizinische Leistungen	61,89
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie und invasiver Tätigkeit	
Herzkatheteruntersuchung inkl. Beobachtungs- und Betreuungsleistungen	80,00 *
Langzeit-EKG	76,43
Serienangiographie inkl. Beobachtungs- und Betreuungsleistungen	86,72
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie	
Bronchoskopie	100,00
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie	
Akupunktur	81,07
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	62,47
Fachärzte für Nervenheilkunde	
Akupunktur	85,94
Fachärzte für Neurologie	
Akupunktur	100,00
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	62,61

Fachärztlicher Versorgungsbereich (Fortsetzung):	Quote in %
Fachärzte für Nuklearmedizin ohne Genehmigung für MRT	
Zuschlag SPECT	75,95
Fachärzte für Orthopädie	
Akupunktur	85,94
Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie	
Phoniatriisch-pädaudiologische Leistungen	78,97
Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT	
CT-gesteuerte Intervention	58,85
Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT und MRT	
CT-gesteuerte Intervention	58,92
Fachärzte für Urologie	
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	64,70
Stoßwellenlithotripsie	80,00 *
Urodynamik	100,00
Zystoskopie	98,91
Fachärzte für Physikalisch-Rehabilitative Medizin	
Akupunktur	85,94
Ärzte mit Teilnahme an der Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung	
Zuschlag schmerztherapeutische Einrichtungen (GOP 30704)	86,10
Akupunktur (GOP 30790, 30791) im Rahmen der schmerztherapeutischen Versorgung	85,94

(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 3/2012 gegenübergestellt. Daraus ergeben sich die jeweiligen Quoten.

Sonstige Arztgruppen	
Ermächtigte (Krankenhaus-) Ärzte und Institute	80,00 *
Sonstige Arztgruppen (z.B. Pathologen, Strahlentherapeuten, Laborärzte, Laborgemeinschaften, etc.) Krankenhäuser, Kliniken	80,00 *
Psychotherapeutisch Tätige mit Kapazitätsgrenze	
Nicht antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen Kapitel 35.1 und 35.3 EBM sowie restliche Leistungen von Arztgruppen mit Kapazitätsgrenze nach § 87b Abs. 2 S. 3 SGB V	76,70

* Mindestquote

GKV-Abrechnung 3/2012 - KVBW - bereichseigene und bereichsfremde Kassen¹⁾

932.374.004,25 € (einschließlich Leistungen außerhalb MGW, inkl. Dialysesachkosten, exkl. Ausbildungsinstitute)

Vorwegabzug von der MGW		org. Notfalldienst		Labor	
Hausärzte Fachärzte und Psychotherapeuten	75.781,14 €	6.175.107,60 €	8.047.702,13 €		
	41.456.030,66 €	14.666.563,45 €	60.009.039,21 €		
morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) 688.138.720,21 €					
Leistungen außerhalb RLV nach Hausarzt-/Facharzt-Trennung		freie Leistungen			
Hausärzte Fachärzte und Psychotherapeuten	6.045.943,22 €	68.958.367,71 €			
Leistungen innerhalb RLV (inkl. QZV)		RLV-/QZV-Leistungen			
Hausärzte Fachärzte und Psychotherapeuten	235.544.764,79 €	247.159.420,31 €			
Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (a MGW) 244.235.284,04 €					
Leistungen im Rahmen besonderer Verträge (z. B. DMP, etc.)		Sonstige, regional vereinbarte Leistungen		Belegärztliche (kurativ-stationäre) Leistungen	
Hausärzte Fachärzte und Psychotherapeuten	13.298.794,90 € 2.798.929,50 €	13.503.110,93 € 87.070.707,83 €	243.402,19 € 5.855.223,18 €	Ambulantes Operieren Kapitel 31, GNRn 13421 bis 13431 sowie 04514, 04515, 04518 und 04520 1.310.879,66 € 53.170.475,06 €	
Prävention: Leistungen der Abschnitte 1.7.1 bis 1.7.4		Strahlentherapie		Leistungen der künstlichen Befruchtung	
Hausärzte Fachärzte und Psychotherapeuten	14.707.057,08 € 38.437.927,19 €	22.934,36 € 11.052.375,80 €	0,00 € 663.158,74 €	Methadon 1.388.398,43 € 711.909,18 €	

1) Auswertung nach Abzug HzV-Bereinigung

Kassenärztliche Vereinigung
Baden-Württemberg

NEUE HONORARUNTERLAGEN

Stand: 3. Quartal 2012

Hinweis:
Auf der Rückseite finden Sie Ihre Ansprechpartner

Alles Gute.

KVBW 

SIE HABEN FRAGEN ZU IHREN HONORARUNTERLAGEN ODER ZUM EBM?

Ihre Ansprechpartner zu diesem Thema auf einen Blick:

Bezirksdirektion	Telefon
BD Karlsruhe Abrechnungsberatung Keßlerstraße 1 76185 Karlsruhe	0721 / 5961 – 1397
BD Reutlingen Abrechnungsberatung Haldenhausstraße 11 72770 Reutlingen	07121 / 917 - 2397
BD Stuttgart Abrechnungsberatung Albstadtweg 11 70567 Stuttgart	0711 / 7875 - 3397
BD Freiburg Abrechnungsberatung Sundgaullee 27 79114 Freiburg	0761 / 884 - 4397
Sie können Ihre Fragen auch per Email an folgende Adresse richten: abrechnungsberatung@kvbawue.de	

Was ist neu an den Honorarunterlagen?

In unserem Dezember Rundschreiben hatten wir bereits über das Ziel der KVBW berichtet, mehr Transparenz in den Abrechnungsunterlagen zu schaffen. Um die Informationen über die Honorarabrechnung für Sie übersichtlicher zu gestalten, erhalten Sie ab sofort Ihre praxisspezifischen Honorardaten im neu entwickelten Layout.

Die wichtigste Änderung ist das neue **Kennzahlenblatt**. Es ermöglicht Ihnen einen schnellen Überblick über die Entwicklung Ihrer Praxisdaten im Zeitablauf, z.B. über das vergütete Honorar, die Scheinzahl und den Scheinwert. Diese Kennzahlen sind tabellarisch und grafisch im Vergleich der letzten Quartale aufbereitet.

Der **Honorarbescheid** mit der Kerninformation über die Zahlungsströme bleibt nahezu unverändert. Das Schriftbild der Abschlags- und Schlusszahlungen wurde zur besseren Lesbarkeit hervorgehoben.

Neben Kennzahlenblatt und Honorarbescheid übersenden wir Ihnen weiter die rechtlich notwendigen Anlagen zum Honorarbescheid, ergänzt um Informationen zu Ihren Verwaltungsdaten. Diese ersehen Sie aus einer neuen Übersicht, dem **Anlagenverzeichnis**. Hier werden die Unterlagen aufgeführt, die speziell auf Ihre Praxis zutreffen und Ihnen in Papierform vorliegen. Weitergehende Informationen können Sie im Mitgliederportal abrufen. Den Umfang Ihres Abrechnungspakets haben wir damit reduziert und die Übersichtlichkeit erhöht.

Die Anlagen sind nummeriert und erleichtern Ihnen so die Übersicht und die Kommunikation mit Ihrer KV, falls es Fragen dazu geben sollte.

Ein erster Schritt ist getan! Wir sind der Überzeugung, dass Sie damit einen schnelleren Blick auf die für Sie wirklich relevanten Informationen erhalten. Für die Zukunft haben wir uns vorgenommen, den Postversand weiter zu reduzieren und auf das Kennzahlenblatt, den Honorarbescheid und ein Verzeichnis aller im Portal abrufbarer Unterlagen zu beschränken. Alle Abrechnungsunterlagen stellen wir natürlich weiterhin im Mitgliederportal zur Verfügung.

Ihre kompletten Unterlagen, sowohl die per Post zugestellten, als auch weitere wie z.B. Gebührennummernübersichten können Sie schon jetzt über Ihren persönlichen Zugang zum Mitgliederportal der KVBW aufrufen.

Die folgenden Seiten enthalten ergänzende Erläuterungen zu den drei oben genannten Dokumenten.

Kennzahlenblatt

Kennzahlenblatt 3. Quartal 2012

BSNR:

Honorar- und Scheinzahrentwicklung GKV

		Quartal 3/2011	4/2011	1/2012	2/2012	3/2012
Honorar						
Angefordert	^(1.)	59.780,60 €	64.966,72 €	63.016,34 €	63.652,22 €	58.651,96 €
Vergütet		56.728,37 €	59.764,88 €	57.595,06 €	59.331,74 €	58.542,84 €
Nicht vergütet	^(2.)	3.052,23 €	5.201,84 €	5.421,28 €	4.320,48 €	109,12 €
Entspricht Quote	^(3.)	5,1%	8,0%	8,6%	6,8%	0,2%
Scheinzahl		1.035	994	951	1.012	970
Scheinwert		54,81 €	60,13 €	60,56 €	58,63 €	60,35 €
Zahlungen		Ihre Daten zu den Abschlags- und Schlusszahlungen entnehmen Sie bitte der Folgeseite				

Erläuterung der wichtigsten Begriffe

- **GKV**
Gesetzliche Krankenversicherung
- **Angefordert**
Eurobetrag der insgesamt abgerechneten Leistungen (nach Anwendung der EBM Regelungen)
- **Nicht vergütet**
Eurobetrag, der aufgrund von Regelungen der Honorarverteilung, wie Mengenbegrenzungen durch RLV oder sonstiger Quotierung, nicht ausgezahlt wird
- **Quote**
In % ausgedrückter Anteil des nicht vergüteten Honorars
- **Scheinzahl:**
Anzahl der GKV-Patienten Ihrer Praxis
- **Scheinwert:**
Ausgezahltes Honorar pro GKV-Patient (vergütetes Honorar dividiert durch Scheinzahl)

Honorarbescheid

Datum:
Betriebsstätten-Nr.: 999999999
Honorarabrechnungs-Nr.: 999999999

Seite: 1 von 1

Honorarbescheid Quartal 3/2012

Datum	Buchungstext	LQ	Belastung €	Gutschrift €
31.09.2012	Honorar GKV	4/10		1.000,00
31.12.2012	Honorar GKV	3/12		52.000,00
31.12.2012	Honorar Sonstige Kostenträger	3/12		3.000,00
	Summe Honorare Brutto GKV/SKT			56.000,00
31.09.2012	Verwaltungskosten (DTA) 2,54 %	4/10	25,40	
31.12.2012	Verwaltungskosten (DTA) 2,54 %	3/12	1.346,20	
31.12.2012	Sicherstellungsumlage 0,05 %	3/12	26,50	
	Zwischensumme Honorar GKV/SKT		1.398,10	56.000,00
	Nettohonorar			54.601,90
25.07.2012	Abschlagszahlung Juli 2012		15.000,00	
25.08.2012	Abschlagszahlung August 2012		15.000,00	
26.09.2012	Abschlagszahlung September 2012		15.000,00	
	Summe Zahlungen GKV/SKT		45.000,00	
16.01.2013	Schlusszahlung 3/2012		9.601,90	
	Gesamtsumme		56.000,00	56.000,00

Dieser Honorarbescheid wurde maschinell erstellt und ist ohne Unterschrift gültig.

Allgemeiner Hinweis:

Die Ausweisung und Auszahlung der Honorare aus Direktverträgen erfolgt getrennt.
Die Honorarabrechnung steht unter dem Vorbehalt folgender nachträglicher Korrekturen aufgrund:
- sachlich/rechnerischer Richtigstellungen sowie Maßnahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung
- von Verträgen nach §§ 73b, 73c, 140a ff. SGB V

Rechtsbehelfsbelehrung:

Gegen diesen Bescheid kann innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe schriftlich oder zur Niederschrift bei der Kassenzufälligen Vereinigung Baden-Württemberg, Bezirksdirektion Stuttgart, Albstadtweg 11, 70567 Stuttgart, Widerspruch erhoben werden.

Erläuterung der wichtigsten Begriffe

- Die **Honorarabrechnungsnummer** gibt Auskunft über die Zuordnung zum Praxiskonto und der entsprechenden Bankverbindung. Bei Veränderungen innerhalb der Praxis kann sich die Honorarnummer ändern. Eventuell werden dann in einem Quartal Honorarbescheide mit unterschiedlichen Honorarnummern an den gleichen Teilnehmer zugestellt
- Unter **Gutschrift** sind die einzelnen Beträge des von der KV berechneten Honorars aufgeschlüsselt nach **gesetzlicher Krankenversicherung (GKV)** und **sonstigen Kostenträgern (SKT** = z.B. Bundeswehr, Polizei, Auslandsabkommen, Asylbewerber usw.) mit Angabe des Leistungsquartals (**LQ**) dargestellt.
- Unter **Datum** werden die verschiedenen Buchungsdaten aufgelistet.
- Unter **Belastung** werden verschiedene Positionen, die vom berechneten Honorar abgezogen werden, wie z.B. Verwaltungskosten, Notfalldienstumlagen, Gebühren für Kursbelegungen oder Praxisstempel usw. aufgeführt.
- Die **Abschlagszahlungen** stellen die monatlichen Vorauszahlungen dar, in der Regel berechnet aus 25% des Vorjahresquartals-Honorars der Praxis je Monat.
- Die **Schlusszahlung** beinhaltet das Ergebnis der Verrechnung von „Gutschrift“ und „Belastung“, bzw. die Ausweisung einer Überzahlung (falls Abzüge und Abschlagszahlungen höher waren als das berechnete Honorar). Die Abschlagszahlungen sowie die Schlusszahlung können Sie mit Ihren Bankdaten abgleichen.
- Die **Rechtsbehelfsbelehrung** beinhaltet eine 1monatige Einspruchsfrist

Anlagenverzeichnis

Anlage	Bezeichnung
1	Honorarzusammenstellung
2	Berechnung zur Höhe des Regelleistungsvolumen
3	Abrechnungsnachweis Regelleistungsvolumen
4	Abrechnungsnachweis Leistungsspezifisches Honorarvolumen
5	Abrechnungsnachweis Kapazitätsgrenze
6	Richtigstellungsbescheid
7	Berechnung zum Wirtschaftlichkeitsbonus
8	Berechnung zur Laborgrundpauschale
9	Berechnung zur dermatologischen Lasertherapie
10	Berechnung zur Schmerztherapie
11	Berechnung zur Sozialpsychiatrie
12	Leistungsbegrenzung § 101 SGB V
13	Nachweis Sachleistungen Arzt
14	Nachweis Summe Sachleistungen Krankenhaus
15	Nachweis Sachleistungen Krankenhaus
16	Kürzung bei Nichterfüllung der Fortbildungsverpflichtung (§ 95d SGB V)
17	Nachweis über Korrekturen im Honorarbescheid
18	Bescheid über Korrekturen Praxisgebühr

Erläuterung:

Jede Anlage zum Honorarbescheid hat eine fest zugeordnete Nummer. Im beigefügten Beispiel sind alle Anlagen aufgeführt. Da für Ihre Praxis jedoch nur ein Teil dieser Anlagen relevant ist, bekommen Sie ein praxisspezifisches Anlagenverzeichnis. Darin sind nur die für Sie zutreffenden Dokumente aufgeführt. Die Nummerierung ist deshalb in der Regel nicht fortlaufend.