

Erläuterungen zu den Abrechnungs-unterlagen

KVBW
Kassenärztliche Vereinigung
Baden-Württemberg

Inhalt

3 Einführung

4 Glossar

GENERELLE UNTERLAGEN

12 Honorarbescheid
14 Kennzahlenblatt
16 Honorarzusammenstellung
22 Berechnung zur Höhe des Regelleistungsvolumens
26 Abrechnungsnachweis Regelleistungsvolumen
28 Richtigstellungsbescheid
32 Berechnung zur Vergütung des Wirtschaftlichkeitsbonus
34 Honorarzusammenstellung Gebührenordnungspositionen Ⓜ
36 Gebührennummernübersicht nach EBM vor HVM

ANLAGEN FÜR BESONDERE SACHVERHALTE

42 Honorarzusammenstellung Notfalldienst
44 Honorarbescheid Notfalldienst
46 Ermittlung der extrabudgetär zu vergütenden offenen Sprechstunde nach dem TSVG Ⓜ
48 Berechnung zur Schmerztherapie
50 Berechnung zur Sozialpsychiatrie
52 Leistungsbegrenzung gem. §101 SGB V
54 Nachweis über Korrekturen im Honorarbescheid
56 Kürzung bei Nichterfüllung der Fortbildungsverpflichtung
58 Berechnung zur Bewertung GOP 03040 bzw. 04040 EBM Ⓜ
62 Bewertung Gesprächsbudget GOP 03230(V) bzw. 04230(V) / 04231(V) EBM Ⓜ
64 Berechnung der Bewertungen GOP 35571, 35572 und 35573 EBM Ⓜ
66 Berechnung zur Bewertung GOP 03060 / 03061 EBM Ⓜ
68 Anbindung an die Telematikinfrastruktur
69 Erstausstattung Pauschalen und laufende Betriebskosten Telematikinfrastruktur

70 Impressum

Ⓜ = Honorarunterlagen, die ausschließlich im Dokumentenarchiv des Mitgliederportals der KVBW zu finden sind

Erläuterungen Abrechnungsunterlagen

Jedes Quartal sendet die KVBW Ihnen den Honorarbescheid samt einer Vielzahl von ergänzenden Unterlagen zu – insgesamt ein umfangreiches Paket mit zahllosen Angaben und Informationen. Die Bestimmungen des EBM, SGB V und des regionalen Honorarverteilungsmaßstabs, nach denen das Honorar berechnet wird, sind in den vergangenen Jahren immer komplexer geworden, so dass es für einzelne Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten kaum mehr nachvollziehbar ist, wie sich ihr Honorar zusammensetzt.

Die KVBW hat daher diese Publikation erarbeitet, in der die einzelnen Bestandteile des Honorarbescheides sowie die Anlagen erläutert und die jeweiligen Berechnungsschritte nachvollzogen werden. Aus den Angaben können Sie hilfreiche Hinweise entnehmen, die für die Praxisführung wichtig sind.

Im Dokumentenarchiv des Mitgliederportals finden Sie alle Honorarunterlagen. Ein Teil der Unterlagen, die hier erläutert werden, wird Ihnen per Post zugeschickt, einen Teil finden Sie ausschließlich im Dokumentenarchiv der KVBW (im Folgenden mit Ⓜ gekennzeichnet). Nicht alles, was in dieser Broschüre erläutert wird, trifft auch auf jeden Arzt oder Psychotherapeuten zu, einige Anlagen ergeben sich aus der jeweiligen Praxiskonstellation. Welche Anlagen speziell auf Ihre Praxis zutreffen, ersehen Sie aus dem Anlagenverzeichnis, das Ihrem individuellen Honorarbescheid beigefügt ist.

An den Anfang der Broschüre haben wir ein Glossar gestellt, das Ihnen die verwendeten Abkürzungen erläutert. Die eigentlichen Erläuterungen werden dadurch kürzer und lesbarer.

Glossar

Auf den folgenden Seiten finden Sie allgemeine Erklärungen zu den wichtigsten Begriffen und Abkürzungen im Zusammenhang mit der Honorarabrechnung.

§115b (ambulante Operationen / Begleitleistung)

Das ambulante Operieren und sogenannte stationsersetzende Eingriffe sind in Art und Umfang in einem Vertrag zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), dem Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft geregelt (AOP-Katalog). Gesetzliche Grundlage ist §115b SGB V. In Baden Württemberg werden diese Leistungen extrabudgetär zu 100% (Einzelleistung) vergütet. Zusätzlich können die sogenannten Begleitleistungen zu einer gemäß AOP-Katalog durchgeführten Leistung ebenfalls als Einzelleistung vergütet werden. Hierfür ist es notwendig, dass für diese in direktem Zusammenhang stehenden Begleitleistungen ein gesonderter (duplizierter) Schein mit Angabe der Pseudo-GOP 88115 angelegt wird. Außerdem muss auch der Prozedurenschlüssel (OPS) der zugrunde liegenden 115b-Leistung eingetragen werden. Begleitleistungen sind die Leistungen aller Ärzte (Operateur, Zuweiser, Weiterbehandler), die direkt zur Durchführung der eigentlichen § 115b-Leistung führen oder auf Grund dieser notwendig werden.

Anpassungsfaktor nach Altersklassen

Anhand eines arztindividuellen Faktors wird die Altersstruktur der Praxis in die Ermittlung des RLV einbezogen. Die Berechnung erfolgt nach den Vorgaben des Bewertungsausschusses.

Arztfall

Umfasst die Behandlung desselben Versicherten durch denselben Arzt unabhängig von der Betriebs- oder Nebenbetriebsstätte.

Arztgruppenfall

Relevant bei allen TSVG-Konstellationen. Er umfasst alle Leistungen, die von derselben Arztgruppe in derselben Arztpraxis innerhalb desselben Quartals bei einem Versicherten ambulant zulasten derselben Krankenkasse durchgeführt wurden. Die Arztgruppen beziehen sich auf die jeweiligen EBM-Kapitel beziehungsweise in Kapitel 13 auf die jeweiligen Unterabschnitte.

BAG-Aufschlag auf das RLV

Fachgleiche / schwerpunktgleiche Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) – gleicher Standort:
Bei fachgleichen/schwerpunktgleichen BAG und Praxen mit angestellten Ärzten (mit und ohne Leistungsbeschränkung) wird das RLV um 10 Prozent erhöht.

Fach- und schwerpunktübergreifende BAG – gleicher Standort:
Fach- und schwerpunktübergreifende Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinische Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten, in denen mehrere Ärzte unterschiedlicher Arztgruppen tätig sind, erhalten ebenfalls eine Erhöhung von 10 Prozent. Bei hoher Anzahl von gemeinsam behandelten Patientinnen und Patienten (RLV-relevant, VJQ) kann ein Kooperationsgrad von maximal 20 Prozent erreicht werden.

Kooperationsgrad (KG) in Prozent	Anpassungsfaktor in Prozent
0 bis unter 15	10
15 bis unter 20	15
20 und größer	20

BAG – verschiedene Standorte:
Diese Praxen erhalten grundsätzlich keinen Aufschlag auf das RLV. Sofern jedoch an einem Standort innerhalb einer standortübergreifenden BAG, MVZ und Praxis mit angestellten Ärzten mehrere Ärzte gleicher oder unterschiedlicher Arztgruppen niedergelassen sind, wird das RLV eines jeden Arztes an diesem Standort um 10 Prozent erhöht.

Behandlungsfall

Umfasst die gesamte Behandlung eines Patienten innerhalb eines Quartals durch dieselbe Arztpraxis (Einzelpraxis, BAG, MVZ) zu Lasten desselben Kostenträgers.

Betriebsstättennummer (BSNR)

Neunstellige Nummer, die im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung den Ort der Leistungserbringung (Betriebsstätte) eindeutig identifiziert. Weitere Orte der Leistungserbringung werden mit einer Nebenbetriebsstättennummer (NBSNR) belegt.

Einzelleistungen (außerhalb RLV und außerhalb MGV)

Leistungen, die nicht dem RLV und nicht der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) unterliegen und damit auch den allgemeinen RLV-Topf nicht belasten, wie z.B. Prävention und ambulantes Operieren. Eine vollständige Auflistung finden Sie kvbawue.de » Praxis » Abrechnung & Honorar » Arzthonorare » Einzelleistungen.

Fallwertabstaffelung

Beim RLV für eine Facharztpraxis werden nicht alle Fälle gleichmäßig berücksichtigt. Rechnet ein Arzt mehr als 200 Prozent der durchschnittlichen Fallzahl der Fachgruppe ab, wird der Fallwert für die Fälle über dieser Grenze um 50 Prozent gemindert.

Freie Leistungen (außerhalb RLV und innerhalb MGV)

Leistungen, die der MGV unterliegen und damit die Fachgruppentöpfe belasten, jedoch beim Arzt individuell außerhalb des RLV vergütet werden, wie z.B. Akupunktur. Es erfolgt je nach Anforderung eine quotierte Vergütung. Die je Quartal geltenden Quoten werden gesondert veröffentlicht. Eine vollständige Auflistung finden Sie auf kvbawue.de » Praxis » Abrechnung & Honorar » Arzthonorare » Freie Leistungen.

Gebührenordnungsposition (GOP)

Gebührennummer lt. EBM oder vertraglichen Regelungen

GKV

Gesetzliche Krankenversicherung

Honorarverteilungsmaßstab (HVM)

Der HVM regelt die Verteilung der Honorare für die ver-schiedenen Arztgruppen. Hier finden sich die Regelungen für mengenbegrenzende Maßnahmen (z.B. RLV, Quotierung von Freien Leistungen).

Kopfpauschale (Notfalldienst)

Zur Finanzierung des ärztlichen Notfalldienstes wird gemäß Statut zur Notfalldienstordnung der KVBW von allen Ärzten und Psychotherapeuten eine monatliche umsatzunabhängige Kopfpauschale einbehalten. Die Höhe der Pauschale wird von der Vertreterversammlung der KVBW bestimmt.

Lebenslange Arztnummer (LANR)

Neunstellige Nummer, die von der KV an jeden Arzt und Psychotherapeuten vergeben wird, der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnimmt. Sie ist für jeden kassenärztlich tätigen Arzt/ Psychotherapeuten in Deutschland gesetzlich vorgeschrieben. Jede abgerechnete Leistung ist mit der LANR des Leistungserbringers zu kennzeichnen.

Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV)

Die von den Krankenkassen an die Kassenärztliche Vereinigung mit befreiender Wirkung entrichtete Gesamtvergütung orientiert sich an der Veränderung der Morbidität der Versicherten, daher morbiditätsbedingte Gesamtvergütung.

NäPa

In Hausarztpraxen können zur Unterstützung des Arztes speziell qualifizierte, nichtärztliche Praxisassistenten (NäPa) angestellt werden. Die Krankenkassen fördern diese Praxen mit zusätzlichem Honorar, so können die entsprechenden Ausgaben für Weiterbildung, höhere Personalkosten und besondere Praxisausstattung wie Mobiltelefon und Auto für Hausbesuche, kompensiert werden. Die Anstellung nichtärztlicher Praxisassistenten muss von der KVBW genehmigt werden. Da insbesondere Hausarztpraxen gefördert werden sollen, die viele, bzw. viele ältere Patienten betreuen, ist für die Genehmigung das Erreichen einer bestimmten Mindestanzahl von Behandlungsfällen nötig. Selektivvertragliche Fälle werden für diese Mindestfallzahl mit berücksichtigt. Darüber hinaus müssen für die NäPa bestimmte Qualifikationen nachgewiesen werden. Die Hausbesuche der NäPa werden über zwei Gebührenordnungspositionen (Hausbesuch GOP 03062 und Mitbesuch GOP 03063) abgerechnet. Für die strukturelle Förderung wird die GOP 03060 sowie der Zuschlag 03061 von der KVBW

automatisch zugesetzt. Diese sind aber auf eine bestimmte Anzahl von Behandlungsfällen (Höchstwert) begrenzt. Bei Praxen, die an Selektivverträgen gem. §73b SGB V teilnehmen, verringert sich dieser Höchstwert, entsprechend der Anzahl der selektivvertraglichen Behandlungsfälle.

Nebenbetriebsstättennummer (NBSNR)

Weitere Orte der Leistungserbringung in Bezug auf eine Hauptbetriebsstätte (BSNR)

Notfalldienst (NFD)

Für Patientinnen und Patienten wurde der Notfalldienst zur besseren Abgrenzung gegenüber der Notaufnahme in den Ärztlichen Bereitschaftsdienst (ÄBD) umbenannt. In Abrechnungsunterlagen findet weiterhin der ursprüngliche Begriff Anwendung. Für bessere Vergleichbarkeit wird in dieser Broschüre deshalb die Bezeichnung Notfalldienst verwendet.

QZV-Honorarvolumen

Für definierte Leistungen (z.B. Polysomnographie) wird ein arztbezogenes Honorarvolumen gebildet. Die Berechnung erfolgt auf Basis einer spezifischen Quote und des arztindividuellen Leistungsbedarfs. Für die Vergütung der Leistungen der Fachgruppe wird ein eigener Honoraranteil gebildet. Dieser Anteil wird ins Verhältnis gesetzt zum abgerechneten und anerkannten Leistungsbedarf des Vorjahresquartals. Mit dieser Quote wird der arztindividuell abgerechnete und anerkannte Leistungsbedarf aus dem Vorjahresquartal multipliziert. Hieraus ergibt sich das arztindividuelle QZV-Honorarvolumen.

Qualifikationsgebundene Zusatzvolumen (QZV)

Für definierte Leistungen (z.B. Sonographie) wird ein zusätzliches Honorarvolumen bereitgestellt. Diese QZV errechnen sich aus der Multiplikation der individuell anerkannten und mit der Zuweisung des RLV mitgeteilten Fallzahl des Vorjahresquartals, mit den Eurobeträgen je QZV.
Anspruch auf ein QZV besteht, wenn die zutreffende Gebiets- oder Schwerpunktbezeichnung geführt wird oder wenn die erforderliche Genehmigung der KVBW zur Erbringung und Abrechnung der spezifischen Leistungen des QZV vorliegt. Das RLV sowie QZV wird gegenseitig verrechnet. Die QZV werden bei einer BAG nur für die Teilnehmer

der Praxis berechnet, die eine entsprechende Genehmigung haben. Das bedeutet: Hat nur ein Teilnehmer die Genehmigung, werden die ihm zugestandenen Fälle aus dem Vorjahresquartal (siehe Zuweisungsmitteilung zum RLV) für die Berechnung des QZV herangezogen. Eine vollständige Auflistung finden Sie auf kvbawue.de » Praxis » Abrechnung & Honorar » Arzthonorare » QZV.

Regelleistungsvolumen (RLV)

Um bei beschränkt zur Verfügung stehenden Mitteln eine übermäßige Ausdehnung der einzelnen Praxis zu verhindern, wurde das Regelleistungsvolumen (RLV) eingeführt. Die abgerechneten EBM-Leistungen unterliegen je Arzt und Quartal einer Begrenzung: dem Regelleistungsvolumen. Die abgerechnete Leistungsmenge, die diese Begrenzung überschreitet, wird quotiert vergütet. Die Höhe des RLV ergibt sich aus der Multiplikation des arztgruppenspezifischen RLV-Fallwerts mit der individuellen Fallzahl des Arztes aus dem Vorjahresquartal und wird somit jedes Quartal neu errechnet. Angestellte Ärzte werden gemäß ihrer Anstellung berücksichtigt. Jobsharing-Partner erhalten kein eigenes RLV. Das RLV sowie QZV wird gegenseitig verrechnet.

RLV-Fallwert

Der Fallwert ist der durchschnittliche, arztgruppenspezifische Wert eines Behandlungsfalles für den Vertragsarzt in Euro. Er bezieht sich ausschließlich auf die Leistungsbereiche, die dem RLV unterliegen, und wird je Quartal neu berechnet

RLV-relevante Fallzahl

Für die Ermittlung des Regelleistungsvolumens sind alle kurativ-ambulanten Behandlungsfälle (des Vorjahresquartals) relevant. Hiervon ausgenommen sind Fälle des organisierten Notfalldienstes, reine Kostenfälle und Überweisungen zu Probeuntersuchungen oder zur Befundung dokumentierter Untersuchungsergebnisse.

Sicherstellungsumlage

Zur Sicherstellung des organisierten Notfalldienstes wird gemäß Statut zur Notfalldienstordnung der KVBW eine prozentuale, umsatzabhängige Sicherstellungsumlage erhoben. Die Höhe des Prozentsatzes wird von der Vertreterversammlung

der KVBW bestimmt und bezogen auf die über die KVBW abgerechnete Vergütung aus ärztlicher/psychotherapeutischer Tätigkeit berechnet.

Sonstige Kostenträger (SKT)

Leistungsträger, die außerhalb der gesetzlichen Krankenkassen medizinische Leistungen bezahlen. Im Abrechnungsverkehr mit der KV stehen davon: Sozialhilfe (einschließlich Asylbewerberleistungsgesetz), Polizei, Bundespolizei, Bundeswehr, EU/Zwischenstaatliches Abkommen, Bundesentschädigungsgesetz.

Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch (SGB V)

Hierin sind alle Bestimmungen zur gesetzlichen Krankenversicherung zusammengefasst.

Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG)

Patienten sollen schneller Termine beim Arzt oder Psychotherapeuten bekommen. Das ist ein Ziel des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG). Für die Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten ist das mit einem höheren Aufwand verbunden. Deshalb sieht das Gesetz eine zusätzliche Vergütung vor. In allen TSVG-Konstellationen erfolgt die Vergütung extrabudgetär. Das heißt, die gesamte Behandlung des Patienten – durch eine Arztgruppe – wird in dem Quartal zu festen Preisen bezahlt. Ausgenommen sind lediglich Laboruntersuchungen.
Zusätzlich gibt es extrabudgetäre Zuschläge auf die Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschale beim HA-Vermittlungsfall, und beim TSS-Akutfall. Hausärzte, die in dringenden Fällen einen Termin beim Facharzt vermitteln, erhalten dafür ebenfalls einen Zuschlag.
TSVG-Konstellationen sind:
HA-Vermittlungsfall
TSS-Terminfall
TSS-Akutfall
Hausarzt vermittelt Termin beim Facharzt
Offene Sprechstunden

Generelle Unterlagen

Im Folgenden stellen wir Ihnen die Unterlagen vor, die für die Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg im Rahmen der Honorarabrechnung jedes Quartal erstellt werden (Anlagen zum Honorarbescheid).

Die verschiedenen Anlagen verdeutlichen Ihnen die einzelnen Schritte der Honorarberechnung sowie die Auswirkung der Mengenbegrenzung auf die Vergütung der Leistungen. Sie erhalten außerdem Erläuterungen von Abrechnungsprüfungen gemäß den Bestimmungen des EBM.

Grundlage der Berechnungen ist der jeweils gültige Honorarverteilungsmaßstab sowie Regelungen gemäß EBM und SGB V.

Aufgrund der mengenbegrenzenden Maßnahmen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) können wir viele abgerechnete Leistungen nicht voll vergüten, sondern nur teilweise im Rahmen einer Quote. Informationen hierzu erhalten Sie durch unser Honorarrundschreiben „Hinweise zur Abrechnung“, das Ihnen jedes Quartal mit dem Honorarbescheid zugeht und zusätzlich auf unserer Homepage (kvbawue.de » Praxis » Abrechnung&Honorar » Honorarverteilung) veröffentlicht ist.

Honorarbescheid

Der Honorarbescheid ist das Hauptdokument der Honorarabrechnung Ihrer Praxis.
Er belegt die Höhe des Honorars für die abgerechneten Leistungen und gibt Auskunft über die Kontobewegungen.

Erläuterung der wichtigsten Begriffe

Datum
Als Datum wird das Buchungsdatum angegeben, zu dem wir Ihnen Ihr Honorar vergüten. Das Datum finden Sie auf Ihrem Kontoauszug wieder.

Honorarabrechnungsnummer
Gibt Auskunft über die Zuordnung zum Praxiskonto. Ändert sich die Konstellation einer Praxis, kann sich die Honorarabrechnungsnummer verändern. In der Folge können in einem Quartal Honorarbescheide mit unterschiedlichen Honorarnummern für den gleichen Teilnehmer erstellt werden.

Honorar Notfalldienst GKV
Die Summe aller abgerechneten Notfallleistungen. Die Zuordnung erfolgt laut Eintrag im Dienstplan über BD-Online. Die einzelnen Beträge je Dienst finden Sie auf Anlage 17A (Honorarbescheid Notfalldienst).

Förderungsbetrag NFD
Summe ergibt sich aus den einzelnen Diensten in Abhängigkeit zum dort erwirtschafteten Honorar. Die Ermittlung der einzelnen Beträge ersehen Sie aus Anlage 17A.

Fahrpauschale NFD
Förderung für Selbstfahrer. Die Ermittlung der einzelnen Beträge ersehen Sie aus Anlage 17A.

Abschlagszahlung
Monatliche Vorabzahlung. Diese berechnet sich in der Regel aus dem ausbezahlten GKV-Honorar des entsprechenden Vorjahresquartals, abzüglich Verwaltungskosten und Umlagen.

Schlusszahlung
Das Ergebnis der Verrechnung von „Gutschrift“ und „Belastung“. Sollten Abzüge und Abschlagszahlungen höher sein als das berechnete Honorar, wird eine Überzahlung ausgewiesen.

Belastung
Verschiedene Buchungspositionen, die vom berechneten Honorar abgezogen werden.

Gutschrift
Enthält die Summen des von der KVBW berechneten Honorars.

Rechtsbehelfsbelehrung
Widerspruchsfrist innerhalb eines Monats

Honorarbescheid

KVBW
Kassenärztliche Vereinigung
Baden-Württemberg

Bezirksdirektion Stuttgart
Postfach 80 06 08
D-70506 Stuttgart

Albstadtweg 11
D-70567 Stuttgart

KVBW Postfach 800608 D-70506 Stuttgart

Persönlich/Vertraulich

Datum:
Betriebsstätten-Nr.
Honorarabrechnungs-Nr:

Honorarbescheid Quartal 1/2026

Datum	Buchungstext	LQ	Belastung €	Gutschrift €
30.06.2026	Honorar Notfalldienst GKV	1/26		1.121,28 €
30.06.2026	Honorar GKV	1/26		149.869,89 €
30.06.2026	Honorar sonstige Kostenträger	1/26		1.920,74 €
30.06.2026	Förderungsbetrag NFD	1/26		134,78 €
	Summe Honorar Brutto GKV/SKT			153.046,69 €
30.06.2026	Kopfpauschale	1/26	975,00 €	
30.06.2026	Sicherstellungsumlage 0,3704 %	1/26	566,88 €	
30.06.2026	Verwaltungskosten Weiterbildung 0,85 %	1/26	1.300,91 €	
30.06.2026	Allg. Verwaltungskosten 2,57 %	1/26	3.933,29 €	
30.06.2026	Strukturpauschale 5 %	1/26	56,06 €	
	Summe Verwaltungskosten GKV/SKT		6.832,14 €	
	Summe Honorar Netto GKV/SKT			146.214,55 €
30.06.2026	TI-Pauschale	1/26		940,56 €
	Summe sonstige Buchungen GKV/SKT			940,56 €
26.01.2026	Abschlagszahlung Januar 2026	1/26	30.900,00 €	
25.02.2026	Abschlagszahlung Februar 2026	1/26	30.900,00 €	
25.03.2026	Abschlagszahlung März 2026	1/26	30.900,00 €	
	Summe Zahlungen GKV/SKT		92.700,00 €	
15.07.2026	Schlusszahlung 1/2026	1/26	54.455,11 €	
	Gesamtsumme		153.987,25 €	153.987,25 €

Gegen diesen Bescheid kann innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg, Albstadtweg 11, 70567 Stuttgart, Widerspruch erhoben werden. Der Widerspruch in elektronischer Form kann an widerspruch@kvbawue.de oder über die digitale Kommunikation im Medizinwesen (KIM-Portal) an widerspruch@kvbw.kim.telematik, jeweils mit einer qualifizierten elektronischen Signatur oder einem qualifizierten elektronischem Siegel einer Behörde versehen, erhoben werden. Der Widerspruch kann auch mit einfacher elektronischer Signatur über das besondere elektronische Behördenpostfach der KVBW erhoben werden.

Kennzahlenblatt

Über das Kennzahlenblatt sehen Sie sofort alle wichtigen Honorardaten auf einen Blick. Zusätzlich können Sie den Verlauf über die vergangenen Quartale ablesen.

Erläuterung der wichtigsten Begriffe

Angefordert
Betrag der insgesamt abgerechneten Leistungen (nach evtl. Korrektur aufgrund EBM Regelungen), ohne Berücksichtigung von mengenbegrenzenden Maßnahmen

Nicht vergütet
Betrag, der aufgrund von Mengenbegrenzungen nicht ausgezahlt werden konnte.

Quote
Prozentualer Anteil des nicht vergüteten Honorars

Scheinzahl
Bezieht sich auf alle GKV-Patienten der Praxis

Scheinwert
Vergütetes Honorar dividiert durch Scheinzahl entspricht dem ausgezahlten Honorar pro Fall.

Kennzahlenblatt

Kennzahlenblatt 3. Quartal 2024

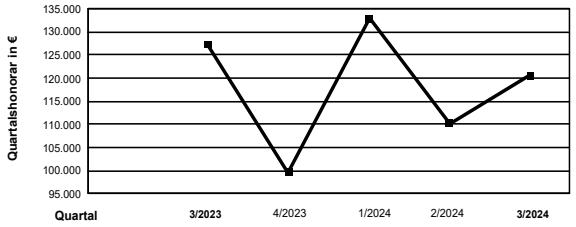
Honorar- und Scheinzahlentwicklung GKV

(inklusive Honorarumsätze und Scheinzahlen aus NFD von KV-eigenen Notfallpraxen)

Quartal		3/2023	4/2023	1/2024	2/2024	3/2024
Honorar						
Angefordert	(1.)	127.350,37 €	99.808,75 €	133.150,51 €	110.425,43 €	**120.849,99 €**
Vergütet		127.165,94 €	99.663,52 €	132.901,89 €	110.233,98 €	**120.632,12 €**
Nicht vergütet	(2.)	184,43 €	145,23 €	248,62 €	191,45 €	**217,87 €**
Entspricht Quote	(3.)	0,1 %	0,1 %	0,2 %	0,2 %	**0,2 %**
Scheinzahl		1.286	1.192	1.293	1.283	**1.311**
Scheinwert		98,88 €	83,61 €	102,79 €	85,92 €	**92,02 €**

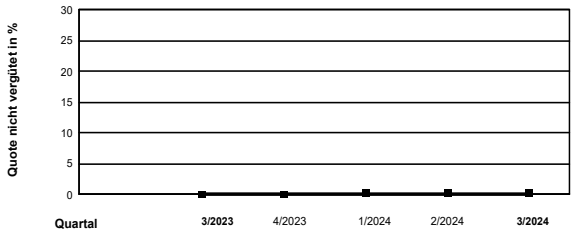
Zahlungen **Ihre Daten zu den Abschlags- und Schlusszahlungen entnehmen Sie bitte der Folgeseite "Honorarbescheid"**

Honorar GKV

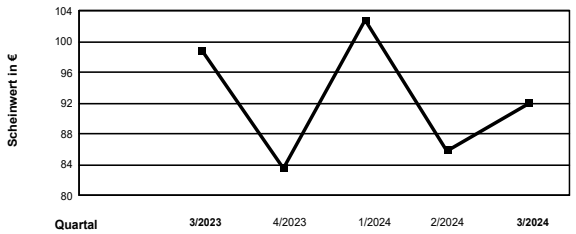


Quote GKV

(Anteil nicht honorierter Leistungen)



Scheinwert GKV



(1.) Angeforderter Leistungsbedarf nach den EBM-bedingten sachlich-rechnerischen Berichtigungen und Leistungsbegrenzungen gemäß § 101 SGB V
(2.) Aufgrund von Mengenbegrenzungsmaßnahmen nicht vergüteter Leistungsbedarf (RLV, QZV, Quotierungen, etc.)
(3.) Quote des nicht vergüteten Leistungsanteils

20243 - 00 - Kennzahlenblatt

Honorarzusammenstellung
Zusammenfassung

Die dargestellten Positionen aus dieser Zusammenfassung finden Sie auch auf Ihrem Honorarbescheid wieder. Auf den Folgeseiten wird aufgegliedert, aus welchen Komponenten sich Ihr Honorar zusammensetzt. Zusätzlich sind hier die Gesamtfallzahlen der Praxis angegeben.
Bei Division von „Honorar Gesamt GKV“ durch „Fälle GKV“ erhält man den durchschnittlichen Scheinwert der Praxis (siehe auch Kennzahlenblatt).

Erläuterung der wichtigsten Begriffe

Fälle
Anzahl der gesetzlich und bei sonstigen Kostenträgern versicherten Patienten (ohne selektivvertragliche Fälle mit ausschließlich 88192/88194)

Honorar gesamt
Insgesamt berechnetes Honorar nach Anwendung aller Begrenzungsregelungen (entspricht der Bezeichnung "vergütet" auf dem Kennzahlenblatt, plus ggf. Honorar aus Notfallpraxis)

Abzug
Zuzahlungen für Heilmittel, die von der KVBW abgezogen werden müssen, weil die Beträge bereits in der Praxis einbehalten wurden

Allgemeiner Hinweis: Sonstige Kostenträger unterliegen keiner Mengenbegrenzung.

Honorarzusammenstellung
Zusammenfassung

1 Honorarzusammenstellung

KVBW Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

KVBW · Postfach 800608 · D-70506 Stuttgart

Betriebsstättennummer
Quartal

Seite

Zusammenfassung

	Fälle	Honorar gesamt Euro	Abzug Zuzahlungen Euro	Gutschrift Euro
Gesetzliche Krankenversicherung	1.450	105.474,85	-196,52	105.278,33
Sonstige Kostenträger	10	757,74	0,00	757,74
Gesamtergebnis	**1.460**	**106.232,59**	**-196,52**	**106.036,07**

Honorarzusammenstellung
Praxis

Auf Seite 2 der Honorarzusammenstellung erfolgt eine Aufschlüsselung der errechneten Honorarbeträge innerhalb der einzelnen Leistungsbereiche. Alle Angaben beziehen sich auf die Gesamtpraxis.

Erläuterung der wichtigsten Begriffe

RLV und QZV anerkannt
Abgerechnete Leistungen unterhalb der Mengenbegrenzung durch RLV/QZV werden ohne Kürzung ausbezahlt.

RLV und QZV überschritten
Abgerechnete Leistungen oberhalb der Mengenbegrenzung durch RLV/QZV werden nur teilweise vergütet. Dabei wird für jedes Quartal eine Quote für jede Arztgruppe errechnet.

Freie Leistungen
Freie Leistungen sind Teil der budgetierten Vergütung, sie gehen aber nicht in das RLV/QZV ein. Es werden in jedem Quartal für jede Arztgruppe entsprechende Töpfe gebildet, so dass die Leistungen gegebenenfalls nur quotiert vergütet werden können.

Sonstige Freie Leistungen
Die Vergütung der Leistungen bei den Sonstigen Kostenträgern (SKT). Für diese gibt es keine Mengenbegrenzung/Quotierung.

Leistungen außerhalb der MGV
Leistungen außerhalb der MGV (Einzelleistungen) unterliegen keiner Mengenbegrenzung und werden daher in voller Höhe ausbezahlt.

Notfalldienst
Die Summe beinhaltet die verschiedenen Notfallpauschalen, Besuchsleistungen und weitere Gebührenordnungspositionen. Wegegebühren und Wirtschaftlichkeitsbonus sind in den entsprechenden Punkten 2 als Freie Leistung und 3 als Einzelleistung zusammengefasst.

Honorarzusammenstellung
Praxis

1 Honorarzusammenstellung

Betriebsstättennummer
Quartal

Seite

Leistungsart	GKV Euro	SKT Euro	Gutschrift Euro
1. Regelleistungsvolumen und QZV			
RLV und QZV anerkannt	61.972,43	0,00	61.972,43
RLV und QZV überschritten (quotiert vergütet)	2.824,06	0,00	2.824,06
Gesamt	**64.796,49**	**0,00**	**64.796,49**
2. Freie Leistungen			
Pauschale für FÄ Grundversorgung	3.259,25	0,00	3.259,25
Akupunktur	9.064,03	0,00	9.064,03
Onkologische Radiologie	27,11	0,00	27,11
Kosten Euro	49,87	6,72	56,59
Laborleistungen Wibo	0,00	4,26	4,26
Laborleistungen eigenerbracht (fachärztlich)	6,17	0,00	6,17
Sonstige Freie Leistungen	0,00	466,62	466,62
Gesamt	**12.406,43**	**477,60**	**12.884,03**
3. Leistungen außerhalb der MGV			
Zuschlag PFG	990,70	6,78	997,48
Medikationsplan	294,82	1,92	296,74
TSVG-Leistungen	26.741,84	266,94	27.008,78
TSVG-Leistungen Kosten	24,48	3,15	27,63
Elektronischer Arztbrief	31,28	1,35	32,63
Stoßwellentherapie	188,81	0,00	188,81
Gesamt	**28.271,93**	**280,14**	**28.552,07**
4. Verrechnungen			
Zuzahlungen Heilmittel	-196,52	0,00	-196,52
Gesamt	**-196,52**	**0,00**	**-196,52**
Gutschrift Gesamt	**105.278,33**	**757,74**	**106.036,07**

Honorarzusammenstellung
je Arzt

Sofern mehrere Ärzte in der Praxis tätig sind und unter ihrer eigenen LANR abrechnen, wird ab Seite drei der Honorarzusammenstellung das berechnete Honorar je Arzt ausgewiesen. Praxisintern vertraglich geregelte Gewinn-/Honorarverteilungen bleiben hiervon unberührt.

Erläuterung der wichtigsten Begriffe

Bei RLV/QZV (anerkannt und überschritten)
Um zu den abschließenden Eurobeträgen je Arzt zu kommen, wird der prozentuale Anteil des einzelnen Arztes (Leistungsanforderung je LANR) an der Gesamtleistungsanforderung der Praxis ermittelt. Dieser Prozentsatz wird dann sowohl auf das Gesamt-RLV/QZV der Praxis, als auch auf die Gesamtüberschreitung umgelegt.

Freie Leistungen und Einzelleistungen werden nach LANR- Abrechnung des Arztes ermittelt.

Ist ein Arzt in mehreren Betriebsstätten tätig, kann hier sein Honoraranteil pro Betriebsstätte ersehen werden.

Honorarzusammenstellung
je Arzt

1 Honorarzusammenstellung

Betriebsstättennummer
Quartal

Seite

Leistungsart	GKV Euro	SKT Euro	Gutschrift Euro
1. Regelleistungsvolumen und QZV			
RLV und QZV anerkannt	34.823,65	0,00	34.823,65
RLV und QZV überschritten (quotiert vergütet)	1.586,90	0,00	1.586,90
Gesamt	**36.410,55**	**0,00**	**36.410,55**
2. Freie Leistungen			
Pauschale für FÄ Grundversorgung	1.710,10	0,00	1.710,10
Onkologische Radiologie	14,45	0,00	14,45
Kosten Euro	22,89	1,92	24,81
Laborleistungen Wibo	0,00	2,36	2,36
Laborleistungen eigenerbracht (fachärztlich)	2,55	0,00	2,55
Sonstige Freie Leistungen	0,00	138,96	138,96
Gesamt	**1.749,99**	**143,24**	**1.893,23**
3. Leistungen außerhalb der MGV			
Zuschlag PFG	519,81	2,70	522,51
Medikationsplan	151,61	0,67	152,28
TSVG-Leistungen	18.814,23	266,94	19.081,17
TSVG-Leistungen Kosten	14,53	3,15	17,68
Elektronischer Arztbrief	16,70	1,08	17,78
Gesamt	**19.516,88**	**274,54**	**19.791,42**
4. Verrechnungen			
Zuzahlungen Heilmittel	-43,35	0,00	-43,35
Gesamt	**-43,35**	**0,00**	**-43,35**
Gutschrift Gesamt	**57.634,07**	**417,78**	**58.051,85**

Name Nachname
LANR XXXXXXXXX

Berechnung zur Höhe des Regelleistungsvolumen
Punkte 1 bis 3

Dieser Nachweis schlüsselt den Berechnungsweg zum RLV/QZV – Gesamtvolumen auf. Sie ersehen die Höhe des zu Grunde gelegten Fallwerts je Arztgruppe sowie die praxisindividuellen Fallzahlen. Das Gesamtvolumen (RLV und QZV) für Ihre Praxis stellt eine Höchstgrenze in Euro dar, bis zu der alle dort zugeordneten Leistungen voll vergütet werden. Leistungsanforderungen, die diese Höchstgrenze überschreiten, werden quotiert vergütet. In Praxen mit mehreren Teilnehmern werden die RLV‘s und QZV‘s aller Teilnehmer addiert und miteinander verrechnet (Gesamtvolumen der Praxis).

Die Werte können von den Daten aus Ihrer RLV-Zuweisung abweichen, die Sie vor jedem Quartal von uns erhalten.

Erläuterung der wichtigsten Begriffe

RLV-Fallwert
Fachgruppenwert pro Patient in Bezug auf RLV-Leistungen. Dieser Wert wird für jedes Quartal neu berechnet. Er ergibt sich aus dem zur Verfügung stehenden Honoraranteil in der Fachgruppe im jeweiligen Quartal und aus der anerkannten Fallzahl des Vorjahresquartals in dieser Fachgruppe.

Veränderung der Fallzahl der Fachgruppe
Im Rahmen der Mengenbegrenzung und um sinkende Fallwerte in den fachärztlichen Fachgruppen zu verhindern, wird der Fallzahlzuwachs beim einzelnen Arzt begrenzt. Die Begrenzung greift allerdings erst dann, wenn die Fälle in der Fachgruppe um mindestens 1% wachsen.

Fallzahlzuwachsbegrenzungsregelung
Wenn sowohl bei einem Arzt als auch der Fachgruppe die Fallzahlen steigen, greift die Fallzahlbegrenzung. Dann errechnet sich das RLV des Arztes nicht mehr aus der Fallzahl des Vorjahres, sondern es wird eine individuelle Fallzahl errechnet.

Für die individuelle Fallzahl wird auf das Vorvorjahresquartal (VVJQ) und dort auf den höheren Wert des Arztes im Vergleich zum Fachgruppendurchschnitt zurückgegriffen.
Auf diesen Maximalwert werden 3% des Fachgruppendurchschnitts des Vorjahresquartals aufgeschlagen und damit die maximale Fallzahl des einzelnen Arztes errechnet.
Liegt der Arzt mit seiner Fallzahl aus dem Vorjahresquartal über diesem Wert, werden die übersteigenden Fälle für die RLV-Berechnung nicht anerkannt.

In Praxen mit mehreren Teilnehmern wird die RLV-relevante Behandlungsfallzahl der Praxis aus dem Vorjahresquartal, je nach Anteil der Arztfälle des einzelnen Arztes, prozentual auf die Teilnehmer aufgeteilt. Der Zulassungsumfang des einzelnen Arztes wird entsprechend berücksichtigt.

Berechnung zur Höhe des Regelleistungsvolumen
Punkte 1 bis 3

2 Berechnung zur Höhe des Regelleistungsvolumens

KVBW · Postfach 800608 · D-70506 Stuttgart

Betriebsstättennummer
Quartal

Seite 1 von 2

/ LANR
Arztgruppe/Schwerpunkt:

1.	**RLV-Fallwert**			
1.1	RLV-Fallwert Arztgruppe			17,68 €
2.	**Veränderung der Fallzahl der Fachgruppe vom VVJQ zum VJQ in %**			5,19
	Bei Werten < 1,00% entfällt die Fallzahlzuwachsbegrenzung für Ihre Fachgruppe			
3.	**Fallzahlzuwachsbegrenzungsregelung (FZZB)**			
3.1	Anerkannte FZZB-relevante Fallzahl im Vorvorjahresquartal (VVJQ)			1.630
3.2	Anerkannte FZZB-relevante Fallzahl im Vorjahresquartal (VJQ)			1.737
3.3	Fachgruppendurchschnitt (VVJQ)			1.618
3.4	Fachgruppendurchschnitt (VJQ)			1.702
3.5	Fallzahlgrenze (Maximum aus 3.1 und 3.3 plus 3% von 3.4)			1.682
3.6	Überschreitende (nicht honorierte) Fallzahl			55
3.7	**Anerkannte Fallzahl**			1.682
4.	**Arztindividueller Anpassungsfaktor nach Altersklassen**			1,0065
5.	**Arztindividueller Fallwert nach Anpassung (1.1 x 4.)**			**17,79 €**
6.	**Fallzahlabhängige Berechnung RLV**	Fallzahl	Fallwert	Eurobetrag
6.1	Fallzahldurchschnitt der Arztgruppe	1.702		
6.2	Fallzahl (bis 200% von 6.1) Fallwert (5.) ohne Abstaffelung	1.682	17,79 €	29.922,78 €
6.3	Fallzahl (über 200% von 6.1) Fallwert (5.) mit Abstaffelung 50%	0	8,90 €	0,00 €
7.	**Arztbezogenes Regelleistungsvolumen (6.2 + 6.3)**			**29.922,78 €**
8.	**Errechneter Kooperationsgrad**			-------
9.	**BAG-Aufschlag auf RLV**		**10,0 %**	**2.992,28 €**
10.	**Berechnung QZV**	Fallzahl	Fallwert	Eurobetrag
10.1	Allergologie (Zusatzbezeichnung)	1.682	2,45 €	4.120,90 €
10.2	Sonographie III	1.682	1,61 €	2.708,02 €
11.	**Gesamtvolumen (7. + 9. + 10.)**			**39.743,98 €**

Berechnung zur Höhe des Regelleistungsvolumen
Punkte 4 bis 11

Erläuterung der wichtigsten Begriffe

Arztindividueller Anpassungsfaktor nach Altersklassen
Berücksichtigt die Altersstruktur Ihrer Patienten im Vergleich zu Ihrer Arztgruppe. Der Faktor wird gemäß den HVM-Vorgaben berechnet. So wird z.B. bei einer höheren Anzahl und höherer Leistungsanforderung von über 60-jährigen Patienten ein Faktor größer 1 ermittelt und der Fallwert damit erhöht, um den größeren Behandlungsaufwand zu berücksichtigen.

Fallzahlabhängige Berechnung RLV bei Fachärzten
Bei sehr großen fachärztlichen Praxen wird der arztindividuelle Fallwert nicht für alle Fälle des Vorjahresquartals in voller Höhe gewährt. Der Fallwert wird abgestaffelt, wenn die RLV-relevante Fallzahl höher als 200 Prozent der Fallzahl der Arztgruppe ist. Jeder darüber liegende Fall geht dann nur noch mit dem halben Fallwert in die Berechnung ein.

Arztbezogenes Regelleistungsvolumen
Das arztbezogene RLV ist der Wert nach arztindividueller Anpassung der Fallzahl und des Fallwerts.

Errechneter Kooperationsgrad
Bei einer Praxis mit mehreren Teilnehmern (BAG/ MVZ/ Angestellte ohne Leistungsbegrenzung) wird hier der Anteil an gemeinsam behandelten Patienten dargestellt. Zur Berechnung des Kooperationsgrades wird die Summe der Arztfälle dividiert durch die Anzahl der Behandlungsfälle. Berechnet wird der Kooperationsgrad nur für Praxen mit Ärzten unterschiedlicher Arztgruppen, die an einem gemeinsamen Praxisstandort zugelassen sind.

BAG-Aufschlag auf RLV
Sind in einer Praxis mindestens zwei Ärzte zugelassen und/oder angestellt, wird das RLV je Arzt grundsätzlich um 10 Prozent erhöht. Besteht die Praxis aus mehreren Ärzten verschiedener Arztgruppen, ist je nach Kooperationsgrad ein maximaler Aufschlag von 20 Prozent je Arzt möglich. Für Praxen mit verschiedenen Standorten (Ü-BAG) wird kein Kooperationsgrad berechnet. Einen RLV-Aufschlag von maximal 10 Prozent erhalten hier nur die Teilnehmer der Standorte, an denen mehrere Ärzte ihren Arztsitz haben.

Berechnung zur Höhe des Regelleistungsvolumen
Punkte 4 bis 11

2 Berechnung zur Höhe des Regelleistungsvolumens

KVBW · Postfach 800608 · D-70506 Stuttgart

Betriebsstättennummer
Quartal

Seite 1 von 2

/ LANR
Arztgruppe/Schwerpunkt:

1.	**RLV-Fallwert**			
1.1	RLV-Fallwert Arztgruppe			17,68 €
2.	**Veränderung der Fallzahl der Fachgruppe vom VVJQ zum VJQ in %**			5,19
	Bei Werten < 1,00% entfällt die Fallzahlzuwachsbegrenzung für Ihre Fachgruppe			
3.	**Fallzahlzuwachsbegrenzungsregelung (FZZB)**			
3.1	Anerkannte FZZB-relevante Fallzahl im Vorvorjahresquartal (VVJQ)			1.630
3.2	Anerkannte FZZB-relevante Fallzahl im Vorjahresquartal (VJQ)			1.737
3.3	Fachgruppendurchschnitt (VVJQ)			1.618
3.4	Fachgruppendurchschnitt (VJQ)			1.702
3.5	Fallzahlgrenze (Maximum aus 3.1 und 3.3 plus 3% von 3.4)			1.682
3.6	Überschreitende (nicht honorierte) Fallzahl			55
3.7	**Anerkannte Fallzahl**			1.682
4.	**Arztindividueller Anpassungsfaktor nach Altersklassen**			1,0065
5.	**Arztindividueller Fallwert nach Anpassung (1.1 x 4.)**			**17,79 €**
6.	**Fallzahlabhängige Berechnung RLV**	Fallzahl	Fallwert	Eurobetrag
6.1	Fallzahldurchschnitt der Arztgruppe	1.702		
6.2	Fallzahl (bis 200% von 6.1) Fallwert (5.) ohne Abstaffelung	1.682	17,79 €	29.922,78 €
6.3	Fallzahl (über 200% von 6.1) Fallwert (5.) mit Abstaffelung 50%	0	8,90 €	0,00 €
7.	**Arztbezogenes Regelleistungsvolumen (6.2 + 6.3)**			**29.922,78 €**
8.	**Errechneter Kooperationsgrad**			-------
9.	**BAG-Aufschlag auf RLV**		**10,0 %**	**2.992,28 €**
10.	**Berechnung QZV**	Fallzahl	Fallwert	Eurobetrag
10.1	Allergologie (Zusatzbezeichnung)	1.682	2,45 €	4.120,90 €
10.2	Sonographie III	1.682	1,61 €	2.708,02 €
11.	**Gesamtvolumen (7. + 9. + 10.)**			**39.743,98 €**

Abrechnungsnachweis Regelleistungsvolumen

Der Abrechnungsnachweis gibt eine Übersicht über die Höhe der abgerechneten Leistungen insgesamt und die Vergütung der Leistungsbereiche RLV/QZV, Freie Leistungen und Einzelleistungen.

Dargestellt wird auch, in welcher Höhe das RLV unter-/überschritten wurde.

Erläuterung der wichtigsten Begriffe

Leistungsanforderung anerkannt
Summe aller abgerechneten Leistungen Ihrer Praxis bei GKV-Patienten, nach Berichtigung lt. Richtigstellungsbescheid und nach EBM-Begrenzungsregelungen.

Leistungsanforderung außerhalb RLV
Dies sind Leistungen, die zusätzlich zum RLV vergütet werden, jedoch zu Lasten der begrenzten Gesamtvergütung gehen wie z.B. organisierter Notfalldienst, Kostenpauschalen oder je nach Arztgruppe definierte Leistungen (Freie Leistungen, ggf. quotiert).

Leistungsanforderung außerhalb MGV
Einzelleistungen, die keiner Mengenbegrenzung unterliegen und daher ohne Abzug vergütet werden.

RLV und QZV Gesamtvolumen infolge Teilnahme Selektivverträge
Das auf Basis des entsprechenden Vorjahresquartals berechnete RLV muss laut den Vorgaben des Bewertungsausschusses bereinigt werden, wenn die Praxis an Selektivverträgen teilnimmt. Hierzu werden die Fallzahlen derjenigen Patienten, die im entsprechenden Vorjahresquartal in Ihrer Praxis behandelt wurden, inzwischen aber in einem Selektivvertrag eingeschrieben sind, mit einem hierfür ermittelten Fallwert (Bereinigungsfallwert) multipliziert. Dieser Betrag (Bereinigungsvolumen) wird dann vom ursprünglich berechneten RLV abgezogen. Das Ergebnis stellt das schlussendlich zur Verfügung stehende RLV-/QZV Gesamtvolumen dar.

RLV und QZV Gesamtvolumen laut Bescheid
Das für Ihre Praxis berechnete und zur Verfügung stehende Volumen für RLV- und QZV-Leistungen (dieser Betrag ergibt sich aus der Berechnung des RLV laut Anlage 2).

RLV-relevante Leistungsanforderung
Summe aller abgerechneten RLV-/QZV-Leistungen der Praxis. Diese wird dem zur Verfügung stehenden RLV-/QZV-Gesamtvolumen Ihrer Praxis gegenübergestellt.

Überschreitung
Die abgerechneten RLV- und QZV-Leistungen sind höher als das zur Verfügung stehende Gesamtvolumen. Der überschreitende Betrag wird quotiert vergütet.

Unterschreitung
Die abgerechneten RLV- und QZV-Leistungen sind geringer als das zur Verfügung stehende Gesamtvolumen. Alle abgerechneten Leistungen werden vollständig bezahlt.

RLV und QZV anerkannt
Dieser Betrag wird ohne Kürzung voll vergütet.

RLV und QZV überschritten
Dieser Betrag wird quotiert vergütet.

Abrechnungsnachweis Regelleistungsvolumen

3 Abrechnungsnachweis Regelleistungsvolumen

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

KVBW · Postfach 800608 · D-70506 Stuttgart

Betriebsstättennummer
Quartal

1.	**Leistungsanforderung anerkannt**			258.611,91 €
2.	**Leistungsanforderung, die nicht dem RLV unterliegt**			
2.1	Leistungsanforderung außerhalb RLV			22.783,90 €
2.2	Leistungsanforderung außerhalb MGV			28.182,10 €
3.	**RLV und QZV Gesamtvolumen laut Bescheid 2/2023**			181.545,53 €
4.	**RLV und QZV Gesamtvolumen infolge Teilnahme Selektivverträge**	Fallzahl	Fallwert	
4.1	Hausarztzentrierte Versorgung § 73b SGB V	17	52,91 €	899,47 €
4.2	Bereinigungsvolumen			899,47 €
4.3	RLV und QZV Gesamtvolumen bereinigt (3. - 4.2)			180.646,06 €
5.	**Über-/Unterschreitung RLV und QZV Gesamtvolumen**			
5.1	RLV-relevante Leistungsanforderung (1. - 2.)			207.645,91 €
5.2	Unterschreitung			0,00 €
5.3	Überschreitung			26.999,85 €
6.	**Zusammenfassung**			
6.1	RLV und QZV anerkannt			180.646,06 €
6.2	RLV und QZV überschritten			26.999,85 €

Richtigstellungsbescheid
Allgemein

Über diesen Nachweis können Sie alle sachlich/rechnerischen Korrekturen, die von der KVBW durchgeführt wurden, patientenbezogen nachvollziehen. Grundlagen für diese Berichtigungen sind unter anderem die Abrechnungsbestimmungen und -richtlinien der KVBW sowie die Vorgaben des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM).

Die Korrekturen werden bezogen auf einen Sachverhalt, je Kasse und innerhalb einer Kasse, je Patient aufgelistet. Treffen bei einem Patienten (Behandlungsfall) mehrere Sachverhalte zu, erscheinen diese an unterschiedlichen Stellen des Richtigstellungsbescheides.

Erläuterung der wichtigsten Begriffe

Kennzeichnung der Leistungserbringer
Für die bessere Zuordnung werden von der KVBW die beanstandeten Leistungen je LANR gekennzeichnet (L1, L2 usw.). Für Praxen mit mehreren Teilnehmern lässt sich so leicht erkennen, wer die beanstandete Leistung abgerechnet hat.

Kasse
Fünfstellige Nummer der Krankenkasse, bei welcher der betreffende Patient versichert ist.
Über dem Patientenname ist der Sachverhalt der jeweiligen Richtigstellung angegeben.

GOP
GOP, die von der KVBW zugesetzt werden, sind mit einem „+" gekennzeichnet. GOP, die von der KVBW gestrichen wurden, sind mit einem „-" gekennzeichnet.

Richtigstellungsbescheid
Allgemein

6 Richtigstellungsbescheid

KVBW
Kassenärztliche Vereinigung
Baden-Württemberg

KVBW · Postfach 4151 · D-72772 Reutlingen

Betriebsstättennummer
Quartal

Seite 1 von 6

Datum des
Honorarbescheides

Richtigstellungsbescheid

Sehr geehrte Frau,
sehr geehrter Herr,

Ihre Abrechnung wurde hinsichtlich der Gebührenordnungen, der Richtlinien sowie der vertraglichen und gesetzlichen Bestimmungen geprüft und ggf. berichtigt.
Das Ergebnis können Sie im Einzelnen diesem Bescheid entnehmen.

Kennzeichnung der Leistungserbringer (LE):

	Lanr	Arztname
L1		

Kasse	Patientenname	Geb.Datum	Eingetragene(+) und berichtigte(-) GOP

Die GOP 03212 ist nur als Zuschlag zu den GOP's 03110-03112 für die Behandlung eines Versicherten mit einer oder mehrer schwerwiegenden chronischen Erkrankungen berechnungsfähig (sämtliche auf den Behandlungsfall bezogenen Abrechnungsbestimmungen und Berechnungsausschlüsse gelten bei Erbringung von Gebührenordnungspositionen in arztpraxisübergreifender Tätigkeit bezogen auf den Arztfall, s. Allgemeine Bestimmungen 4.3.4).

18701	21.04.1934	-03212/L1(1x)

Die GOP's 99964, 99967, 99968 sind laut Vergütungsvereinbarung zum DMP KHK nur bei Vorliegen der entsprechenden ICD-Codierung berechnungsfähig.

61125	31.01.1931	-99964/L1(1x)

Die GOP's 99964, 99967, 99968 sind laut Vergütungsvereinbarung zum DMP KHK nur bei Vorliegen der entsprechenden ICD-Codierung berechnungsfähig.

07423	19.01.1932	-99964/L1(1x)
55603	18.01.1936	-99964/L1(1x)

Laut EBM ist innerhalb von 21 Behandlungstagen (auch bei mehreren Operationen) nur ein postoperativer Behandlungskomplex zulässig.

07423	05.12.1957	-31600/L2(1x)
55605	06.03.1954	-31600/L2(1x)
62461	31.10.1952	-31600/L2(1x)

Richtigstellungsbescheid
Fallzahl

Auf der letzten Seite Ihres Richtigstellungsbescheides wird unterschieden zwischen Behandlungsscheinen und Behandlungsfällen. Aufgelistet sind alle Behandlungsscheine bzw. Behandlungsfälle der Praxis inklusive Sonstige Kostenträger (SKT) und Pseudofälle (88192/88194) im Rahmen der Selektivverträge.

Zusätzlich werden die im aktuellen Quartal (Quartal des Honorarbescheides) ermittelten RLV-Arztfallzahlen angegeben. Bitte beachten: Zur RLV-Berechnung in Praxen mit mehreren Ärzten, wird diese Arztfallzahl in anteilige Behandlungsfälle umgerechnet.

Erläuterung der wichtigsten Begriffe

Eingereichte Behandlungsscheine
Die Anzahl der eingereichten Scheine bei GKV und SKT. Aufgrund bestimmter Sachverhalte (z.B. verschiedene Überweisungen) kann es für einen Patienten mehrere „Abrechnungsscheine“ (Datensätze) in einem Quartal geben.

Zurückgestellte
Alle Behandlungsscheine (Datensätze), die nach Prüfung in Ihrer Abrechnung nicht berücksichtigt werden konnten (z.B. wegen fehlender Angaben).

Leerberegelte
Mehrere Streichungen führen dazu, dass ggf. keine Gebührenziffern mehr für die Abrechnung berücksichtigt werden können. Der Behandlungsschein ist somit „leer“.

Geklammerte
Zwei und mehr „Abrechnungsscheine“ von einem Patienten (z. B. normale Regelbehandlung und Überweisung zur postoperativen Nachbehandlung = zwei „Scheine“) im gleichen Quartal. Diese werden zunächst aus Ihrer Abrechnung entnommen, dann zu einem Behandlungsfall zusammengefasst und schließlich wieder zugesetzt. Somit wird aus zwei „Scheinen“ ein Fall.

Hinzugefügte Behandlungsfälle
Z.B. geklammerte Fälle oder nachgereichte Fälle

Anzahl der abgerechneten Behandlungsfälle
Alle über die KVBW abgerechneten und anerkannten Behandlungsfälle der gesetzlichen Krankenkassen und der Sonstigen Kostenträger. Hier sind die zuvor aufgeführten Berichtigungen/Klammerungen bereits berücksichtigt.
Fälle, die im Zusammenhang mit Selektivvertragsteilnahme nur mit der Kennziffer 88192/88194 befüllt eingereicht wurden, sind hier ebenfalls enthalten.

Tatsächlich RLV-relevante Arztfälle
Für die RLV-Berechnung (im aktuellen Quartal, oder des gleichen Quartals im nächsten Jahr) relevante Arztfälle des aktuellen Abrechnungsquartals, bei BAG/MVZ/Anstellung je Arzt.

Richtigstellungsbescheid
Fallzahl

6 Richtigstellungsbescheid

Betriebsstättennummer xxxxxxxxx
Quartal 3/2022

XXXXXXXXX

FALLZAHL GESAMTABRECHNUNG

Anzahl	Bezeichnung
2.281	Eingereichte Behandlungsscheine
0	Zurückgestellte Behandlungsscheine[1]
0	Leerberegelte Behandlungsscheine[2]
21	Geklammerte Behandlungsscheine[3]
0	Umgesetzte Fälle von GKV zu Sonstigen Kostenträgern
0	Umgesetzte Fälle von Sonstigen Kostenträgern zu GKV
-21	Abgezogene Behandlungsscheine
0	Umgesetzte Scheine in Sonstigen Kostenträgern
0	Umgesetzte Scheine in GKV
0	Zusätzlich durch die KV zugesetzte Fälle
10	Zusätzlich durch die KV zugesetzte Klammerfälle[3]
10	Hinzugefügte Behandlungsfälle
2.270	Anzahl der abgerechneten Behandlungsfälle

TATSÄCHLICHE RLV-RELEVANTE ARZTFÄLLE[4]

Anzahl	Arztname
470	Mustermann, Max
704	Beispiel,Beate

Allgemeine Erläuterungen:

[1] Die Begründung der Zurückstellung finden Sie auf der vorangegangenen Seite.

[2] Aufgrund der Leerberegelung (Streichung aller Leistungen auf dem Datensatz) musste der Behandlungsschein zurückgestellt werden.

[3] Werden von einem Patienten zwei oder mehr Behandlungsscheine im Quartal eingereicht (z.B. aufgrund eines postoperativen Behandlungskomplexes, Notfalldienst, duplizierte Scheine im Zusammenhang mit 88115 ect.) werden diese von den "eingereichten Behandlungsscheinen" abgezogen. Danach werden sie zu einem Behandlungsfall zusammengefasst und bei den Behandlungsfällen (siehe "Hinzugefügte Behandlungsfälle") wieder hinzugefügt.

[4] In Kooperationen kann die Anzahl der RLV-relevanten Arztfälle von der Anzahl der RLV-relevanten Behandlungsfälle abweichen, sofern Patienten durch unterschiedliche Ärzte derselben Praxis im Quartal behandelt wurden.

Ihre Arztnummer: xxxxxxxxx

01-010-00

Berechnung zur Vergütung des Wirtschaftlichkeitsbonus

Bei wirtschaftlicher Veranlassung und Erbringung von Laborleistungen kommt ein Wirtschaftlichkeitsbonus zum Tragen, wenn die Kosten für veranlasste und eigenerbrachte Leistungen (Abschnitt 32.2 und 32.3 EBM) innerhalb einer fachgruppenspezifischen Bewertungsgrenze liegen.

Dabei gibt es für jede Fachgruppe zwei Werte: einen unteren begrenzenden Fallwert - bis zu dem erhalten Ärzte den Bonus in voller Höhe - und einen oberen begrenzenden Fallwert - ab dem erhalten Ärzte keinen Bonus. Liegen die Laborkosten der Praxis zwischen beiden Werten, wird der Bonus anteilig ausgezahlt.

Die GOP 32001 (Wirtschaftlichkeitsbonus) wird von der KVBW je Behandlungsfall mit Versicherten-/Grund-/Konsiliarpauschale zugesetzt und ist je nach Fachgruppe unterschiedlich hoch bewertet.

Die Vergütung der einzelnen Laborparameter wird durch das Ergebnis dieser Berechnung nicht verändert.

Erläuterung der wichtigsten Begriffe

Laborkosten
Angabe, in welcher Höhe Laborkosten abgerechnet und/oder per Überweisung von Ihrer Praxis veranlasst wurden.
Die Kosten der Laborparameter die den abgerechneten Ausnahmekennnummern (GOP 32004 bis 32024) zugeordnet sind, werden abgezogen und ergeben die gesamt laborrelevanten Kosten der Praxis.

Durchschnittlicher unterer/oberer begrenzender Fallwert
Laborkosten je Fall der jeweiligen Arztgruppe laut EBM. Bei Praxen mit Ärzten verschiedener Fachrichtungen werden die jeweiligen Arztgruppenwerte nach Anzahl der Arztfälle gewichtet.

Arztpraxisspezifischer Fallwert
Ermittelte Laborkosten der Praxis je Behandlungsfall. Entspricht dieser Wert dem unteren begrenzenden Fallwert der Arztgruppe, oder ist sogar kleiner, erhält die Praxis den Bonus in voller Höhe. Ist dieser Wert größer als der obere begrenzende Fallwert der Arztgruppe, erhält die Praxis keinen Bonus.

Durchschnittliche Bewertung Wirtschaftlichkeitsbonus GOP 32001
Wert in Punkten je nach Arztgruppe laut EBM. Bei Praxen mit Ärzten verschiedener Fachrichtungen werden die unterschiedlichen Punktzahlen prozentual, entsprechend dem Anteil der jeweiligen Arztfälle zu den Behandlungsfällen der Praxis berücksichtigt.

Zugestandene Punktzahl vor Begrenzung gemäß Kapitel 32
Maximal mögliche Punktzahl für den vollen Bonus, bezogen auf die Anzahl der Behandlungsfälle der Praxis.

Wirtschaftlichkeitsfaktor
Gibt an, zu welchem prozentualen Anteil in Bezug auf den maximal möglichen Bonus, die Praxis einen Bonus erhält. Zur Berechnung wird die Differenz zwischen dem arztgruppenspezifischen oberen Fallwert (FW) und dem arzt-praxisspezifischen Fallwert (iFW) dividiert durch die Differenz zwischen dem arztgruppenspezifischen oberen und unteren Fallwert.
Oberer FW Gruppe – iFW Praxis
(oberer FW Gruppe – unterer FW Gruppe)
Faktor 1 = Bonus in voller Höhe (100 %)
Faktor 0 = kein Bonus (0 %)
Faktor zwischen 0 und 1 = anteiliger Bonus (zw. 0 % und 100 %)

Berechnung zur Vergütung des Wirtschaftlichkeitsbonus

7 Berechnung zum Wirtschaftlichkeitsbonus

Kassenärztliche Vereinigung
Baden-Württemberg

KVBW · Postfach 800608 · D-70506 Stuttgart

Betriebsstättennummer
Quartal

Seite 1 von 1

1	**Grunddaten**	
1.1	Laborrelevante Behandlungsfallzahl (mit Versicherten-/Grund- oder Konsiliarpauschalen)	405 Fälle
1.2	Laborrelevante Behandlungsfallzahl Selektiv (mit Kennziffer 88192)	70 Fälle
1.3	Laborrelevante Behandlungsfallzahl DocDirekt	0 Fälle
1.4	Laborrelevante Behandlungsfallzahl Gesamt (1.1 + 1.2 + 1.3)	475 Fälle
2	**Laborkosten**	
2.1	Aus eigener Abrechnung	6,25 Euro
2.2	Davon Kosten bei Ausnahmeindikation	0,25 Euro
2.3	Als Auftragsleistung veranlasst	1.885,76 Euro
2.4	Davon Kosten bei Ausnahmeindikation	375,92 Euro
2.5	Gesamt laborrelevant (2.1 + 2.3 - 2.2 - 2.4)	1.515,84 Euro
3	**Berechnung des Wirtschaftlichkeitsbonus GOP 32001 EBM**	
3.1	Durchschnittlicher unterer begrenzender Fallwert	1,42 Euro
3.2	Durchschnittlicher oberer begrenzender Fallwert	3,37 Euro
3.3	Arztpraxisspezifischer Fallwert (2.5 : 1.4)	3,19 Euro
3.4	Differenz oberer Fallwert zu unterem Fallwert (3.2 - 3.1)	1,95 Euro
3.5	Differenz oberer Fallwert zu arztpraxisspezifischer Fallwert (3.2 - 3.3)	0,18 Euro
3.6	Durchschnittliche Bewertung Wirtschaftlichkeitsbonus GOP 32001	19,0 Punkte
3.7	Häufigkeiten GOP 32001 EBM	405
3.8	Zugestandene Punktzahl vor Begrenzung gemäß Kapitel 32 (3.6 x 3.7)	7.695,0 Punkte
3.9	Zugestandene Punktzahl nach Begrenzung gemäß Kapitel 32 (3.8 x 3.10)	692,6 Punkte
3.10	**Wirtschaftlichkeitsfaktor (3.5 : 3.4)**	**0,09**

Honorarzusammenstellung
Gebührenordnungspositionen®

In dieser Übersicht finden Sie die Anzahl und den sich daraus ergebenden Gesamtbetrag, der je Arzt und je Gebührenordnungsposition (GOP) abgerechnet wurde sowie die tatsächliche Vergütung je GOP.
Ist die tatsächliche Vergütung geringer als der abgerechnete Wert, kamen mengenbegrenzende Maßnahmen (z. B. RLV; Quotierung) zum Tragen.

Erläuterung der wichtigsten Begriffe

Zuordnung
Zuordnung der Gebührenordnungspositionen im Rahmen der Mengenbegrenzung

E = Einzelleistung
F = Freie Leistung
O = Kennziffern ohne Bewertung
R = Regelleistungsvolumen mit QZV
T = TSVG
Y = Einzelleistungen im Zusammenhang mit § 115b (AOP-Katalog)
Z = Einzelleistungen im Zusammenhang mit § 115f (Hybrid-DRG)

Anzahl
Anzahl der abgerechneten Gebührenordnungspositionen in der Praxis

LB-EBM Gesamt Euro
Abgerechneter Leistungsbedarf; ergibt sich anhand der „Brutto"- Beträge (Leistungsbewertung ggf. nach Anwendung der EBM-Begrenzungsregelungen), vor Anwendung der Mengenbegrenzungen/Quotierungen

Honorar Euro
Eurobetrag („Netto") für die abgerechneten Leistungen, nachdem die Mengenbegrenzungsmaßnahmen angewandt wurden

Honorarzusammenstellung
Gebührenordnungspositionen®

25 Honorarzusammenstellung - Gebührenordnungspositionen

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

KVBW · Postfach 800608 · D-70506 Stuttgart

Betriebsstättennummer

Quartal 1/2026

GKV-Honorar GOP	GOP-Kurztext	Zuordnung	Anzahl	LB-EBM Gesamt Euro	Honorar Euro
Dr. med. Mustermann / LANR XXXXXXXXX					
01410E	Besuch	R	2	54,02	54,02
01410U	Besuch	R	3	81,03	81,03
01413U	Besuch eines weiteren Kranken	T	1	13,50	13,50
01413U	Besuch eines weiteren Kranken	R	5	67,52	67,52
01510	Ambulante Betreuung 2h	T	6	338,64	338,64
01510	Ambulante Betreuung 2h	F	3	169,32	169,32
01511	Ambulante Betreuung 4h	F	3	333,29	333,29
01731	Krebsfrüherkennungs- Untersuchung beim Mann	Y	5	91,74	91,74
01731	Krebsfrüherkennungs- Untersuchung beim Mann	E	727	13.337,81	13.337,81
01731	Krebsfrüherkennungs- Untersuchung beim Mann	T	544	9.980,49	9.980,49
01737M	Ausgabe und Weiterleitung eines Stuhlprobenentnahmesystems	T	3	21,78	21,78
01737M	Ausgabe und Weiterleitung eines Stuhlprobenentnahmesystems	E	3	21,78	21,78
01740	Beratung zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms	T	47	694,64	694,64
01740	Beratung zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms	E	5	73,90	73,90
01740	Beratung zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms	Y	1	14,78	14,78
01740M	Beratung zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms	T	76	1.123,24	1.123,24
01740M	Beratung zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms	E	20	295,59	295,59
01747	Aufklärungsgespräch Ultraschall-Screening Bauchaortenaneurysmen	T	1	10,45	10,45
01748	Ultraschall-Screening Bauchaortenaneurysmen	T	1	15,80	15,80
02100	Infusion	T	6	51,21	51,21
02100	Infusion	Z	1	8,54	8,54
02322	Wechsel/Entfernung suprapubischer Harnblasenkatheter	T	5	33,75	33,75
02322	Wechsel/Entfernung suprapubischer Harnblasenkatheter	R	60	405,11	405,11
02323	Legen/Wechsel transurethraler Dauerkatheter	T	50	433,13	433,13
02323	Legen/Wechsel transurethraler Dauerkatheter	R	73	632,42	632,42
02340	Punktion I	R	1	5,73	5,73
26210	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	R	5	103,83	103,83
26211	Grundpauschale 6. - 59. Lebensjahr	T	241	5.219,79	5.219,79
26211	Grundpauschale 6. - 59. Lebensjahr	R	231	5.003,20	5.003,20
26211	Grundpauschale 6. - 59. Lebensjahr	Z	1	21,66	21,66
26211	Grundpauschale 6. - 59. Lebensjahr	Y	7	151,62	151,62
26212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	R	671	17.097,53	17.097,53

E = Einzelleistung, F = Freie Leistung, O = Durchlaufender Posten/ GOP ohne Wert, R = RLV und QZV, Y = §115b, Z = §115f
LB-EBM = Leistungsbedarf auf EBM-Basis, T = TSVG

Die Anlage 26 „Gebührennummernübersicht nach EBM vor HVM“

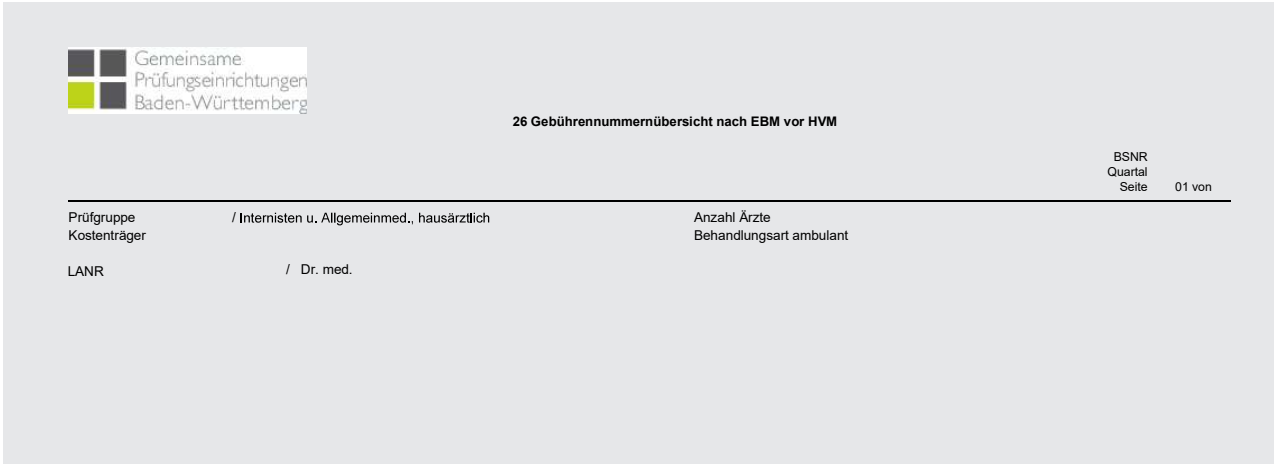
Die KVBW erstellt je Leistungsquartal und Betriebsstättennummer auf der Basis der Prüfgruppenzugehörigkeit, getrennt nach ambulanter bzw. belegärztlicher Behandlung, die Prüfstatistiken. Diese Statistiken werden der gemeinsamen Prüfungsstelle zur Verfügung gestellt. Sie ist eine gemeinsame Einrichtung der KVBW und der Landesverbände der Krankenkassen in Baden-Württemberg, die die Wirtschaftlichkeitsprüfung in der vertragsärztlichen Versorgung durchführt.

„Nach EBM vor HVM“ bedeutet:
Nach maschineller sachlich-rechnerischer Richtigstellung unter Beachtung sämtlicher EBM mengenbegrenzender Maßnahmen (z.B. GOP 03040, 03230, 01823/01824) sowie vertraglich vereinbarter Regelungen.

Die Regelungen des Honorarverteilungsmaßstabs (HVM), z.B. die quotierte Vergütung der „Freien Leistungen“, finden hier noch keine Berücksichtigung.

Die Anlage 26 „Gebührennummernübersicht nach EBM vor HVM“

Seite 1:



Gemeinsame Prüfungseinrichtungen Baden-Württemberg

26 Gebührennummernübersicht nach EBM vor HVM

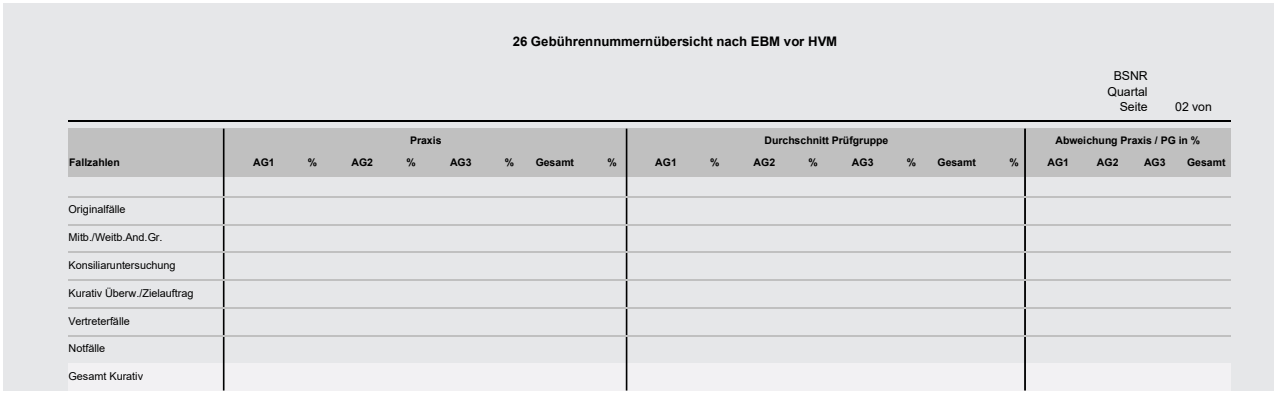
BSNR
Quartal
Seite 01 von

Prüfgruppe / Internisten u. Allgemeinmed., hausärztlich
Kostenträger
Anzahl Ärzte
Behandlungsart ambulant

LANR / Dr. med.

Prüfgruppe: Zuordnung zur Prüfgruppe
Der statistische Vergleich erfolgt mit allen Ärzten, die derselben Prüfgruppe zugeordnet sind.
Anzahl der Ärzte: Summe aller Versorgungaufträge/Arztsitze in der Prüfgruppe
Kostenträger: GKV = Gesetzliche Krankenversicherte (ohne Sonstige Kostenträger)

Seite 2:



26 Gebührennummernübersicht nach EBM vor HVM

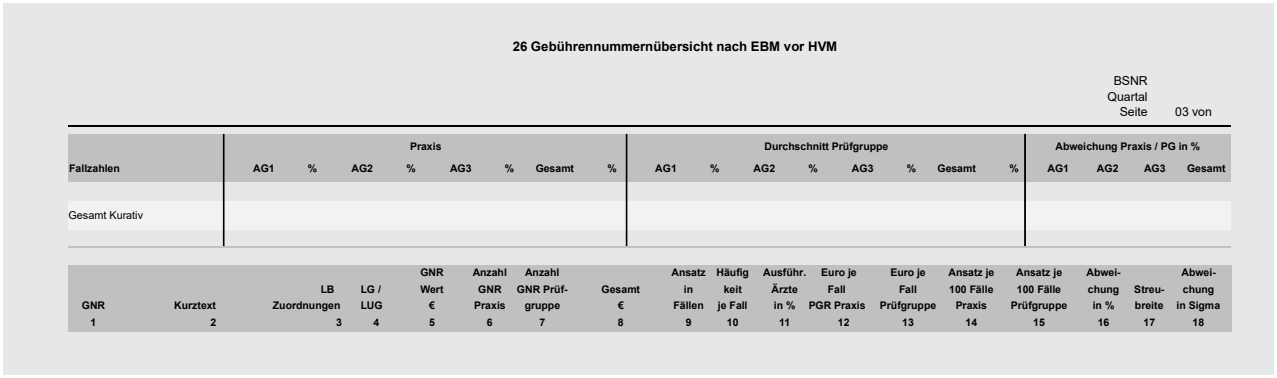
BSNR
Quartal
Seite 02 von

Fallzahlen	Praxis AG1	%	AG2	%	AG3	%	Gesamt	%	Durchschnitt Prüfgruppe AG1	%	AG2	%	AG3	%	Gesamt	%	Abweichung Praxis / PG in % AG1	AG2	AG3	Gesamt
Originalfälle																				
Mitb./Weitb.And.Gr.																				
Konsiliaruntersuchung																				
Kurativ Überw./Zielauftrag																				
Vertreterfälle																				
Notfälle																				
Gesamt Kurativ																				

Fälle der Praxis im Vergleich zu den Fällen der Prüfgruppe, aufgeteilt u.a. nach Altersgruppe und Behandlungsart, z. B. Überweisung, Notfälle

Die Anlage 26 „Gebührennummernübersicht nach EBM vor HVM“

Seite 3:



26 Gebührennummernübersicht nach EBM vor HVM

BSNR
Quartal
Seite 03 von

Fallzahlen	Praxis AG1	%	AG2	%	AG3	%	Gesamt	%	Durchschnitt Prüfgruppe AG1	%	AG2	%	AG3	%	Gesamt	%	Abweichung Praxis / PG in % AG1	AG2	AG3	Gesamt
Gesamt Kurativ																				

GNR	Kurztext	LB Zuordnungen	LG / LUG	GNR Wert €	Anzahl GNR Praxis	Anzahl GNR Prüf-gruppe	Gesamt €	Ansatz in Fällen	Häufigkeit je Fall	Ausführ. Ärzte in %	Euro je Fall PGR Praxis	Euro je Fall Prüfgruppe	Ansatz je 100 Fälle Praxis	Ansatz je 100 Fälle Prüfgruppe	Abweichung in %	Streubreite	Abweichung in Sigma
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18

Spalte 1 - GNR (Gebührennummern):
Abgerechnete und von der KVBW zugesetzte Gebührennummern/Kennziffern/vertraglich vereinbarte Leistungen

Spalte 2 - Kurztext (Leistungsbeschreibung gemäß EBM)

Spalte 3 - LB Zuordnungen (Leistungsbereich-Zuordnungen)

Zuordnung Ihrer abgerechneten GNR zu dem entsprechenden Vergütungsbereichen

R = RLV relevante Leistung
F = Freie Leistung
E = Einzelleistung
T = TSVG
Y = 88115 (§115b)
Z = 99915 (§115f)
O = Ohne Wert (Pseudo-GNR zur Kennzeichnung z.B. 32022)

Spalte 5 – GNR Wert €
(Wert der Gebührennummer in €)
Spalte 6 - Anzahl GNR Praxis
(Anzahl der abgerechneten GNR in der eigenen Praxis)

Spalte 7 - Anzahl GNR Prüfgruppe (Anzahl der abgerechneten GNR innerhalb der gesamten Prüfgruppe)

Spalte 8 – Gesamt €
(Gesamtleistungsanforderung der Praxis in € → Spalte 5 x Spalte 6 = Spalte 8)

Spalte 9 – Ansatz in Fällen
(Auswertung der Häufigkeit der GNR pro Fall)

Spalte 10 – Häufigkeit je Fall
(Durchschnittliche Häufigkeit der Gebührennummer bezogen auf die Fälle)

Spalte 11 – Ausführende Ärzte in %
(Prozentuale Ausweisung der Ärzte Ihrer Prüfgruppe, die diese GNR abrechnen).

Spalte 12 - Euro je Fall PGR Praxis
(Euro je Fall bezogen auf die Fallzahl der Praxis, s. Seite 2)

Spalte 13 - Euro je Fall Prüfgruppe
(Euro je Fall bezogen auf die Fallzahl der Prüfgruppe, s. Seite 2)

Spalte 14 – Ansatz je 100 Fälle von Ihrer Praxis

Spalte 15 – Ansatz je 100 Fälle von Ihrer Prüfgruppe

Die Anlage 26 „Gebührennummernübersicht nach EBM vor HVM“

Spalte 16 – Abweichung in %
Prozentuale Abweichung bezogen auf Spalte 14 und 15

- bei einem Minuswert ist die GOP unterdurchschnittlich angesetzt
- bei einem Positivwert ist die GOP überdurchschnittlich angesetzt

Abweichungen können sich aus u.a. Versorgungsschwerpunkt, Patientenklientel und der Praxisstruktur (EPX, BAG, MVZ) ergeben.

Spalte 17 - Streubreite
(Streubreite = Standardabweichung)

Spalte 18 - Abweichung in Sigma:
(Mathematisch verfeinerte Methode zur statistischen Vergleichsbetrachtung für Wirtschaftlichkeitsprüfungen)

Bei Rückfragen/Auffälligkeiten wenden Sie sich bitte an die Gemeinsame Prüfeinrichtung BW
gpe-bw.de/gemeinsame-pruefungseinrichtungen-baden-wuerttemberg

Anlagen für besondere Sachverhalte

Je nach Fachgruppe, Zulassungsform oder Genehmigung für besondere Leistungsarten kann es spezielle Berechnungen und Nachweise geben.

Die jeweilige Anlage wird nur erstellt, wenn der Sachverhalt auf Ihre Praxis zutrifft.

Honorarzusammenstellung
Notfalldienst

Über die in der Notfallpraxis erbrachten und abgerechneten Leistungen erhalten Sie gesonderte Honorarunterlagen. Die Beträge sind auf Ihrem Honorarbescheid unter „Honorar Notfalldienst für GKV und SKT" aufgeführt.

Alle Leistungen werden ohne Mengenbegrenzung vergütet, kommen aber laut den Regelungen der Honorarverteilung aus verschiedenen Honorartöpfen.

Beachten Sie bitte, dass Förderungsbeträge, Fahrpauschalen und die Abzüge in Form der Strukturpauschale hier nicht angegeben sind. Diese ersehen Sie aus der Anlage 17A Honorarbescheid Notfalldienst.

Erfolgt die Abrechnung nicht über die Notfallpraxis, wird Anlage 1A "Honorarzusammenstellung Notfalldienst" nicht erstellt.

Erläuterung der wichtigsten Begriffe

Freie Leistungen
Beträge des Wirtschaftlichkeitsbonus und Laborleistungen werden hier einzeln angegeben.

Leistungen außerhalb der MGV
Leistungen, wie sondervertragliche Regelungen, die auch außerhalb des organisierten Notfalldienstes als Einzelleistung vergütet werden, sind hier aufgeführt. Beispielhaft sind die Wegepauschalen nach GOP 40220-40230 und 40190/40192 (über 10 km Radius) zu nennen.

Organisierter Notfalldienst
Beinhaltet die Notfallpauschalen (GOP 01210, 01212 ff.), Hausbesuche und weitere EBM Leistungen innerhalb des jeweiligen Dienstes. Wegepauschalen für Entfernungen über 10 km Radius (GOP 40190/40192) sind ebenfalls in dieser Gesamtsumme enthalten.

Honorarzusammenstellung
Notfalldienst

1A Honorarzusammenstellung Notfalldienst

Betriebsstättennummer
Quartal

Leistungsart	GKV Euro	SKT Euro	Gutschrift Euro
1. Freie Leistungen			
Labor OrgNFD	2,00	0,00	2,00
Gesamt	**2,00**	**0,00**	**2,00**
2. Leistungen außerhalb der MGV			
Wegegebühren	102,93	0,00	102,93
Sprechstundenbedarf Privatpatient (GOP 99909)	-3,57	0,00	-3,57
Gesamt	**99,36**	**0,00**	**99,36**
3. Organisierter Notfalldienst			
Organisierter Notfalldienst	1.413,57	0,00	1.413,57
Gesamt	**1.413,57**	**0,00**	**1.413,57**
Gutschrift Gesamt	**1.514,93**	**0,00**	**1.514,93**
davon für Notfallpraxis			1.514,93

Honorarbescheid
Notfalldienst

Im Ärztlicher Bereitschaftsdienst, hier: Notfalldienst (NFD), der KVBW gibt es eine Umsatzgarantie. Liegt das berechnete Honorar für den jeweiligen Dienst unterhalb des festgelegten Mindestbetrages, erhält der Arzt den Differenzbetrag als Förderung von der KVBW. Wann und in welcher Höhe diese zum Tragen kommt, ist, genau wie die Fahrpauschale und die Strukturpauschale, im NFD-Statut der KVBW geregelt. Wie sich diese Regelungen auf das Notfalldienst-Honorar des Arztes auswirken, wird in den einzelnen Berechnungsschritten dargelegt.

Aufgeführt sind alle Dienste, die im Dienstplanungsprogramm (BD-Online) für den Arzt eingetragen sind, egal ob die Abrechnung der Leistungen über die Notfallpraxis oder die eigene Praxis erfolgte.

Der Notfalldienst wird über Sitzdienste und Fahrdienste geleistet.
Grundsätzlich werden alle Leistungen im NFD über die Notfallpraxis abgerechnet.
Fahrdienste können wiederum als Selbstfahrer durchgeführt werden oder
unter Inanspruchnahme eines Fahrservices. Beim Selbstfahrer kommt eine Fahrpauschale zum Tragen, und die Abrechnung kann ausnahmsweise über die eigene Betriebsstättennummer erfolgen.

Erläuterung der wichtigsten Begriffe

Strukturpauschale GKV
Die Strukturpauschale stellt den Beitrag der diensttuenden Ärzte für die Bereitstellung der Infrastruktur in den Notfallpraxen durch die KVBW dar. Die Pauschale beträgt 5 Prozent aus dem NFD-Honorar (Statut zur Notfalldienstordnung der KVBW). Bei Selbstfahrern, also ohne Fahrservice der KVBW oder der Notfallpraxis, fällt für die Leistungen im Fahrdienst keine Strukturpauschale an.

Ermittlung der Förderung
Eine Förderung ist im Sitzdienst an Werktagen (Mo-Fr), Wochenenden (Sa-So), Feiertagen, 24.12., 31.12. sowie an außerordentlichen NFD-Tagen in Höhe von 50 €/Std. möglich.

Im Fahrdienst beträgt die Förderung an Samstagen, Sonn- und Feiertagen, 24.12., 31.12. sowie an außerordentlichen NFD-Tagen ebenfalls 50 €/Std.
Im Fahrdienst an Wochentagen (Mo-Fr) je Dienst (= 14 Std.) max. 300 €, also 21,43 €/Std.

Mittwochs bzw. freitags kann der Dienst gemäß NFD-Ordnung früher beginnen und wird stundengenau (21,43 €/Std.) abgerechnet. Die Förderung (2.4) kommt nur zustande, wenn das Honorar aus der Abrechnung der Leistungen (Pkt.1.3) niedriger als der maximale Förderbetrag (Pkt.2.3) ausfällt. Eine zusätzliche Förderung gibt es am 24.12. und 31.12. im Sitz- und Fahrdienst (auch für Selbstfahrer), unabhängig vom NFD-Honorar oder sonstigen Förderungen (500,- €/Dienst, ggf. anteilig)

Ermittlung Fahrpauschale
Selbstfahrer (kein Fahrservice durch KVBW oder Notfallpraxis) erhalten folgende Fahrpauschale:
montags bis freitags pro Dienst
(= 14 Std.) max. 150 € = 10,72 €/Std.
an Samstagen, Sonn- und Feiertagen pro Dienst
(= 24 Std.) max. 300 € = 12,50 €/Std.

Honorarbescheid
Notfalldienst

17A Anlage Honorarbescheid Notfalldienst (NFD)

KVBW Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

KVBW · Postfach 800608 · D-70506 Stuttgart

Betriebsstättennummer
Quartal

Honorarabrechnungsnummer **XYZ**

Leistungserbringerort - Notfallpraxis
Selbstfahrer am TT.MM.JJJJ (Werktag)

1	**Ermittlung relevantes GKV-Honorar für die Förderung NFD**	
1.1	GKV-Honorar im NFD (EBM inkl. nicht förderungsrelevantes Honorar)	**378,38 €**
1.1.1	*davon: nicht förderungsrelevantes Honorar*	42,94 €
1.2	Strukturpauschale (5 % von (1.1 - 1.1.1))	0,00 €
1.3	Förderungsrelevantes Honorar (1.1 - 1.1.1 - 1.2)	335,44 €
2	**Ermittlung Förderung**	
2.1	Anzahl erbrachter Stunden	16
2.2	Förderungsbetrag je Stunde	21,43 €
2.3	Maximaler Förderungsbetrag (2.1 x 2.2)	342,88 €
2.4	Förderungsbetrag NFD (2.3 - 1.3)	7,44 €
3	**Ermittlung Fahrpauschale**	
3.1	Fahrpauschale anteilig für erbrachte Stunden	16
3.2	Fahrpauschale NFD	171,52 €

XYZ

Leistungserbringerort - Notfallpraxis
Sitzdienst am TT.MM.JJJJ (Wochenende)

1	**Ermittlung relevantes GKV-Honorar für die Förderung NFD**	
1.1	GKV-Honorar im NFD (EBM inkl. nicht förderungsrelevantes Honorar)	**632,38 €**
1.1.1	*davon: nicht förderungsrelevantes Honorar*	-1,19 €
1.2	Strukturpauschale (5 % von (1.1 - 1.1.1))	31,68 €
1.3	Förderungsrelevantes Honorar (1.1 - 1.1.1 - 1.2)	601,89 €
2	**Ermittlung Förderung**	
2.1	Anzahl erbrachter Stunden	13
2.2	Förderungsbetrag je Stunde	50,00 €
2.3	Maximaler Förderungsbetrag (2.1 x 2.2)	650,00 €
2.4	Förderungsbetrag NFD (2.3 - 1.3)	48,11 €

Ermittlung der extrabudgetär zu vergütenden offenen Sprechstunde

Bestimmte Facharztgruppen müssen nach Vorgabe des TSVG sogenannte offene Sprechstunden anbieten. Das heißt, dass sie von 25 Sprechstunden bei vollem Versorgungsauftrag mindestens fünf Stunden wöchentlich als offene Sprechstunden, ohne vorherige Terminvereinbarung anbieten müssen (bei reduziertem Versorgungsauftrag anteilig).
Betroffene Fachgruppen sind: Augenärzte, Chirurgen, Gynäkologen, Hautärzte, HNO-Ärzte, Kinder- und Jugendpsychiater, Nervenärzte, Neurochirurgen, Neurologen, Orthopäden, Psychiater und Urologen.

Erläuterung der wichtigsten Begriffe

Höchstwert in %
Die Umsetzung der Höchstgrenze für die ausbudgetierten Behandlungsfälle erfolgt praxisbezogen auf Basis der Arztgruppenfälle des aktuellen Quartals. Maximal werden 17,5 Prozent dieser Fälle als "offene-Sprechstunden-Fälle" extrabudgetär vergütet. Bei Überschreitung der Höchstgrenze erfolgt die Auswahl der heranzuziehenden Fälle per definiertem Zufallsalgorithmus.

Ermittlung der extrabudgetär zu vergütenden offenen Sprechstunde

5 Ermittlung der extrabudgetär zu vergütenden offenen Sprechstunden nach dem TSVG

Betriebsstättennummer
Quartal

Seite 1 von 1

Arztgruppe FA für Haut- und Geschlechtskrankheiten

1.	TSVG-Arztgruppenfälle gesamt	1.737
2.	Nicht anerkannte TSVG-Arztgruppenfälle (z.B. reine Kostenfälle, Probeuntersuchungen, Laborüberweisungen, org. Notfalldienst und stationäre Fälle)	3
3.	Höchstwert in Prozent	17,50 %
4.	Abgerechnete Arztgruppenfälle offene Sprechstunde (GOP 99873O)	4
5.	Anerkennungsfähige Arztgruppenfälle[1] (GOP 99873O) ((1. - 2.) x 3.)	304
6.	Nicht anerkannte Arztgruppenfälle[1] (GOP 99873O) Ausweisung auf dem Richtigstellungsbescheid	0

[1] Zufallsauswahl der Arztgruppenfälle gem. BA-Beschluss über Hash-Werte

Berechnung zur Schmerztherapie

Laut EBM Kap.30.7 Präambel Punkt 3 und 6 ist die Anzahl der schmerztherapeutisch behandelten Patienten je Arzt und Quartal begrenzt. In Baden-Württemberg liegt diese Grenze aus Sicherstellungsgründen abweichend zum EBM bei 400 Behandlungsfällen mit GOP 30702 je Arzt.

Eine höhere Behandlungsfallzahl wird nicht anerkannt bzw. führt zu einer Quotierung der insgesamt abgerechneten Leistungen nach GOP 30702 und 30704.

Erläuterung der wichtigsten Begriffe

Behandlungsfälle i. R. der Schmerztherapie
Zeigt die Anzahl der Patienten, die von Ihnen schmerztherapeutisch versorgt wurden.

Behandlungsfälle innerhalb Grenzwert
Die ausgewiesene Quote zeigt Ihnen den prozentualen Anteil Ihrer Behandlungsfälle innerhalb des Grenzwertes (400 BHF). Wird dort zum Beispiel ein Grenzwert von 99 Prozent ausgewiesen, bedeutet dies, dass 1 Prozent Ihrer Leistungsanforderung nach GOP 30702 und 30704 gekürzt wird.

Leistungsbedarf i. R. der Schmerztherapie nach GOP 30702 und 30704 in anerkannten Behandlungsfällen
Prozentual verminderter Leistungsbedarf Ihrer schmerztherapeutischen Leistungen. Dieser gekürzte Betrag geht in die weitere Berechnung für das Regelleistungsvolumen ein.

Berechnung zur Schmerztherapie

10 Berechnung zur Schmerztherapie

Betriebsstättennummer
Quartal

Seite 1 von 1

Berechnung Begrenzung

1.1 Behandlungsfälle i.R. Schmerztherapie	361
1.2 Grenzwert Behandlungsfälle	400
1.3 Behandlungsfälle innerhalb Grenzwert	100,00 %
1.4 Leistungsbedarf i.R. Schmerztherapie GOP 30702 und GOP 30704	32.006,79 €
1.5 Leistungsbedarf i.R. Schmerztherapie GOP 30702 und GOP 30704 anerkannt (1.4 x 1.3)	32.006,79 €

Berechnung zur Sozialpsychiatrie

Liegt bei Ihnen die Genehmigung zur Teilnahme an der sozialpsychiatrischen Versorgung vor, können Sie je Behandlungsfall eine Kostenpauschale abrechnen. Die Höhe der Pauschale gliedert sich in zwei Beträge. Ab dem 1. Januar 2026 beträgt die Pauschale vom ersten bis zum 350. Behandlungsfall 218,96 € (Pauschale a) und ab dem 351. Behandlungsfall 164,22 € (Pauschale b).

Die Anzahl der Behandlungsfälle ist für einen Arzt auf 400 Fälle pro Quartal begrenzt. Für jeden weiteren teilnehmenden Arzt einer Praxis wird diese Fallzahlgrenze um 80 % erhöht. Jobsharing Partner und angestellte Ärzte mit Leistungsbegrenzung werden nicht berücksichtigt. Werden mehr Patienten im Rahmen dieser Vereinbarung behandelt, erfolgt eine quotierte Vergütung, d.h. die Höhe der Pauschalen verringert sich.

Bei Ärzten, die nicht mit vollem Versorgungsauftrag tätig sind, verringert sich die als Obergrenze angegebene Fallzahl entsprechend des Tätigkeitsumfangs. So gelten z.B. für einen halben Versorgungsauftrag 200 Behandlungsfälle als Obergrenze und beim Wert der Pauschale gilt der volle Betrag bis zum 150. Behandlungsfall.

Erläuterung der wichtigsten Begriffe

Unter Punkt 1 werden die einzelnen teilnehmenden Ärzte und die jeweilige Anzahl der Behandlungsfälle im Rahmen der Vereinbarung angezeigt.
1.1.2/1.2.2: Fallzahlgrenze für Arzt 1 in Bezug auf Pauschale a = 350 Fälle, davon 80 Prozent für Arzt 2 = 280 Fälle
1.1.3/1.2.3: Fallzahlgrenze für Arzt 1 in Bezug auf Pauschale b = 400 Fälle, davon 80 Prozent für Arzt 2 = 320 Fälle.

Punkt 2 zeigt die Gesamtwerte der Praxis
2.2: Fallzahlgrenze für die gesamte Praxis in Bezug auf Pauschale a (Arzt 1= 350 Fälle plus Arzt 2= 280 Fälle = gesamt: 630 Fälle)
2.2.1: Behandlungsfälle der Praxis innerhalb der Grenze

Summe
Die Vergütung des errechneten Betrages erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und ist als „Einzelleistung“ auf der Honorarzusammenstellung aufgeführt.

Berechnung zur Sozialpsychiatrie

11 Berechnung zur Sozialpsychiatrie

Kassenärztliche Vereinigung
Baden-Württemberg

Betriebsstättennummer
Quartal

Seite 1 von 1

1 Behandlungsfälle im Rahmen SPV - Arzt
Dr. med. Mustermann
LANR XXXXXXXX

1.1.1	Behandlungsfälle i.R. SPV	424
1.1.2	Grenzwert Behandlungsfälle Pauschale 218,96 €	350
1.1.3	Grenzwert Behandlungsfälle Pauschale 164,22 €	400

2 Behandlungsfälle im Rahmen SPV - Praxis

2.1	Behandlungsfälle i.R. SPV	424
2.2	Grenzwert Behandlungsfälle Pauschale 218,96 €	350
2.2.1	Behandlungsfälle innerhalb Grenzwert	350
2.3	Grenzwert Behandlungsfälle Pauschale 164,22 €	400
2.3.1	Behandlungsfälle innerhalb Grenzwert	50

3 Vergütung

3.1	Vergütung Pauschale 218,96 € (2.2.1 x 218,96 €)	76.636,00 €
3.2	Vergütung Pauschale 164,22 € (2.3.1 x 164,22 €)	8.211,00 €
3.3	Summe	84.847,00 €
3.4	Quote	91,39 %

Leistungsbegrenzung gem. §101 SGB V

Eine Leistungsbegrenzung erhalten Praxen durch den Zulassungsausschuss, wenn sie in einem geschlossenen Planungsbereich zugelassen wurden oder einen Arzt angestellt haben. Hintergrund ist, dass es durch diese Zulassung/Anstellung nicht zu einer Ausweitung des bisherigen Leistungsumfanges kommen darf. Die Prüfung auf Einhaltung der Leistungsobergrenze erfolgt vor der Berechnung zum Regelleistungsvolumen.

Um Jahresschwankungen auszugleichen, wird eine Saldierung durchgeführt (zu ersehen in Anlage 12a Saldierung bei Leistungsbegrenzung §101 SGB V).

Erläuterung der wichtigsten Begriffe

Leistungsanforderung anerkannt
Alle abgerechneten und nach sachlich-rechnerischer Berichtigung anerkannte Leistungen vor RLV. Diesen „Bruttobetrag" ersehen Sie auch aus der Gebührennummernübersicht (Anlage 26).

Leistungsanforderung
Leistungen des organisierten NFD und Kosten (Impfungen, DMP, Kostenpauschalen, Labor usw.) werden aus der insgesamt abgerechneten Leistungsmenge herausgerechnet, da sie nicht der Begrenzung unterliegen.

Prüfgruppendurchschnitt
Durchschnittlicher Leistungsbedarf der Vergleichsgruppe im jeweiligen Abrechnungsquartal, ebenfalls bereinigt um Kosten und org. NFD. Dieser ist für die Berechnung ab dem fünften Leistungsquartal relevant.

Anpassungsfaktor
Hiermit werden Veränderungen des Leistungsbedarfs und ggf. neue Gebührennummern innerhalb der Prüfgruppe berücksichtigt. Durch Multiplikation von Anpassungsfaktor und Prüfgruppendurchschnitt entsteht eine rechnerische Obergrenze, die für die Praxis dann gilt, wenn sie höher ist als die eigene, ursprünglich festgelegte Obergrenze.

Leistungsanforderung nicht anerkannt
Gesamtbetrag der Kürzung

Quote
Anteil der anerkannten Leistungen in Bezug auf die kürzungs-relevante Leistungsanforderung. Eine Quote von 100 Prozent bedeutet, dass es keine Kürzung gab.

Leistungsbegrenzung gem. §101 SGB V

12 Leistungsbegrenzung § 101 SGB V

		Betriebsstättennummer Quartal	
		Seite	1 von 1
1.	**Leistungsanforderung**		
1.1	Leistungsanforderung anerkannt		86.550,56
1.1.1	Davon Notfalldienstleistungen		0,00
1.1.2	Davon Kosten		6.298,27
1.2	Leistungsanforderung begrenzungsrelevant (1.1 - 1.1.1 - 1.1.2)		80.252,29
2.	**Obergrenze**		
2.1	Obergrenze lt. Zulassungsausschuss		59.336,33
2.2	Prüfgruppendurchschnitt		62.449,82
2.3	Anpassungsfaktor		1,200020
2.4	Obergrenze rechnerisch (2.2 x 2.3)		74.941,03
2.5	Obergrenze festgesetzt (Maximum aus 2.1 und 2.4)		74.941,03
3.	**Leistungsbegrenzung**		
3.1	Leistungsanforderung anerkannt (Minimum aus 1.2 und 2.5)		74.941,03
3.2	Leistungsanforderung nicht anerkannt (1.2 - 3.1)		5.311,26
3.3	Quote anerkannte Leistungsanforderung (1 - (3.2 : 1.2)) x 100		93,38 %

Nachweis über Korrekturen im Honorarbescheid

Bestimmte Prüfungen oder Korrekturen können nicht quartalsgleich innerhalb der regulären Abrechnungsbearbeitung durchgeführt werden. Erst in den Folgequartalen kommt es zu entsprechenden Maßnahmen (z. B. Plausibilitätsprüfungen). Über die durchgeführten Korrekturen wird mit Bescheiden informiert, die Verbuchung erfolgt in diesen Fällen mit dem darauffolgenden Honorarbescheid. Um die Korrekturbuchungen im Honorarbescheid einer konkreten Maßnahme zuordnen zu können, wird der Nachweis über die Anlage 17 „Korrekturen im Honorarbescheid“ erstellt.

Erläuterung der wichtigsten Begriffe

Korrekturen aus
Um die Gründe für die Korrekturen im Honorarbescheid nachvollziehbar zu machen, wird hier der Sachverhalt und das Datum des entsprechenden Bescheides aufgeführt.

Nachweis über Korrekturen im Honorarbescheid

17 Nachweis über Korrekturen im Honorarbescheid

Betriebsstättennummer
Quartal

Seite

Honorarabrechnungsnummer

Korrekturen aus 4/19

Pauschalberichtigung arzt-kassenseitig, WSA KA vom 21.04.2021
DMP Asthma/COPD, KHK
GOP 92003, 92006,
GOP 99964, 99965, Bescheid vom 04.05.2021

Korrektur Honorar GKV	81,00 €
Gesamtsumme Vorgang	**81,00 €**

Gesamtsumme Korrekturen aus 4/19

Korrektur Honorar GKV	81,00 €

Honorarbescheid Quartal 1/2021

Datum	Buchungstext	LQ	Belastung €	Gutschrift €
30.06.2021	Korrektur Honorar GKV	4/19		81,00
30.06.2021	Korrektur Honorar GKV	1/20		27,00
30.06.2021	Honorar GKV	1/21		61.055,66
30.06.2021	Honorar sonstige Kostenträger	1/21		158,08
	Summe Honorare Brutto GKV/SKT			61.321,74
30.06.2021	Sicherstellungsumlage 0,3286 %	4/19	0,27	
30.06.2021	Verwaltungskosten Weiterbildung 0,47 %	4/19	0,38	
30.06.2021	allg. Verwaltungskosten 2,57 %	4/19	2,08	
30.06.2021	Sicherstellungsumlage 0,3286 %	1/20	0,09	
30.06.2021	Verwaltungskosten Weiterbildung 0,47 %	1/20	0,13	
30.06.2021	allg. Verwaltungskosten 2,57 %	1/20	0,69	
30.06.2021	Kopfpauschale	1/21	228,00	
30.06.2021	Sicherstellungsumlage 0,3286 %	1/21	201,14	
30.06.2021	Verwaltungskosten Weiterbildung 0,47 %	1/21	287,70	
30.06.2021	allg. Verwaltungskosten 2,57 %	1/21	1.573,19	
	Zwischensumme Honorar GKV/SKT		2.293,67	61.321,74
	Nettohonorar			59.028,07
30.06.2021	Betriebskosten TI	1/21		329,53
	Summe sonstige Buchungen GKV/SKT			329,53

Kürzung bei Nichterfüllung der Fortbildungsverpflichtung

Fortbildungsverpflichtung gemäß § 95d SGB V Innerhalb eines vorgeschriebenen Fünfjahreszeitraumes müssen von jedem Arzt/Psychotherapeuten insgesamt mindestens 250 Fortbildungspunkte nachgewiesen werden. Der Nachweis erfolgt durch ein Fortbildungszertifikat der Ärztekammer oder Psychotherapeutenkammer, das bei der KVBW eingereicht werden muss. Die Regelung gilt auch für ermächtigte oder angestellte Ärzte und Psychotherapeuten ab einer Gesamtdauer der Ermächtigung oder Anstellung von fünf Jahren.

Liegt der Fortbildungsnachweis nicht oder nicht vollständig vor, ist die Kassenärztliche Vereinigung zu einer Honorarkürzung (§ 95d Abs. 3 Satz 4 SGB V) verpflichtet. Dies gilt auch für Ärzte/Therapeuten mit Leistungsbegrenzung. Die Honorarkürzung endet nach Ablauf des Quartals, in dem der vollständige Fortbildungsnachweis erbracht wird.

In Praxen mit mehreren Ärzten/Therapeuten erfolgt die Kürzung nur für den Teilnehmer, der den Fortbildungsnachweis nicht vorgelegt hat.

Erläuterung der wichtigsten Begriffe

Honorar kürzungsrelevant
Das von der KVBW berechnete GKV-Gesamthonorar je Arzt/Therapeut laut Honorarzusammenstellung, abzüglich Kostenerstattungen für Laborleistungen, Wegepauschalen und Kosten Kapitel 40 EBM.

Kürzungsprozentsatz
In den ersten vier Quartalen, die auf den Fünfjahreszeitraum folgen, jeweils Kürzung des Honorars um 10 Prozent, in den darauf folgenden vier Quartalen jeweils Kürzung des Honorars um 25 Prozent.

Kürzung bei Nichterfüllung der Fortbildungsverpflichtung

16 Kürzung bei Nichterfüllung der Fortbildungs-verpflichtung § 95d SGB V

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

KVBW · Postfach 800608 · D-70506 Stuttgart

Betriebsstättennummer

Quartal

Seite 1 von 1

1.1	**Honorar kürzungsrelevant**	
1.1.1	Honorar GKV	12.906,57
1.1.2	Kostenerstattung Labor Kap. 32 EBM	539,67
1.1.3	Kosten, Wegepauschalen	105,86
1.1.4	Honorar kürzungsrelevant (1.1.1 - 1.1.2 - 1.1.3)	12.261,04
1.2	**Kürzung**	
1.2.1	Anzahl Quartale ohne Fortbildungsnachweis (1-4 Quartale)	4
1.2.2	Anzahl Quartale ohne Fortbildungsnachweis (5-8 Quartale)	-
1.2.3	Kürzungsprozentsatz	10%
1.2.4	Kürzungsbetrag (1.1.4 x 1.2.3)	1.226,10
Gesamt		**1.226,10**

Berechnung zur Bewertung
GOP 03040 bzw. 04040 EBM®

Wer hausärztlich tätig ist, muss in seiner Praxis bestimmte Grundstrukturen vorhalten. Die dafür anfallenden Fixkosten werden durch die versorgungsbereichsspezifische Strukturpauschale (Vorhaltepauschale nach GOP 03040 / 04040(V)) abgerechnet. Einmal im Quartal für jeden Patienten, den Sie hausärztlich betreuen, setzt die KVBW diese Pauschale automatisch zu, sofern eine Versichertenpauschale (03000, 03030 bzw. 04000, 04030) abgerechnet wurde.

Die Strukturpauschale wird nicht zugesetzt, wenn der Arzt in einem Behandlungsfall zusätzlich oder ausschließlich Leistungen durchführt, die nicht zum typischen hausärztlichen Versorgungsbereich zählen, zum Beispiel Akupunktur, Psychotherapie oder Schmerztherapie. Der Grund: Die Vergütung der Grundstrukturen ist in der Kalkulation dieser Leistungen bereits anteilig berücksichtigt.

Der Bewertungsausschuss hat für den EBM vorgegeben, dass sich der Wert der zugesetzten Pauschale bei besonders großen bzw. kleinen Praxen verändert.
So erhöht sich bei Praxen mit mehr als 1.200 Behandlungsfällen je Arzt die Punktzahl der Strukturpauschale: Bei Kinderarztpraxen um 13 Punkte und bei Hausarztpraxen um 9 Punkte. Bei Praxen mit weniger als 400 Behandlungsfällen je Arzt verringert sich die Punktzahl um 13 Punkte.

Hinweis für Hausarztpraxen: Bei Hausarztpraxen die weniger als 10 Schutzimpfungen im Quartal durchführen, wird die Bewertung der GOP 03040 um 40 Prozent abgesenkt.
Von der Abschlagsregelung ausgenommen sind diabetologische Schwerpunktpraxen, HIV-Schwerpunktpraxen und Substitutionspraxen.

Erläuterung der wichtigsten Begriffe

Bewertung laut EBM in Punkten
Wert der Leistung in Punkten; bei Nebeneinanderberechnung der GOP 03040(V) / 04040(V) und 03030(V) / 04030 (V) im selben Behandlungsfall halbiert sich auch die laut EBM angegebene Punktzahl der Strukturpauschale (es erfolgt eine Kennzeichnung „E").

Zu berücksichtigende Behandlungsfallzahl
Alle Fälle, in denen ein Hausarzt mindestens eine vertragsärztliche Leistung abgerechnet hat. Für die Fallzählung nicht berücksichtigt werden: Fälle des organisierten Notfalldienstes, Überweisungsfälle zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen oder zur Befundung von dokumentierten Untersuchungsergebnissen, Behandlungsfälle, in denen ausschließlich Kostenerstattungen des Kapitels 40 berechnet werden, sowie stationäre (belegärztliche) Behandlungsfälle. Sofern für Selektivvertragsfälle (HZV) die Kennzeichnung 88192 / 88194 angegeben wurde, zählen diese Fälle hier mit.

Aufschlag bzw. Abschlag
Punktzahl der GOP 03040 / 04040, die sich nach Berücksichtigung der Behandlungsfallzahl ergibt.

Berechnung zur Bewertung
GOP 03040 bzw. 04040 EBM®

23 Berechnung zur Bewertung GOP 03040 bzw. 04040 EBM

KVBW
Kassenärztliche Vereinigung
Baden-Württemberg

Betriebsstättennummer
Quartal

Seite 1 von 2

Ermittlung Bewertung GOP 03040 EBM

1	**Bewertung lt. EBM in Punkten**	
1.1	GOP 03040	128,0
1.2	GOP 03040V	102,4
1.3	GOP 03040E	64,0
2	**Anzahl Behandlungsfälle**	
2.1	Eingereichte Behandlungsfallzahl	2.723
2.2	zu berücksichtigende Behandlungsfallzahl	3.791
3	**Anzahl Ärzte gemäß Nr. 1 der Präambel 3.1**	2,00
4	**Anzahl Behandlungsfälle je vollem Versorgungsauftrag (2.2 : 3)**	1.896
5	**Aufschlag bzw. Abschlag**	
5.1	Bewertung GOP 03040	137,0
5.2	Bewertung GOP 03040V	109,6
5.3	Bewertung GOP 03040E	68,5
6	**Abschlag Schutzimpfungen[1]**	
6.1	Anzahl Schutzimpfungen	124
6.2	Abschlag	0,00%
6.3	Bewertung GOP 03040 (5.1-(5.1 x 6.2))	137,0
6.4	Bewertung GOP 03040V (5.2-(5.2 x 6.2))	109,6
6.5	Bewertung GOP 03040E (5.3-(5.3 x 6.2))	68,5

[1] Bei weniger als 10 Schutzimpfungen im Quartal wird ein Abschlag von 40% auf die GOPen berechnet.
Ausnahmen: Schwerpunkt- (HIV, Diabetes) und Substitutionspraxen, in denen Hausärzte bei mehr als 20 % der Patienten spezialisierte Behandlungen im Rahmen des Schwerpunktes durchführen.

Berechnung zur Bewertung
GOP 03040 bzw. 04040 EBM®

Zuschläge 03041 oder 03042 zur Vorhaltepauschale

Bei Hausarztpraxen (Kapitel 3 EBM) wird bei Erfüllung bestimmter Kriterien entweder die GOP 03041 (10 Punkte) oder die GOP 03042 (30 Punkte) durch die KV hinzugefügt.

Insgesamt gibt es 10 verschiedene Kriterien, die im EBM definiert sind.
Für ausgewählte Kriterien ist eine Mindestanzahl an Leistungen im Verhältnis zur berücksichtigten Behandlungsfallzahl definiert. Hierbei werden sämtliche Behandlungsfälle der Praxis nach EBM-Präambel 3.1.10 berücksichtigt (alle „kollektivvertraglichen Behandlungsfälle“). Hierbei zählen alle Leistungen, die durch einen hausärztlich zugelassenen Teilnehmer erbracht wurden.

Bei Erfüllung von mindestens 2 und weniger als 8 Kriterien wird die GOP 03041 durch die KV zugesetzt.
Bei Erfüllung von mindestens 8 Kriterien wird die GOP 03042 durch die KV zugesetzt.

Angabe Pseudo-GOP bei Nichterfüllung von Kriterium 9 und/oder 10:

- 99809 – Pseudo-GOP: Praxis erfüllt nicht Kriterium 9 für den Zuschlag zur Vorhaltepauschale (Teilnahme Qualitätszirkel (QZ) und/oder fachgleiche BAG)
- 99810 – Pseudo-GOP: Praxis erfüllt nicht Kriterium 10 für den Zuschlag zur Vorhaltepauschale (Praxisöffnungszeiten)

Sonderregelung Schwerpunktpraxen:

Praxen, in denen Hausärzte bei mehr als 20 Prozent der Patienten spezialisierte diabetologische Behandlungen, spezialisierte Behandlungen von Patienten mit HIV/AIDS (Leistungen des EBM-Kapitels 30.10 GOP 30920, 30922 und 30924) oder substitutionsgestützte Behandlungen Opioidabhängiger (EBM-Abschnitt 1.8) im Quartal durchführen, erhalten den 10 Punkte Zuschlag (GOP 03041) ohne die Mindestanzahl der Kriterien erfüllen zu müssen. Für den höheren Zuschlag von 30 Punkten (GOP 03042) müssen auch die diabetologische Schwerpunktpraxen, HIV-Schwerpunktpraxen und Substitutionspraxen mindestens 8 Kriterien erfüllen.

Berechnung zur Bewertung
GOP 03040 bzw. 04040 EBM®

23 Berechnung zur Bewertung GOP 03040 bzw. 04040 EBM

Betriebsstättennummer
Quartal

Seite 2 von 2

Ermittlung der Zuschläge GOP 03041 oder 03042 EBM

1	**Zu berücksichtigende Behandlungsfallzahl** (ohne über die KVBW eingereichte Fälle mit ausschließlich GOP 88192/88194)	2.698
1.1	Häufigkeiten Haus- und Pflegeheimbesuche	1.014
1.2	Quote Haus- und Pflegeheimbesuche (1.1 / 1)	37,58%
1.3	Kriterium erfüllt (1.2 >= 5,00%)	ja
2.1	Häufigkeiten geriatrische / palliativmedizinische Versorgung	607
2.2	Quote Geriatrie (2.1 / 1)	22,50%
2.3	Kriterium erfüllt (2.2 >= 12,00%)	ja
3.1	Häufigkeiten Kooperation Pflegeheim (Kap. 37.2 EBM)	1.066
3.2	Quote Kooperation Pflegeheim (3.1 / 1)	39,51%
3.3	Kriterium erfüllt (3.2 >= 1,00%)	ja
4.1	Häufigkeiten Schutzimpfungen	124
4.2	Quote Schutzimpfungen (4.1 / 1)	4,60%
4.3	Kriterium erfüllt (4.2 >= 7,00%)	nein
5.1	Häufigkeiten Kleinchirurgie/Wundversorgung/Post-OP	139
5.2	Quote Chirurgie (5.1 / 1)	5,15%
5.3	Kriterium erfüllt (5.2 >= 3,00%)	ja
6.1	Häufigkeiten Ultraschall	47
6.2	Quote Ultraschall (6.1 / 1)	1,74%
6.3	Kriterium erfüllt (6.2 >= 2,00%)	nein
7.1	Häufigkeiten hausärztliche Basisdiagnostik	128
7.2	Quote Basisdiagnostik (7.1 / 1)	4,74%
7.3	Kriterium erfüllt (7.2 >= 3,00%)	ja
8.1	Häufigkeiten Videosprechstunde	69
8.2	Quote Videosprechstunde (8.1 / 1)	2,56%
8.3	Kriterium erfüllt (8.2 >= 1,00%)	ja
9	Kooperation Kriterium erfüllt [1]	ja
10	Praxisöffnungszeiten Kriterium erfüllt [2]	ja
Anzahl der erfüllten Kriterien [3]		8
Zuschlag GOP 03042 EBM in Punkten		**30**
Zuschlag GOP 03042V EBM in Punkten		**24**

[1] Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit in fachgleichen (Teil-)Berufsausübungsgemeinschaften und/oder Teilnahme an Qualitätszirkeln '- Zusetzung der GOP 99809 bei Nicht-Erfüllung
[2] Praxisöffnungszeiten mindestens 14tägig am Mittwoch und/oder Freitag nach 15 Uhr und/oder an mindestens einem Werktag

Bewertung Gesprächsbudget
GOP 03230(V) bzw. 04230(V) / 04231(V) EBM®

Für die GOP 03230(V) / 04230(V) und 04231(V) wird laut EBM ein begrenztes Punktzahlvolumen (Budget) gebildet. Dieses Punktzahlvolumen beträgt 64 Punkte, multipliziert mit der Anzahl der Behandlungsfälle der Praxis, bei denen ein Hausarzt vertragsärztliche Leistungen durchgeführt und berechnet hat. Über das Punktzahlvolumen hinausgehende Gespräche können nicht vergütet werden. Umgesetzt wird diese Regelung in Form einer Quotierung. Hierzu wird der Anteil des überschreitenden Punktzahlvolumens ermittelt und die Punktzahl der GOP 03230(V) / 04230(V) / 04231(V) um diesen Anteil reduziert.

Erläuterung der wichtigsten Begriffe

Häufigkeit der GOP
Anzahl der gesamt abgerechneten Gesprächsleistungen

Punktzahl der GOP
Wert in Punkten laut EBM

Eingereichte Behandlungsfallzahl
Alle GKV-Behandlungsfälle der Praxis

Zu berücksichtigende Behandlungsfallzahl
Alle Fälle, in denen ein Hausarzt mindestens eine vertragsärztliche Leistung abgerechnet hat. Nicht berücksichtigt für die Fallzählung werden Fälle des organisierten Notfalldienstes, Überweisungsfälle zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen oder zur Befundung von dokumentierten Untersuchungsergebnissen sowie Behandlungsfälle, in denen ausschließlich Kostenerstattungen des Kapitels 40 berechnet werden, und stationäre (belegärztliche) Behandlungsfälle. Diese Fallzahl kann somit geringer sein als die eingereichte Behandlungsfallzahl.

Abgerechnete Gesamtpunktzahl
Punktsumme aller abgerechneten Gesprächsleistungen 03230 (V) / 04230(V) / 04231(V) (Anzahl multipliziert mit der Punktzahl je GOP lt. EBM)

Begrenzte Gesamtpunktzahl
Gesprächsbudget; zu berücksichtigende Fallzahl multipliziert mit 64 Punkten (=Vorgabe lt. EBM)

Wert der GOP nach Begrenzung
Die ermittelte Quote wird mit der Punktzahl lt. EBM multipliziert und ergibt so die reduzierte Punktzahl.

Bewertung Gesprächsbudget
GOP 03230(V) bzw. 04230(V) / 04231(V) EBM®

24 Bewertung Gesprächsbudget GOP 03230(V) bzw. 04230(V) / 04231(V) EBM

Betriebsstättennummer
Quartal

Seite 1 von 1

1	**Häufigkeit GOP 03230(V) / 04230(V) / 04231(V)**		
1.1	LANR xxxxxxx Dr. med. Xxxx Xxxxxx		583
1.2	Gesamt		583
2	**Punktzahl der GOP 03230(V) / 04230(V) / 04231(V)**	128	Punkte
3	**Anzahl Behandlungsfälle**		
3.1	Eingereichte Behandlungsfallzahl		977
3.2	Zu berücksichtigende Behandlungsfallzahl		977
4	**Berechnung Punktzahlvolumen**		
4.1	Abgerechnete Gesamtpunktzahl (1.2 x 2)	74.624	Punkte
4.2	Begrenzte Gesamtpunktzahl (3.2 x 64 Punkte)	62.528	Punkte
4.3	Punktzahlüber-/unterschreitung (4.1 - 4.2)	12.096	Punkte
4.4	Quote vergütete Gesprächsleistung (4.2 : 4.1 x 100)	83,79	%
4.5	Wert der GOP 03230(V) / 04230(V) / 04231(V) nach Begrenzung (2 x 4.4)	107,3	Punkte

Berechnung der Bewertungen
GOP 35571, 35572 und 35573 EBM®

Psychotherapeuten und Vertragsärzte, die psychotherapeutische Sprechstunden, Akutbehandlungen, Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung, Therapieleistungen aus Kapitel 35.2 EBM oder Kapitel 30.11 sowie GOP 37500 erbringen, können Zuschläge (GOP 35571, 35572, 35573) zu diesen Leistungen erhalten.

Die Zuschläge werden von der Kassenärztlichen Vereinigung zugesetzt. Hierbei muss eine Mindest-und Obergrenze berücksichtigt werden.

Für alle Therapieleistungen (GOP 30932, 30933, 35151, 35152, 35173-35179, 35401-35719 und 37500) wird die Gesamtpunktesumme ermittelt. Überschreitet diese die festgelegte Mindestgrenze, werden die Zuschläge zugesetzt. Bei abgerechneten Therapieleistungen in Höhe von mindestens 182.084 Punkten (voller Versorgungsauftrag) und maximal 364.168 Punkten haben die Zuschläge einen Wert in voller Höhe lt. EBM. Danach, bis zu einer Obergrenze von 424.862 Punkten, reduziert sich der Zuschlagswert auf die Hälfte. Für darüber hinaus abgerechnete Therapien gibt es keinen Zuschlag.
Bei anteiligen Versorgungsaufträgen reduzieren sich die Schwellenwerte entsprechend. Auch selektivvertraglich abgerechnete Therapieleistungen, die mittels Pseudo GOP (99920 ff.) angegeben wurden, werden hierbei berücksichtigt.

Wird die Mindestpunktzahl erreicht, setzt die KV die Zuschläge bereits ab der ersten abgerechneten Therapieleistung hinzu, allerdings mit einer entsprechend quotierten Bewertung.

Erläuterung der wichtigsten Begriffe

Leistungsbedarf
Punktzahlen aller abgerechneten und über angegebene Pseudoziffern ermittelten Therapieleistungen der EBM-Kapitel 35.2.1, 35.2.2 und 30.11 (inkl. GOP 35151, 35152 und 35173-35179) sowie GOP 37500

Tätigkeitsumfang
Laut Zulassungsbescheid festgelegter Versorgungsauftrag bzw. Berücksichtigung in der Bedarfsplanung. Voller Tätigkeitsumfang = 1,00 , anteilig = 0,75 / 0,5 / 0,25

Mindestpunktzahl gemäß Nr. 2 der Präambel zum Abschnitt 35.2 EBM
Erst wenn im Quartal die abgerechnete Punktzahl für die oben genannten GOPs diesen Schwellenwert erreicht bzw. überschreitet, gibt es Zuschläge. Bis zur doppelten Mindestpunktzahl (364.168) gibt es die Zuschläge mit vollem Wert, danach bis zur maximalen Obergrenze mit halbem Wert.

Maximalpunktzahl gemäß Nr. 3 der Präambel zum Abschnitt 35.2 EBM
Obergrenze, bis zu der maximal Zuschläge möglich sind. Für Therapieleistungen über dieser Punktzahl gibt es keine Zuschläge.

Abstaffelungsfaktor
Notwendig für die Berechnung der Quote. Mit dem Abstaffelungsfaktor wird rechnerisch die unterschiedliche Vergütungshöhe unter und über dem Schwellenwert berücksichtigt.

Quote
Aus technischen Gründen werden die Zuschläge bereits zur ersten abgerechneten Therapieleistung zugesetzt und der abschließende Wert dann über eine Quote ermittelt. Die Bewertung der Zuschläge lt. EBM (GOP 35571 = 186 Punkte/ GOP 35572 = 77 Punkte/ GOP 35573 = 95 Punkte) wird mit der hier angegebenen Quote multipliziert. Quote 50,00 bedeutet z.B. die GOP 35571 wird mit einem Wert von 93 Punkten vergütet.

Berechnung der Bewertungen
GOP 35571, 35572 und 35573 EBM®

28 Berechnung der Bewertungen
GOP 35571, 35572 und 35573 EBM

Kassenärztliche Vereinigung
Baden-Württemberg

KVBW · Postfach 800608 · D-70506 Stuttgart

Betriebsstättennummer
Quartal

LANR

1	Leistungsbedarf GOP 30932, 30933, 35151, 35152, 35173 bis 35179, 37500 und die Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2 EBM	303.738
2	Leistungsbedarf GOP 30932, 30933, 35151, 35152, 35173 bis 35179, 37500 und die Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2 EBM Selektivvertrag	32.096
3	Leistungsbedarf GOP 30932, 30933, 35151, 35152, 35173 bis 35179, 37500 und die Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2 EBM gesamt (1+2)	335.834
4	Tätigkeitsumfang	1,00
5	Mindestpunktzahl gemäß Nr. 2 der Präambel GOP 30932, 30933, 35151, 35152, 35173 bis 35179, 37500 und die Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2 EBM	182.084
6	Doppelte Mindestpunktzahl	364.168
7	Maximalpunktzahl gemäß Nr. 3 der Präambel GOP 30932, 30933, 35151, 35152, 35173 bis 35179, 37500 und die Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2 EBM	424.862
8	Abstaffelungsfaktor	0,0
9	Quote ((3 - 5) : 3) x 100	45,78

Berechnung zur Bewertung
GOP 03060 / 03061 EBM®

Nichtärztliche Praxisassistenten (NäPA) können unter bestimmten Voraussetzungen durch die KVBW genehmigt werden. Wenn die Genehmigung vorliegt, erhalten Hausärzte für die Anstellung einer NäPa Zuschläge zur Versorgungspauschale (GOP 03040(V)) über die Gebührenordnungspositionen 03060(V) und 03061(V) und 03061. Die Abrechnung erfolgt von der KVBW automatisch einmal für jeden Behandlungsfall, in welchem auch die Versorgungspauschale zum Ansatz kommt.

Laut EBM hat die GOP 03060 einen Wert von 22 Punkten und die 03061 von 12 Punkten. Je Praxis und Quartal gilt ein Gesamt-Höchstwert von 23.800 Punkten (entspricht ca. 700 Behandlungsfällen).

Bei Praxen, die an einem Selektivvertrag gem. §73b SGB V teilnehmen, reduziert sich dieser Höchstwert um 34 Punkte je selektivvertraglichem Behandlungsfall der Praxis im Quartal. Für diese Praxen besteht nach den Bestimmungen des EBM die Verpflichtung, alle Selektivvertragsfälle anhand der Kennziffer 88194 nachzuweisen.

Erläuterung der wichtigsten Begriffe

Höchstwert Praxis
In der Praxis wurden im Abrechnungsquartal Selektivvertragspatienten behandelt (Punkt 2.1). Jeder Fall wird mit 34 Punkten multipliziert (Wert der GOP 03060 plus 03061. Um diese ermittelte Punktzahl reduziert sich der Höchstwert lt. EBM (Punkt 1.1) und ergibt die maximal mögliche Punktzahl der Praxis (Punkt 1.2).

Quote vergütete GOP 03060(V)
Die Quote ergibt sich aus dem festgesetzten Höchstwert der Praxis (Punkt 1.2) im Verhältnis zur Gesamtpunktzahl aller zugesetzten GOP 03060(V) und 03061(V) der Praxis (Punkt 3.1).

Wert GOP 03060(V) / 03061(V) nach Begrenzung
Jede zugesetzte GOP 03060(V) / 03061(V) geht mit der hier angegebenen Punktzahl in die weitere Honorarberechnung ein (Punkt 3.5 ff.).

Berechnung zur Bewertung
GOP 03060 / 03061 EBM®

31 Berechnung zur Bewertung GOP 03060 / 03061 EBM

Betriebsstättennummer
Quartal

Seite 1 von 1

Ermittlung Bewertung GOP 03060(V) / 03061(V) EBM

1	**Bewertung lt. EBM in Punkten**	
1.1	Höchstwert lt. EBM GOP 03060(V) / 03061(V)	23.800
1.2	Höchstwert Praxis (1.1 - (34 Punkte x 2.1))	23.800
2	**Anzahl Selektivvertrags-Fälle**	
2.1	über die KV eingereichte Selektivvertrags-Fälle	0
3	**Leistungsbedarf GOP 03060(V) / 03061(V) EBM in Punkten**	
3.1	Abgerechnete Gesamtpunktzahl	169.809,6
3.2	Höchstwert Praxis (1.2)	23.800,0
3.3	Punktzahlüber-/unterschreitung (3.1 - 3.2)	146.009,6
3.4	Quote vergütete GOP 03060(V) / 03061(V)	14,02 %
3.5	Wert GOP 03060 nach Begrenzung	3,1
3.6	Wert GOP 03061 nach Begrenzung	1,7
3.7	Wert GOP 03060V nach Begrenzung	2,5
3.8	Wert GOP 03061V nach Begrenzung	1,3

Anbindung an die Telematikinfrastruktur

Bei Anbindung an die Telematikinfrastruktur erfolgt die Vergütung der TI-Pauschalen automatisch anhand der jeweiligen Prüfnachweise in Ihrer Quartalsabrechnung. Sie müssen keine Rechnungen oder sonstigen Unterlagen bei uns einreichen, Sie erhalten die Erstattung unbürokratisch mit der Abschlusszahlung.

Fehlt die Anbindung, der VSDM-Prüfnachweis oder vorgeschriebene Komponenten, kann es zu Honorarkürzungen kommen.

Erläuterung der wichtigsten Begriffe

TI-Pauschalen
Für den TI-Anschluss erhalten Sie eine monatliche Zahlung. Was Sie konkret bekommen, hängt davon ab, wie viele Ärzte/Psychotherapeuten in Ihrer Praxis arbeiten und ab wann Sie an die TI angebunden sind.
Die Euro-Beträge zu den Finanzierungspauschalen finden Sie übersichtlich aufgelistet unter:
kvbawue.de/praxis/unternehmen-praxis/it-online-dienste/telematikinfrastruktur-ti-e-health

Nach Anbindung Ihrer Praxis an die Telematikinfrastruktur und Installation der erforderlichen Fachanwendungen haben Sie Anspruch auf die Auszahlung der jeweiligen TI-Finanzierungspauschale. Die notwendigen Informationen erhält die KV automatisch über Ihre Quartalsabrechnung (siehe KBV-Prüfmodul).
Die Auszahlung erfolgt quartalsweise mit Ihrer Schlusszahlung.

Erstausstattung Pauschalen und laufende Betriebskosten Telematikinfrastruktur

22 Übersicht Telematikinfrastruktur Pauschale

KVBW
Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

KVBW · Postfach 800608 · D-70506 Stuttgart

Betriebsstättennummer
Quartal

Betriebsstättennummer		
Betriebsstart TI	TT.MM.JJ	
Anzahl der Ärzte/Therapeuten in der Praxis	2[1]	
TI-Pauschale	1[2]	
Erstattung der Konnektortauschpauschale		
TI-Pauschale für Juli		237,78 €
TI-Pauschale für August		237,78 €
TI-Pauschale für September		237,78 €
Summe TI-Pauschale		**713,34 €**
Summe TI-Pauschale		**713,34 €**

Impressum

Erläuterungen zu den Abrechnungsunterlagen

Herausgeber
KVBW
Kassenärztliche Vereinigung
Baden-Württemberg
Albstadtweg 11
70567 Stuttgart

Redaktion
Dr. med. Karsten Braun, LL. M. (verantwortlich)
Julian Höfer
Abrechnungsberatung

Gestaltung/Layout
Norman ILL

Bildnachweis
Titelseite iStock/shapecharge
S.71 iStock/SrdjanPav

Stand
September 2026

KVBW
Kassenärztliche Vereinigung
Baden-Württemberg
Albstadtweg 11
70567 Stuttgart
Telefon 0711 7875-0

