

Hinweise zur Abrechnung der KV Baden-Württemberg

ABRECHNUNGSQUARTAL 4 / 2019

Alles Gute.



Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Sehr verehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,

mit diesem Honorarversand erhalten Sie die Honorarabrechnung sowie die Hinweise zur Abrechnung für das Quartal **4/2019**.

Das Honorarergebnis zeigt auch im letzten Quartal des Jahres 2019 – wie in den Quartalen zuvor – ein stabiles und erfreuliches Bild.

Gegenüber dem Vorjahresquartal ist gesamthaft eine Honorarsteigerung von über **2%** festzustellen, die sich in den Honorarergebnissen bei nahezu allen Fachgruppen positiv ausdrückt – natürlich immer praxisindividuell abhängig vom Leistungsumfang und Leistungsspektrum von z.B. extrabudgetären Leistungen oder von strukturellen Förderleistungen und unter Berücksichtigung der Bereinigung infolge der Teilnahme an Selektivverträgen.

Im **hausärztlichen Versorgungsbereich** werden bei Wegfall **aller** Mengenbegrenzungsmaßnahmen – einschließlich der Fallzahlbegrenzungsregelung – **weiterhin alle abgerechneten und anerkannten** Leistungen mit den festen Preisen der Euro-Gebührenordnung – also **zu 100%** – ausbezahlt.

Auch im **fachärztlichen Bereich** führen die umfangreichen extrabudgetären Leistungen zu einer **positiven Honorarentwicklung** und einem deutlichen **Plus**, trotz Bereinigung durch die Selektivverträge.

WICHTIGE HINWEISE zum Ausgleich von Honorarverlusten während der Covid-19-Pandemie (Härtefallregelung Covid-19) ab dem Quartal 1/2020

In den vergangenen Wochen hat sich in Deutschland eine Situation entwickelt, die wir alle bis vor Kurzem noch nicht für möglich gehalten hätten.

Sie alle zeigen bei hohem persönlichem Einsatz, dass Arzt mehr ist als eine Tätigkeit – Arzt ist eine hohe moralische Verpflichtung, welcher Sie mit Bravour nachkommen.

Dabei lassen wir Sie, liebe Kolleginnen und Kollegen, gerade in diesen schwierigen Zeiten nicht alleine!

Zur Abfederung von Covid-19 bedingten Honorareinbußen hat der Gesetzgeber mit dem COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz, das am 28. März 2020 in Kraft getreten ist, die gesetzlichen Rahmenbedingungen zum Ausgleich COVID-19 bedingter finanzieller Belastungen als Reaktion auf die gegenwärtige Krise rund um das Corona-Virus beschlossen.

Ziel des Gesetzes ist mit Blick auf die Vertragsärzteschaft zum einen, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen in dieser Situation außergewöhnliche Maßnahmen ergreifen können und Ihnen, liebe Kolleginnen und Kollegen, die damit verbundenen erheblichen Kosten zur Sicherstellung der Versorgung erstattet werden, sowie zum anderen der Schutz der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte vor zu hohen Honorarminderungen bei verringerter Inanspruchnahme vertragsärztlicher Leistungen aufgrund von Patientenrückgängen in Folge der Pandemie.

Der Fallzahlrückgang darf jedoch nicht aufgrund einer Verkürzung der Präsenzzeiten aus anderen als pandemiebedingten Gründen erfolgen. Grundsätzlich müssen die gesetzlich vorgeschriebenen Mindestsprechzeiten erfüllt sein.

Wir arbeiten bereits mit Hochdruck an der konkreten Ausgestaltung eines regionalen Schutzschirmes, unter welchen Voraussetzungen und in welcher Höhe ein finanzieller Ausgleich möglich ist. Vorbehaltlich einiger mit den Kassen noch zu klärenden Modalitäten und einer noch herbeizuführenden Anpassung des Honorarverteilungsmaßstabs durch unsere Vertreterversammlung kann ich Ihnen schon heute folgendes mitteilen:

Der geplante Schutzschirm soll Ihnen einen Honorarausgleich von 90 Prozent des GKV-Gesamthonorars der Praxis im Vorjahresquartal sichern. Auch für Neupraxen und bei Konstellationsänderungen werden dabei Lösungen gefunden.

Wenn Sie also pandemiebedingte Umsatzeinbußen in einer Größenordnung von über 10% gegenüber dem GKV-Honorarergebnis im Vorjahresquartal zu verzeichnen haben, erhalten Sie von Amts wegen eine Ausgleichszahlung mit dem Honorarbescheid. Eine Antragstellung Ihrerseits ist nicht erforderlich!

Wichtig ist jedoch – und insoweit besteht eine Mitwirkungspflicht Ihrerseits –, dass Sie uns **schnellstmöglich mitteilen, in welcher Höhe Sie Entschädigungen nach dem Infektionsschutzgesetz oder staatliche bzw. private Finanzhilfen beanspruchen oder bereits erhalten haben**. Denn der Gesetzgeber hat uns verpflichtet, diese Finanzhilfen bei der Höhe der Ausgleichszahlung – ggf. anteilig – zu berücksichtigen.

Bitte verwenden Sie für Ihre Rückmeldung ausschließlich das hierfür vorgesehene Formblatt, welches Sie auf unserer Homepage unter

www.kvbawue.de/praxis/aktuelles/coronavirus-sars-cov-2/honorar-finanzhilfen

finden und senden dieses an unser e-Fax (0711-7875-483735) oder per Mail an das eigens hierfür eingerichtete Funktionspostfach HVM_Antraege@kvbawue.de.

Herzlichst

Ihr



Dr. med. Norbert Metke
Vorsitzender des Vorstandes

Dringender Hinweis zur Verordnungsweise von Arznei- und Heilmitteln zur Regressvermeidung

Die vom Gesetzgeber vorgegebene Wirtschaftlichkeitsprüfung bei veranlassten Leistungen, insbesondere im Bereich der **Arzneimitteltherapie**, führt jährlich zu zahlreichen Prüfverfahren, wenn beispielsweise Ihr Praxisindividueller Richtwert (PiRW) um mehr als 25% überschritten wird. Ebenso sind wir bedauerlicherweise mit zahlreichen **Einzelfallprüfanträgen der Krankenkassen** konfrontiert (z. B. bei Verstoß gegen die Arzneimittelrichtlinie, der Rezeptur sog. fiktiver Arzneimittel und weiteren).

Um Ihnen größtmögliche Sicherheit vor einem ggf. hieraus hervorgehenden Regress bzw. Nachforderung in teilweise erheblicher Höhe geben zu können, beinhaltet der Ihnen vorliegende Honorarbescheid eine Frühinformation Ihres Verschreibungsverhaltens bei Arzneimitteln und im Sprechstundenbedarf (Anlagen 71 und 76) mit wertvollen Hinweisen auf die Einhaltung des Praxisindividuellen Richtwertes und ggf. Hinweise auf Verstöße gegen die Arzneimittelrichtlinie oder die Sprechstundenvereinbarung. Wir bitten Sie dringend diese Hinweise zu beachten, um Ihnen eine rechtzeitige Überprüfung Ihres Verschreibungsverhaltens zu ermöglichen.

Aufgrund zeitversetzt zur Verfügung stehender **Heilmitteldaten** ist eine „Frühinformation“ Heilmittel nicht möglich.

Die **Heilmittel relevante individuelle Prismorbidität** findet bei Heilmitteln in Form sog. **Besonderer Verordnungsbedarfe** und dem **Langfristigen Heilmittelbedarf** Berücksichtigung, indem Patienten mit bestimmten ICD 10 zu **definierenden Diagnosen** mit zeitlich begrenzt oder langfristig erhöhtem Behandlungsbedarf **faktisch nicht mehr in das jeweilige Verordnungsvolumen eingehen.**

Beachten Sie auch die mit den Gesetzlichen Krankenkassen und den Gemeinsamen Prüfungseinrichtungen (GPE) **konsentierten Leitfäden auf der Homepage der GPE** (www.gpe-bw.de/facharztgruppen). Arzneimitteltherapien, die diesen Behandlungskriterien entsprechen und deren Indikationsstellung, Kontrolle und notwendige Dauer patientenbezogen durch ausreichende Dokumentation nachgewiesen werden kann, gelten in der Regel als wirtschaftlich.

Weitere Hinweise zur wirtschaftlichen Verordnungsweise finden Sie auch unter www.kvbawue.de/Praxis/Verordnungen sowie unter der Rubrik **Prüfticker** im Verordnungsforum.

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

Fragen zu Arzneimittel

(Frühinformation Arzneimittel Anlage 71, Fehlerliste Einzelverordnungen Anlage 76):

Tel.: 0711/7875-3663

<https://www.kvbawue.de/praxis/verordnungen/arzneimittel/vorsicht-nachforderung/>

<https://www.kvbawue.de/praxis/verordnungen/arzneimittel/richtwerte/>

Verordnungsforum: Nummer 42 und 44

Fragen zu Sprechstundenbedarf

(Fehlerliste Anlage 76):

Tel.: 0711/7875-3660

<https://www.kvbawue.de/praxis/verordnungen/sprechstundenbedarf/>

<https://www.kvbawue.de/praxis/verordnungen/sprechstundenbedarf/ssb-regress-nein-danke/>

Fragen zu Heilmittel

Tel.: 0711/7875-3669

<https://www.kvbawue.de/praxis/verordnungen/heilmittel/>

Verordnungsforum: Sonderausgabe Heilmittel-Richtwerte (Neuaufgabe 2018)

Bekanntmachungen

Änderungen der Honorarverteilung zum 1. April 2020

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg hat mit Beschluss vom 07.04.2020 die nachfolgenden Änderungen des Honorarverteilungsmaßstabs (HVM) mit Wirkung zum 1. April 2020 beschlossen.

1. Aufstockung der Finanzmittel im Strukturfonds

In ihrer Sitzung am 04.12.2019 hat die Vertreterversammlung der KVBW zum 01.07.2020 die Aufstockung der Finanzmittel im Strukturfonds von jährlich 0,1 % auf die seit dem Inkrafttreten des TSVG mögliche Höhe von 0,2 % beschlossen.

Erste Kalkulationen in Bezug auf die aufzuwendenden Finanzmittel für die durch das TSVG vorgegebene Aufgabenerweiterung der Terminservicestellen (TSS) zum 01.01.2020 und in Bezug auf die aufzuwendenden Fördermittel für Praxen im Rahmen des Sicherstellungsprojektes "Ziel und Zukunft: Wir – die Ärzte und Psychotherapeuten in Baden-Württemberg" (ZuZ) zeigen, dass deutlich höhere Ausgaben zu Sicherstellungszwecken als zunächst prognostiziert notwendig sind.

Dies macht ein Vorziehen der Aufstockung der Finanzmittel im Strukturfonds zum 01.04.2020 erforderlich.

2. Vorübergehende Einführung einer Mindestquote von 80% in Bezug auf die Vergütung der von Psychotherapeuten innerhalb der MGV abgerechneten und anerkannten Honoraranforderungen

Infolge der neuen Bedarfsplanung werden künftig ca. 100 Psychotherapeuten zusätzlich an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen. Aufgrund dessen ist ein deutlicher Rückgang der bisherigen Vergütungsquote für die nicht als Einzelleistung vergüteten psychotherapeutischen Leistungen zu erwarten.

Dieser Entwicklung wird mit der vorübergehenden Einführung einer Mindestquote von 80% – vom 01.04.2020 bis zum 31.03.2021 – entgegengewirkt.

3. Entfall von QZV und Freien Leistungen (FL) bei Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Hämato-/Onkologie

- Nuklearmedizinische Leistungen (GOP 17310 – 17363 EBM) sind bisher den Freien Leistungen zugeordnet und werden als solche außerhalb von RLV und QZV quotiert vergütet. Da bereits seit dem Quartal 1/2019 keine Leistungen der FL Nuklearmedizin mehr abgerechnet wurden, wird die FL aufgelöst.
- Das QZV Teilradiologie wird aufgelöst, da seit einigen Quartalen kein entsprechender Leistungsbedarf mehr abgerechnet und vergütet wird.

4. Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt

Der Berufsverband hat in den gemeinsamen Gesprächen angeregt, eine Mindestquote von 100% für die Freien Leistungen der Gastroenterologie (GOP 13400, 13401, 13402, 13410, 13411 und 13412 EBM) einzuführen.

Finanziert wird der hierfür erforderliche Mehrbedarf durch Finanzmittel, die im Vergütungsbe- reich RLV/QZV aufgrund von nicht ausgeschöpften RLV-/QZV-Gesamtvolumen der Fachgruppe im Abrechnungsquartal zur Verfügung stehen.

5. Aufnahme der Leistungen zur praxisklinischen Beobachtung und Betreuung als Freie Leistungen bei Schwerpunktpädiatern

Der neue EBM ermöglicht den Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie oder mit der Zusatzweiterbildung Kinderrheumatologie bzw. Kindergastroenterologie die Abrechenbarkeit der GOP 01510 bis 01512 EBM (praxisklinische Beobachtung und Betreuung).

Begründet wird dies mit der Gleichstellung mit den Fachärzten für Neurologie sowie den Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Gastroenterologie bzw. Rheumatologie, in deren Facharztgruppen die praxisklinische Beobachtung und Betreuung bereits den Freien Leistungen zugeordnet ist. Dies erfolgt nun entsprechend bei den betreffenden Schwerpunktpädiatern.

6. Aufnahme einer Fußnote bei den Bereinigungsbeträgen situativ der mit Beteiligung der AOK BW bestehenden Selektivverträge

Zum 01.01.2020 wurde in den HVM bereits beim Psychotherapie-Vertrag der DAK und der BKK VAG sowie beim Selektivvertrag BVR Barmer Pro Rücken die Fußnote (*) aufgenommen, dass sich die Bereinigungsbeträge infolge der im Zusammenhang mit der Bereinigung der MGV gem. § 87a Abs. 3 Satz 7 SGB V i.d.F. des TSVG vorzunehmenden arztindividuellen Bereinigung noch reduzieren können und daher für die Quartale ab 2/2020 zunächst vorläufig berechnet sind. Dies erfolgt nun auch bei den Bereinigungsbeträgen situativ der mit Beteiligung der AOK bestehenden Selektivverträge.

7. Start des neuen Selektivvertrages Nephrologie zum 01.04.2020

Der neue Selektivvertrag Nephrologie der AOK BW startet zum 01.04.2020.

Der Bereinigungsfallwert beträgt 21,56 € und ist zwischenzeitlich konsentiert. Er basiert auf den (übrigen) nephrologischen Leistungen, die quotiert aus dem Kontingent Sonstige Ärzte vergütet werden und nicht auf den als Einzelleistung außerhalb der MGV vergüteten Leistungen aus Abschnitt 13.3.6 EBM.

8. Redaktionelle Anpassungen

- Streichung der ausschließlich für das erste Jahr der Laborreform (Quartale 2/2018 bis 1/2019) gültigen und nun obsoleten Regelungen zur Vergütung von Laboruntersuchungen im haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich
- Anpassung der von EBM-Änderungen zum 01.04.2020 betroffenen Ziffernkränze für QZV und Freie Leistungen (FL) bei den entsprechenden Fachgruppen in den Anlagen 2a und 2b:
 - Aufnahme der GOP 30100 EBM (spezifische allergologische Anamnese und/ oder Beratung) in das QZV Allergologie
 - Aufnahme GOP 01823 und 01824 EBM (Zuschlag Beratung zum Chlamydienscreening/ Veranlassung Untersuchung auf Chlamydia trachomatis) in die FL Empfängnisregelung, Sterilisation oder Schwangerschaftsabbruch
 - Entfall GOP 17312 EBM (Zuschlag zur Ganzkörperszintigraphie für die Verwendung eines Ganzkörperzusatzes) in den QZV/ FL Nuklearmedizinische Leistungen
 - Entfall GOP 13420 EBM (Saugbiopsie des Dünndarms beim Kleinkind oder Kind) in den FL Gastroenterologische Bronchoskopie

Sie finden die mitgeteilten Änderungen in der amtlich bekannt gemachten aktuellen Fassung des HVM auf unserer Homepage www.kvbawue.de in der Rubrik Verträge & Recht unter [Praxis/Verträge-Recht/Bekanntmachungen/](#).

Zum HVM-Text gelangen Sie zudem wie gewohnt über den Link [Praxis/Verträge-Recht/Rechtsquellen/KVBW-Satzung-Rechtsquellen/](#).

Allgemeine Informationen zum HVM und zur Honorarsystematik aus Fachgruppentöpfen, leistungsbezogenen Vergütungsanteilen, Freien Leistungen und einer Obergrenze aus Regelleistungsvolumen (RLV) und Qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV) halten wir für Sie bereit unter [Praxis/Abrechnung-Honorar/Arzthonorare/Archiv-Arzthonorare/](#).

Bei der Gestaltung des HVM sind die *Vorgaben der KBV zur Honorarverteilung gem. § 87b Abs. 4 SGB V* zu beachten. Diese sind auf der Internetseite der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) veröffentlicht. Zudem ist dort aufgeführt, ab wann die jeweiligen KBV-Vorgaben gültig sind. Wir haben die KBV-Vorgaben für Sie auf unserer Homepage verlinkt unter [Praxis/Verträge-Recht/Rechtsquellen/KBV-Vorgaben/](#).

Gerne stellen wir Ihnen im Einzelfall auf Anforderung den aktuellen HVM-Text auch in Papierform zur Verfügung.

Bitte nehmen Sie diesbezüglich, oder wenn Sie Fragen haben, Kontakt mit unserer Abrechnungsberatung auf.

Sie erreichen uns unter:

Telefon: 0711 / 7875 - 3397

E-Mail: abrechnungsberatung@kvbwue.de

Bekanntmachungen

Änderungen der Abrechnungsrichtlinie zum 1. April 2020

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg hat mit Beschluss vom 07.04.2020 die nachfolgenden Änderungen der Abrechnungsrichtlinie mit Wirkung zum 1. April 2020 beschlossen.

Nach den bundesweit verbindlichen Vorgaben rechnen vertragsärztlich Tätige leistungsgebunden mit der KV ab. Die KVBW nimmt im Ausnahmefall die Abrechnung auch auf anderen Wege entgegen. Dabei wird jedoch der erhöhte Aufwand mit einer pauschalen Gebühr von 1.000,00 Euro je Abrechnung in Rechnung gestellt.

Hinsichtlich der Gebühren bei verspäteter Abgabe der Abrechnung hat die Vertreterversammlung zur Wahrung der Verhältnismäßigkeit eine Obergrenze von maximal 25 % des Abrechnungsvolumens eingeführt.

Die Abrechnungsrichtlinie enthält eine Regelung, welche mittels Abgabe eines Pseudo-Abrechnungsfalls die maschinelle Umsetzung der Förderung im Notfalldienst auch bei Nichtinanspruchnahme regelt. Die Vorgaben für den Pseudo-Abrechnungsfall beinhalten Angaben zur Diagnose, welche durch die Neuregelung des Bundesmantelvertrages anzupassen sind. Als Ersatzwert ist zukünftig die Diagnose ICD Z02 (Untersuchung und Konsultation aus administrativen Gründen) heranzuziehen.

Zur Erfassung und Erstattung des systemfremden Verbrauchs von Sprechstundenbedarf in Notfallpraxen für privat liquidierte Behandlungen wird der Diensttuende nun verpflichtet, auch diesbezüglich je Dienst einen Pseudo-Abrechnungsfall unter Angabe einer Pseudo-GOP je Privat-/BG-Patient anzulegen. Die Eintragung kann auch auf dem identischen Pseudo-Abrechnungsfall zur Gewährung der Förderung erfolgen.

Weiterhin wurde ein teilweises Abtretungsverbot beschlossen, um sicher zu stellen, dass die KVBW – trotz Vorliegen einer Abtretung – Rückzahlforderungen mit gegenwärtigen und zukünftigen Honorarforderungen des Arztes gegen die KVBW aufrechnen kann. Ebenso ein Hinweis, Änderungen der Bankverbindung zeitnah der KVBW mitzuteilen.

Sie finden die mitgeteilten Änderungen in der amtlich bekannt gemachten aktuellen Fassung der Abrechnungsrichtlinie auf unserer Homepage www.kvbawue.de in der Rubrik Verträge & Recht unter [Praxis/Verträge-Recht/Bekanntmachungen/](#).

Zum Text der Abrechnungsrichtlinie gelangen Sie zudem über den Link [Praxis/Verträge-Recht/Rechtsquellen/KVBW-Satzung-Rechtsquellen/](#).

Wenn Sie Fragen haben, nehmen Sie bitte Kontakt mit unserer Abrechnungsberatung auf.

Sie erreichen uns unter:

Telefon: 0711 / 7875 - 3397

E-Mail: abrechnungsberatung@kvbawue.de

Hinweise zur Abrechnung – Quartal 4/2019

Mit diesem Honorarversand erhalten Sie den Honorarbescheid für das Quartal 4/2019 sowie die dazugehörigen Abrechnungsunterlagen. Zum besseren Verständnis geben wir Ihnen die folgenden Hinweise:

1. Für das Quartal 4/2019 werden Ihnen folgende weitere **Honorarzahungen** im Honorarbescheid ausgewiesen, sofern Sie vom jeweiligen Sachverhalt betroffen sind und einen entsprechenden Bescheid erhalten haben:

- Härtefallzahlungen
Die aus Härtefallregelungen resultierenden Nachzahlungen sind im Honorarbescheid 4/2019 gutgeschrieben.
- Prüfergebnisse Krankenkassen
Sie erhalten mit der vorliegenden Abrechnung ggf. Belastungen für Korrekturen früherer Quartale. Die Kassen hatten im Rahmen der Übermittlung ihrer Prüfergebnisse mitgeteilt, dass für bestimmte Leistungen bzw. Patienten keine Leistungspflicht bestehen würde. Zur Umsetzung dieser Angaben wurden wir verpflichtet. Die entsprechenden Berichtigungsbescheide gingen Ihnen bereits gesondert zu.
- Honorarkürzung wegen fehlender Anbindung an die Telematikinfrastruktur (TI) 1. und 2. Quartal 2019
Der Gesetzgeber hat in den §§ 291 ff. SGB V die Grundlage zur Verpflichtung aller Vertragsärzte zur Anbindung an die TI bis zum 01.01.2019 festgesetzt. Gemäß § 291 SGB V umfasst der Personenkreis der Leistungserbringer, für die eine Anbindung an die TI verpflichtend ist, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Psychotherapeuten, Einrichtungen und Zahnärzte.
Die Leistungserbringer sind gesetzlich verpflichtet, die notwendigen Voraussetzungen zu schaffen, um die von den Krankenkassen zur Verfügung gestellten Dienste zur Prüfung von Gültigkeit und Aktualität der Versichertendaten nach § 291 Abs. 1 und 2 SGB V nutzen zu können. Hierzu gehört, dass der Vertragsarzt sich technisch in die Lage versetzt, den Versichertenstammdaten

(VSD)-Abgleich durchführen zu können. Die zur Anbindung an die TI erforderlichen technischen Komponenten zur Herstellung der Funktionsfähigkeit ergeben sich aus § 2 der Anlage 32 BMV-Ä.

Alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende(r) Leistungserbringer sind verpflichtet, den VSD-Abgleich bei jedem ersten Arzt-Patienten-Kontakt im Quartal durchzuführen und dies gegenüber der KVBW mit den Abrechnungsunterlagen nach § 295 SGB V nachzuweisen. Ist dies nicht erfolgt wurde das Honorar für die Quartale 1/2019 und/oder 2/2019 um 1% gekürzt. Die Rückforderung(en) ist/sind auf dem Honorarbescheid 4/2019 ausgewiesen.

- Sonstige Korrekturen
Für die Quartale 1/2014 bis 3/2019 wurden nachträglich sachlich-rechnerische Berichtigungen, HVM- und/oder Widerspruchsentscheidungen umgesetzt. Geringe Veränderungen von +/- 1,00 Euro, die gegebenenfalls aus Rundungsdifferenzen resultieren, wurden nicht verbucht.

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

2. Zu der auf der Abrechnungsunterlage **Kennzahlenblatt 4. Quartal 2019** ausgewiesenen Quote GKV (Quote der nicht honorierten Leistungen) geben wir Ihnen folgende weitere Erläuterungen:

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

Dabei ist zu berücksichtigen, dass sich die RLV-/QZV-Grenzvolumen weiterhin im Rahmen einer budgetierten Gesamtvergütung (MGV) und unter dem Grundsatz eines „kalkulierbaren und planbaren Honorars“ entsprechend den Regelungen in unserem HVM auf der Basis der RLV-relevanten Fallzahlen des Vorjahresquartals berechnen.

Feste Preise (100%-Auszahlung) können deshalb nur im Rahmen des Ihnen für Ihre Praxis vor Quartalsbeginn zugewiesenen RLV-/QZV-Grenzvolumens und nur bis zu den im Vorjahresquartal erbrachten RLV-relevanten Fallzahlen garantiert werden – vorausgesetzt der Leistungsbedarf wird entsprechend angefordert.

Für den über das RLV-/QZV-Grenzvolumen hinaus angeforderten Leistungsbedarf stellen die Krankenkassen keine zusätzlichen Finanzmittel für eine adäquate Honorierung zur Verfügung. Einer praxisindividuellen Fallzahlsteigerung im Abrechnungsquartal kann deshalb in Bezug auf das Honorar nicht Rechnung getragen werden und führt zwangsläufig zu einem höheren Anteil nicht honorierter Leistungen und zu einem rückläufigen praxisindividuellen (Honorar-) Scheinwert.

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

3. Als **Anlagen** zu den Hinweisen zur Abrechnung des Quartals 4/2019 finden Sie:

- Auszahlungsquoten infolge der Honorarverteilung und Mengensteuerung 4/2019
- Auszahlungsübersicht 4/2019

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

Tel.: 0711/7875-3397

E-Mail: abrechnungsberatung@kvbawue.de

Ihr



Cornel-Andreas Güss
Leiter des Geschäftsbereichs Abrechnung

Auszahlungsquoten – Quartal 4/2019

infolge der Honorarverteilung und Mengensteuerung von Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV)

Hinweis: Aus Gründen der Übersichtlichkeit wird in der tabellarischen Darstellung bei der Angabe der 5-stelligen Gebührenordnungspositionen i.d.R. auf die Angabe der zugrundeliegenden Gebührenordnung (EBM) verzichtet. Ebenfalls entfällt die Aufführung der Abkürzung für Gebührenordnungsposition (GOP).

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

Die von den Krankenkassen/Verbänden für die Honorarverteilung zur Verfügung gestellte MGV wird entsprechend der bundeseinheitlichen Vorgaben auf den haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich sowie die Leistungsbereiche Labor (ausschließlich Wirtschaftlichkeitsbonus und auf Muster 10 veranlasste Laboruntersuchungen), Bereitschaftsdienst und Notfall, fachärztliche Grundversorgung (PFG) und Humangenetik (Genetisches Labor) verteilt. Die Leistungsanforderungen für Labor, Bereitschaftsdienst und Notfall, fachärztliche Grundversorgung sowie Humangenetik werden mit den nachstehenden Quoten honoriert.

Im Rahmen eines Vorwegabzugs honoriert werden je Versorgungsbereich die Leistungsanforderungen für belegärztliche Leistungen außerhalb Kapitel 36 EBM sowie regionale Zuschläge für onkologische/immunologische Betreuung und psychiatrische Behandlung (GOP 99983, 99996 EBM), im hausärztlichen Versorgungsbereich regionale Zuschläge für nichtärztliche Praxisassistenten (GOP 99981 EBM) und Labor (eigenerbracht oder bei hausärztlicher Veranlassung über Muster 10A), im fachärztlichen Versorgungsbereich Labor (Laborpauschale GOP 01700, 01701, 12210, 12220, 12225 EBM, eigenerbracht oder bei fachärztlicher Veranlassung über Muster 10A) und die pathologischen und zytologischen Leistungen Kapitel 19 EBM.

Dabei werden die belegärztlichen Leistungen mit einer Quote von 100% honoriert. Die regionalen Zuschläge werden in der mit den Krankenkassen in der jeweiligen Vergütungsvereinbarung gemäß § 9 abgestimmten Höhe vergütet. Bei den übrigen Leistungen wird das Vergütungsvolumen durch die abgerechneten und anerkannten Honoraranforderungen der betreffenden Ärzte im jeweiligen Abrechnungsquartal geteilt und ergibt die jeweilige Quote für diese Leistungen.

Versorgungsbereichsübergreifend	Quote in %
Laborwirtschaftlichkeitsbonus 32001, Laborveranlassung Muster 10	94,59
Leistungen im Bereitschaftsdienst und Notfall	100,00

Hausärztlicher Versorgungsbereich	Quote in %
Kurativ-stationäre Leistungen außerhalb Kap. 36	100,00
Labor eigenerbracht oder bei hausärztlicher Veranlassung über Muster 10A	100,00

Fachärztlicher Versorgungsbereich	Quote in %
Kurativ-stationäre Leistungen außerhalb Kap. 36	100,00
Laborpauschalen 01700, 01701, 12210, 12220, 12225, Labor eigenerbracht oder bei fachärztlicher Veranlassung über Muster 10A	97,75
Pathologische und zytologische Leistungen Kap. 19	78,02
Genetisches Labor – Beurteilungsleistungen 01841, 01842, 11230, 11233-11236, 19402	80,00 *
Genetisches Labor – Molekulargen. Leistg. 32860-32864, tlw. Abschnitt 11.4, 19.4 u. 32.3.15	78,37
Pauschale für fachärztliche Grundversorgung (PFG)	85,70

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

Die Leistungsmengen, die das RLV und die QZV überschreiten, werden quotiert honoriert. Hierfür werden zunächst die im jeweiligen Quartal arztgruppenspezifisch über das RLV/QZV hinausgehenden Leistungen festgestellt. Im selben Quartal wird je Arztgruppe ein Honorarvolumen in Höhe von 2% des arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumens ermittelt. Diese arztgruppenspezifischen Volumen werden durch die Summe der je Arztgruppe festgestellten Überschreitungen in Euro dividiert und ergeben die arztgruppenspezifische Auszahlungsquote für die das RLV und die QZV überschreitenden Leistungen. Die so ermittelten Auszahlungsquoten je Arztgruppe werden auf die überschreitenden Leistungen angewandt und in der Folge wird nur noch dieser Anteil mit dem vollen Orientierungspunktwert honoriert.

Arztgruppe / Fachärzte für	Quote in %
Innere u. Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Prakt. Ärzte, Innere Medizin (HÄ VB)	100,00
Kinder- und Jugendmedizin	100,00
Anästhesiologie	32,99
Augenheilkunde	22,52
Chirurgie, Kinderchirurgie, Plastische Chirurgie, Herzchirurgie	21,83
Neurochirurgie	11,38
Frauenheilkunde mit u. ohne fakultativer WB Endokrinologie u. Reproduktionsmedizin	26,25
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	22,56
Haut- und Geschlechtskrankheiten	99,48
Innere Medizin ohne Schwerpunkt, fachärztlicher Versorgungsbereich	25,52
Angiologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	18,37
Endokrinologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	16,01
Gastroenterologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	18,47
Hämato-/Onkologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	18,90
Kardiologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	14,52
Kardiologie u. invasiver Tätigkeit, Innere Medizin mit Schwerpunkt	17,96
Pneumologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	21,89
Rheumatologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	15,77
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	31,82
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie mit Teilnahme an der SPV	29,92
Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	5,02
Nervenheilkunde, Neurologie	40,20
Nuklearmedizin ohne Genehmigung für MRT	13,34
Nuklearmedizin mit Genehmigung für MRT	18,04
Orthopädie	39,13
Phoniatrie, Pädaudiologie und Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen	40,59
Psychiatrie und Psychotherapie	28,68
Diagnostische Radiologie ohne Vorhaltung von CT und MRT	41,45
Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT	14,01
Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von MRT	5,25
Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT und MRT	15,89
Urologie	70,10
Physikalisch-Rehabilitative Medizin	17,50

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

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

Hausärztlicher Versorgungsbereich, Fachärzte für	Quote in %
Innere u. Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Innere Medizin (HÄ VB)	
Akupunktur	100,00
Kleinchirurgie	100,00
Langzeit-EKG	100,00
Nicht-ärztliche Praxisassistenten	100,00
Phlebologie	100,00
Proktologie	100,00
Richtlinienpsychotherapie	100,00
Sonographie II	100,00
Teilradiologie	100,00
Kinder- und Jugendmedizin	
Richtlinienpsychotherapie	100,00
Hyposensibilisierung	100,00
Fachärztlicher Versorgungsbereich, Fachärzte für	Quote in %
Anästhesiologie	
Akupunktur	100,00
Narkosen bei zahnärztlicher Behandlung	100,00
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	65,96
Augenheilkunde	
Elektroophthalmologie	93,29
Fluoreszenzangiographie	73,86
Kontaktlinsenanpassung	93,22
Strukturpauschale für konservative Augenärzte	80,00 *
Chirurgie, Kinderchirurgie, Plastische Chirurgie, Herzchirurgie	
Akupunktur	68,19
Gastroenterologie, Bronchoskopie	100,00
Phlebologie	67,11
Proktologie	81,42
Neurochirurgie	
Akupunktur	92,50
Frauenheilkunde mit und ohne fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	
Empfängnisregelung, Sterilisation oder Schwangerschaftsabbruch	73,11
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	70,96
Richtlinienpsychotherapie	80,00 *
Sonographie Brustdrüsen	80,00 *
Stanzbiopsie	80,00 *
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	
Kardiorespiratorische Polygraphie	65,35

Haut- und Geschlechtskrankheiten	
Dermatologische Lasertherapie	100,00
Besuche	100,00
Phlebologie	100,00
Proktologie	100,00
Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	
Gastroenterologie	100,00
Langzeit-EKG	86,27
Nuklearmedizinische Leistungen	100,00
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	73,01
Endokrinologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	
Nuklearmedizinische Leistungen	84,71
Gastroenterologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	
Gastroenterologie	77,46
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	57,97
Hämato-/ Onkologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	
Gastroenterologie	96,72
Nuklearmedizinische Leistungen	100,00
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	65,01
Kardiologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	
Kardiorespiratorische Polygraphie	74,29
Langzeit-EKG	83,31
Nuklearmedizinische Leistungen	62,06
Kardiologie und invasiver Tätigkeit, Innere Medizin mit Schwerpunkt	
Langzeit-EKG	88,84
Pneumologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	
Bronchoskopie	100,00
Rheumatologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	
Akupunktur	72,76
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	100,00
Nervenheilkunde und Neurologie	
Akupunktur	100,00
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	54,22
Nuklearmedizin ohne Genehmigung für MRT	
Zuschlag SPECT	69,18
Orthopädie	
Akupunktur	100,00
Phoniatrie, Pädaudiologie und Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen	
Phoniatrisch-pädaudiologische Leistungen	90,99
Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT	
CT-gesteuerte Intervention	75,38
Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT und MRT	
CT-gesteuerte Intervention	76,62
Urologie	
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	100,00
Stoßwellenlithotripsie	100,00
Urodynamik	100,00
Physikalisch-Rehabilitative Medizin	
Akupunktur	80,33
Ärzte mit Teilnahme Qualitätssicherungsvereinbarung zur SMT-Versorgung	
Zuschlag schmerztherapeutische Einrichtungen 30704	91,23
Akupunktur 30790, 30791 im Rahmen der SMT-Versorgung	88,69

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

Den Honorartöpfen für nachfolgende Fachgruppen und Leistungsbereiche wird – nach Vergütung der abgerechneten und anerkannten Kostenpauschalen (Kapitels 40 EBM) und Delegationsfähigen Leistungen (Kapitel 38 EBM) in voller Höhe – der tatsächliche Leistungsbedarf aus dem Abrechnungsquartal 4/2019 gegenübergestellt. Daraus ergeben sich die jeweiligen Quoten.

Sonstige Arztgruppen	Quote in %
Ermächtigte (Krankenhaus-) Ärzte und Institute	97,62
Sonstige Arztgruppen (z.B. Nephrologen, Pathologen, Strahlentherapeuten, Laborärzte, Laborgemeinschaften, etc.), Krankenhäuser, Kliniken	85,63

Psychotherapeuten	Quote in %
Nicht antragspflichtige Leistungen Kap. 35.1 (ohne 35150, 35151 u. 35152) und Psycho-diagnostische Testverfahren Kap. 35.3 sowie restliche Leistungen von Psychotherapeuten	82,60

* Mindestquote

Auszahlungsübersicht: Gesamthonorar GKV kollektiv

1.197.912.962 €

Leistungen außerhalb der MGV 467.407.498 €		Leistungen innerhalb der MGV 730.505.464 €		
HA	FA/PT	HA	FA/PT	
Leistung u. Begleitstg. § 115b 233.199 € 78.850.501 €		Labor² 4.058.227 € 48.566.041 €		
Ambulantes Operieren 935.719 € 13.583.964 €		Bereitschaftsdienst und Notfall 3.655.329 € 21.674.559 €		
Prävention 15.321.877 € 46.621.819 €		Labor ³ 6.665.474 €	Labor ⁴ 14.507.397 €	
Psychotherapie ¹ 1.364.849 € 68.831.540 €		RLV/QZV 280.508.591 €	RLV/QZV 254.021.697 €	
DMP 17.000.595 € 3.882.565 €		FL 6.605.615 €	FL 67.063.972 €	
Belegärztliche Leistungen 28.425 € 4.412.769 €		PFG 11.321.261 €		
Leistungen TSVG 8.543.578 € 50.628.494 €		Genetisches Labor 11.857.301 €		
Sonstige/regionale Leistungen 28.361.832 € 128.805.772 €				

Hinweise:

- ohne Honorarumsätze aus Selektivverträgen, welche nicht über die KVBW abgerechnet werden
- berücksichtigt sind Leistungen gegenüber bereichseigenen und bereichsfremden Versicherten
- inkl. Dialysesachkosten, ohne Honorarumsätze von Zentren für Psychiatrie (Auftragsabrechnung)
- ¹ 35151, 35152, 35.2 EBM aller Arztgruppen; 35150 EBM von in § 87b Abs. 2 S. 4 SGB V genannten Arztgruppen; 22220, 23220 EBM
- ² Wirtschaftlichkeitsbonus, Allg. u. Spez. Untersuchungen bei Veranlassung über Muster 10
- ³ Allg. u. Spez. Untersuchungen (bei hausärztlicher Veranlassung ü. Muster 10 A o. eigenerbracht)
- ⁴ Allg. u. Spez. Untersuchungen (bei fachärztlicher Veranlassung ü. Muster 10 A o. eigenerbracht), Laborpauschalen
- FA/PT = Fachärztlicher Versorgungsbereich und psychotherapeutische Versorgung
- FL = Freie Leistungen, GKV = Gesetzliche Krankenversicherung, HA = Hausärztlicher Versorgungsbereich
- MGV = Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, PFG = Pauschale für fachärztliche Grundversorgung
- QZV = Qualifikationsgebundene Zusatzvolumen, RLV = Regelleistungsvolumen