

# Hinweise zur Abrechnung der KV Baden-Württemberg

ABRECHNUNGSQUARTAL 4 / 2020

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 **4/2020**. Auch das Quartal 4/2020 war **weiterhin von der Corona-Pandemie bestimmt**.

Über den **Schutzschirm der KVBW** haben wir auch in der Abrechnung für das Quartal 4/2020 bei allen Praxen eine Ausgleichszahlung berücksichtigt, die **aufgrund der Corona-Pandemie** Umsatzeinbrüche von über 10% erleiden mussten.

Es werden weiterhin pandemiebedingte Vergütungsausfälle bei den über die KVBW abgerechneten Leistungen bis zu 90% des GKV-Gesamthonorars aus dem Vorjahresquartal ausgeglichen. Neben einem Honorarverlust von mehr als 10% gegenüber dem Vorjahresquartal muss auch ein Rückgang der Fallzahlen vorliegen, der nicht aufgrund einer Verkürzung der Präsenzzeiten aus anderen als pandemiebedingten Gründen erfolgt ist. Grundsätzlich müssen die gesetzlich vorgeschriebenen Mindestsprechzeiten erfüllt sein.

An dieser Stelle möchte ich weiterhin ausdrücklich darauf hinweisen, dass die Regelungen zum Rettungsschirm auf **gesetzlichen Vorgaben** basieren. Nach diesen Vorgaben des Gesetzgebers müssen die **Ausgleichszahlungen mit anderen Entschädigungen und Finanzhilfen (z.B. Kurzarbeitergeld für Praxispersonal, Leistungen aus einer privaten Ausfallversicherung, Krankengeld, finanzielle Soforthilfe des Bundes oder Landes, Mietminderung, etc.) – ggf. anteilig – verrechnet werden. Deshalb besteht die Notwendigkeit, Ausgleichszahlungen Dritter unmittelbar gegenüber der KVBW anzuzeigen. Hierzu haben Sie sich auch mit Unterschrift der Sammelerklärung für das laufende 4. Quartal verpflichtet.**

Bitte verwenden Sie für Ihre Rückmeldung für das zur Abrechnung gekommene **Quartal 4/2020** ausschließlich das hierfür vorgesehene Formular, welches Sie auf unserer Homepage unter:

[www.kvbawue.de/pdf3545](http://www.kvbawue.de/pdf3545)

finden und senden dieses an unser e-Fax (0711-7875-483735) oder per Mail an das eigens hierfür eingerichtete Funktionspostfach [HVM\\_Antraege@kvbawue.de](mailto:HVM_Antraege@kvbawue.de).

Auch im Quartal 4/2020 waren in einigen Fachgruppen die Patientenzahlen und die Leistungsanforderungen im Vergleich zum Vorjahresquartal weiterhin rückläufig, allerdings nicht mehr in dem Maße wie es im Quartal 2/2020 der Fall war, so dass sich notwendige Ausgleichszahlungen über den Rettungsschirm deutlich reduziert haben.

**Durch die guten Honorarverträge werden im hausärztlichen Versorgungsbereich weiterhin bei Wegfall aller Mengenbegrenzungsmaßnahmen – auch der Fallzahlbegrenzungsregelung – alle abgerechneten und anerkannten Leistungen mit den festen Preisen der Euro-Gebührenordnung – also zu 100% (unbudgetiert) – ausbezahlt.**

Auch im **fachärztlichen Versorgungsbereich war infolge rückläufiger Leistungsanforderungen in der MGV in Verbindung mit den guten Honorarabschlüssen im 4. Quartal eine Finanzierung aller abgerechneten und anerkannten Leistungen (bei Wegfall aller Mengenbegrenzungsmaßnahmen – einschließlich der Fallzahlbegrenzungsregelung) mit den festen Preisen der Euro-Gebührenordnung – also zu 100% – möglich** (Ausnahme: Leistungen der Psychotherapie innerhalb der MGV, Humangenetik, Pathologie und Labor).

Die teilweise zu beobachtenden **deutlichen Honorarsteigerungen im fachärztlichen Versorgungsbereich** im Vergleich zum Vorjahresquartal ergeben sich durch diese Auszahlung in Höhe von 100% im eigentlich budgetierten Bereich der Vergütung, darüber hinaus durch eine **deutliche Steigerung im Bereich der Leistungen außerhalb der MGV (sog. Einzelleistungen)** und hier

insbesondere der Leistungen, die nach dem TSVG abgerechnet wurden, vor allem durch die Behandlung sogenannter „Neupatienten“.

Hinzuweisen ist jedoch darauf, dass Seitens des Gesetzgebers diskutiert wird, ob eine Nachbereinigung der TSVG Konstellationen vorzunehmen ist, da nicht in jedem Fall die Zahl der gezeichneten Neupatienten mit der tatsächlichen Zahl der Neupatienten übereingestimmt haben soll, Neupatienten werden mittlerweile automatisch von der KVBW als solche gekennzeichnet. Eine durch den Gesetzgeber veranlasste Nachbereinigung hätte zu einem späteren Zeitpunkt Einfluss auf die Höhe der Gesamtvergütung und insbesondere der RLV.

Ihr

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

Dr. med. Norbert Metke  
Vorsitzender des Vorstandes

# BEKANNTMACHUNGEN

## Änderungen der Honorarverteilung zum 1. Januar 2021

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg hat mit ihrem Beschluss vom 13. April 2021 über die nachfolgenden Änderungen des Honorarverteilungsmaßstabs (HVM) mit Wirkung zum 1. Januar 2021 entschieden.

### ▪ **Ausgleich von Honorarverlusten während der Covid-19 – Pandemie (Härtefallregelung Covid-19 für das 1. Halbjahr 2021)**

Als Reaktion auf die andauernde Corona-Pandemie und deren Auswirkungen auf die Arztpraxen wurden zur Abfederung von Covid-19 bedingten Honorareinbußen von Ärzten und Psychotherapeuten folgende Anpassungen an der bisher gültigen *Härtefallregelung Covid-19* im HVM mit Wirkung zum 1. Januar 2021 vorgenommen:

- Die Prüfung der Voraussetzungen, welche den Anspruch auf eine Ausgleichszahlung begründen, erfolgt nicht mehr wie im Jahr 2020 von Amts wegen, sondern auf Antrag. **Hierzu ist ausschließlich das Formular zu verwenden, welches auf unserer Homepage bereitgestellt wird.**
- Die Finanzmittel sind – im Gegensatz zum Covid-19 – Schutzschirm für das Jahr 2020 – ausschließlich durch die KVBW selbst aufzubringen.
- Der Schutzschirm ist gültig für die Pandemie-Quartale, zunächst aber befristet bis zum 30.06.2021.
- Die Höhe der Ausgleichszahlung beträgt maximal 90 % des GKV-Gesamthonorars im entsprechenden Vorvorjahresquartal (2019). Unter dem GKV-Gesamthonorar sind die Einkünfte zu verstehen, die der Vertragsarzt aus EGV und MGV erzielt und umfasst sämtliche Honorarumsätze, die innerhalb der eigenen Praxisstruktur (inkl. CSP) erzielt werden, einschließlich des Honorars für Covid-19 – Testungen und Impfungen (Kostenträger Land und BAS), mit Ausnahme von:
  - Sonstige Kostenträger
  - Ambulante spezialfachärztliche Versorgung
  - Organisierter Notfalldienst (auch erweiterte Notfallversorgung in Abstrichstellen, Fieberambulanzen, im Corona-Mobil)
  - Tätigkeit in Impfzentren
  - Kosten
- Notwendige Voraussetzung zur Begründung des Anspruchs auf eine Ausgleichszahlung ist weiterhin ein Fallzahlrückgang, welcher durch die Pandemie bedingt und in einem die Fortführung der Arztpraxis gefährdenden Umfang ist.  
Die Fallzahl ist nun definiert als GKV-Scheinzahl (Behandlungsfälle i.S.d. § 21 Abs. 1 BMV-Ä) inkl. der Fälle im Zusammenhang mit einer Corona-Infektion (Kennzeichnung mit der GOP 88240). Ausgenommen sind Fälle im organisierten Notfalldienst (und erweiterte Notfallversorgung).  
Es wird somit nicht mehr abgestellt auf die Anzahl der Arzt-/Patientenkontakte bzw. bei Psychotherapeuten auf die Anzahl an Behandlungseinheiten.  
Der Fallzahlrückgang darf nicht aufgrund einer Verkürzung der Präsenzzeiten (unter Einhaltung der Mindestsprechstundenzeiten gemäß § 19a Ärzte-ZV) aus anderen als pandemiebedingten Gründen erfolgen.
- Für besondere Fallkonstellationen wie Anfängerpraxen und BSNR-Wechsler ohne eigenes GKV-Gesamthonorar aus dem Jahr 2019 in Bezug auf die aktuelle Betriebsstätte wird ein alternatives GKV-Gesamthonorar berücksichtigt, jeweils in Abhängigkeit von dem tatsächlichen Tätigkeitsumfang im Abrechnungsquartal (max. 90 %).

Analog der Umsetzung des Schutzschirms für das Jahr 2020 wird eine Ausgleichszahlung in der Höhe gemindert, in welcher Sie Finanzhilfen Dritter erhalten.

**Sie finden die mitgeteilten Änderungen in der amtlich bekannt gemachten aktuellen Fassung des HVM auf unserer Homepage [www.kvbawue.de](http://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/.

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@kvbawue.de](mailto:abrechnungsberatung@kvbawue.de)

# Hinweise zur Abrechnung – Quartal 4/2020

Mit diesem Honorarversand erhalten Sie den Honorarbescheid für das Quartal 4/2020 sowie die dazugehörigen Abrechnungsunterlagen. Zum besseren Verständnis geben wir Ihnen die folgenden Hinweise:

1. Für das Quartal 4/2020 werden Ihnen folgende weitere **Honorarzahlungen** im Honorarbescheid ausgewiesen, sofern Sie vom jeweiligen Sachverhalt betroffen sind und einen entsprechenden Bescheid erhalten haben:

- Härtefallzahlungen  
Die aus Härtefallregelungen resultierenden Nachzahlungen sind im Honorarbescheid 4/2020 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.
- Quartalsgleiche DMP-Prüfung 3/2020  
Auf Grund einer fehlerhaften bzw. unvollständigen Lieferung einer der beiden Datenannahmestellen kam es zu fehlerhaften sachlich-rechnerischen Korrekturen von DMP-Leistungen im Quartal 3/2020. Anhand der nachträglich vollständig vorliegenden Daten der Datenannahmestellen wurde die Korrektur des Quartals 3/2020 von Amts wegen durchgeführt. Die Nachzahlung ist im Honorarbescheid 4/2020 gutgeschrieben.
- Sonstige Korrekturen  
Für die Quartale 1/2015 bis 3/2020 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](http://www.kvbawue.de) rechts oben) mit Hilfe Ihrer persönlichen Kennung herunterladen.

2. Covid-19-Ausgleichszahlungen

- Bei der Ermittlung der Ausgleichszahlungen im Rahmen des Pandemie-Rettungsschirmes im Quartal 4/2020 konnte die KVBW bei einzelnen Praxen sowie bestimmten Fachgruppen nicht von Amts wegen feststellen, ob ein Rückgang des GKV-Gesamthonorars gegenüber dem Vorjahresquartal von mehr als 10% vorliegt und zweifelsfrei durch die Pandemie verursacht ist. Betroffene bitten wir um begründeten Antrag bei ausschließlich pandemiebedingtem Honorarverlust. Die KVBW ist gegenüber den Krankenkassen zur Prüfung verpflichtet.
- Anpassung der Covid-19-Ausgleichszahlungen bei Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung  
Der Vorstand der KVBW hat mit Beschluss vom 16.11.2020 entschieden, bei der Bereinigung aufgrund der Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung im Rahmen des Pandemie-Schutzschirmes ab dem Quartal 2/2020 ausschließlich auf die MGVDifferenzbereinigung abzustellen und nur diese auf die Bereinigungsfälle umzulegen. Dadurch wird die MGVDifferenzbereinigungssumme insgesamt reduziert und der Abzug beim GKV-Honorar im Jahr 2019 je Praxis wird regelmäßig geringer. Diese geänderte Vorgehensweise wird in der laufenden Abrechnung ab dem Quartal 3/2020 maschinell berücksichtigt. Die Korrektur und Nachzahlung für das Quartal 2/2020 erfolgt mit dem Honorarbescheid für das Quartal 4/2020.

- Anpassung der Covid-19-Ausgleichszahlungen bei Abrechnung von Sachkosten  
Bei der Ermittlung des ausgleichsrelevanten GKV-Honorars musste bei Praxen mit Abrechnung von Leistungen nach §115b SGB V im Quartal 2/2020 festgestellt werden, dass beim Abzug von Sachkosten teilweise auch ärztliche Leistungen in Abzug gebracht worden sind, welche beim für die Ausgleichszahlung relevanten Honorarumsatz des Vorjahresquartals hätten berücksichtigt werden müssen. Die Ausgleichszahlungen für das Quartal 2/2020 werden diesbezüglich korrigiert und mit dem Honorarbescheid für das Quartal 4/2020 verbucht.

- Anpassung der Covid-19-Ausgleichszahlungen aufgrund von Abrechnungsprüfungen gemäß § 106d SGB V in einem der Vergleichs quartale  
Sofern aufgrund von Abrechnungsprüfungen gemäß § 106d SGB V individuelle sachlich-rechnerische Korrekturen in einem der Vergleichs quartale vorgenommen wurden, hat sich das GKV-Gesamthonorar, das bei der ursprünglichen Ermittlung der Covid-19-Ausgleichszahlung berücksichtigt wurde, geändert. Das neu festgesetzte GKV-Gesamthonorar wirkt sich bei der Berechnung der pandemiebedingten Ausgleichszahlung aus. Die betreffende Ausgleichszahlung wird diesbezüglich korrigiert und mit dem Honorarbescheid für das Quartal 4/2020 verbucht.

### 3. TI-Musterverfahren

Aktuell sind im Bereich der KVBW zwei Musterverfahren zur Telematikinfrastruktur (TI) anhängig:

- zum einen gegen die Höhe der Kostenerstattung im Zusammenhang mit der Anbindung, dem Betrieb und der Aufrechterhaltung der TI
- zum anderen gegen den Honorarabzug bei nicht erfolgter Anbindung an die TI

Falls Sie sich diesen Verfahren anschließen wollen, ist es unbedingt erforderlich, dass Sie gegen **jeden** Honorarbescheid, in dem die entsprechende Verbuchung umgesetzt

wird, einen fristgerechten Widerspruch einlegen mit dem Sie uns bitte auch mitteilen, **welchem** Musterverfahren Sie sich anschließen wollen.

4. Zu der auf der Abrechnungsunterlage **Kennzahlenblatt 4. Quartal 2020** 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.

5. Als **Anlagen** zu den Hinweisen zur Abrechnung des Quartals 4/2020 finden Sie:

- Auszahlungsquoten infolge der Honorarverteilung und Mengensteuerung 4/2020
- Auszahlungsübersicht 4/2020

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](mailto:abrechnungsberatung@kvbawue.de)

Ihr



Cornel-Andreas Güss  
Leiter des Geschäftsbereichs Abrechnung

# Auszahlungsquoten – Quartal 4/2020

## 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.

<b>Versorgungsbereichsübergreifend</b>	<b>Quote in %</b>
Laborwirtschaftlichkeitsbonus 32001, Laborveranlassung Muster 10	96,33
Leistungen im Bereitschaftsdienst und Notfall	100,00

  

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

  

<b>Fachärztlicher Versorgungsbereich</b>	<b>Quote in %</b>
Kurativ-stationäre Leistungen außerhalb Kap. 36	100,00
Laborpauschalen 01700, 01701, 12210, 12220, 12225, Labor eigenerbracht oder bei fachärztlicher Veranlassung über Muster 10A	89,08
Pathologische und zytologische Leistungen Kap. 19	85,00
Genetisches Labor – Molekulargen. Leistg. 32860-32864, tlw. Abschnitt 11.4, 19.4 u. 32.3.15	85,00
Pauschale für fachärztliche Grundversorgung (PFG)	100,00

## (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 Volumina 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	100,00
Augenheilkunde	100,00
Chirurgie, Kinderchirurgie, Plastische Chirurgie, Herzchirurgie	100,00
Neurochirurgie	100,00
Frauenheilkunde mit u. ohne fakultativer WB Endokrinologie u. Reproduktionsmedizin	100,00
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	100,00
Haut- und Geschlechtskrankheiten	100,00
Innere Medizin ohne Schwerpunkt, fachärztlicher Versorgungsbereich	100,00
Angiologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	100,00
Endokrinologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	100,00
Gastroenterologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	100,00
Hämato-/Onkologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	100,00
Kardiologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	100,00
Kardiologie u. invasiver Tätigkeit, Innere Medizin mit Schwerpunkt	100,00
Pneumologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	100,00
Rheumatologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	100,00
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	100,00
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie mit Teilnahme an der SPV	100,00
Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	100,00
Nervenheilkunde, Neurologie	100,00
Nuklearmedizin ohne Genehmigung für MRT	100,00
Nuklearmedizin mit Genehmigung für MRT	100,00
Orthopädie	100,00
Phoniatrie, Pädaudiologie und Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen	100,00
Psychiatrie und Psychotherapie	100,00
Diagnostische Radiologie ohne Vorhaltung von CT und MRT	100,00
Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT	100,00
Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von MRT	100,00
Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT und MRT	100,00
Urologie	100,00
Physikalisch-Rehabilitative Medizin	100,00

### (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).

<b>Hausärztlicher Versorgungsbereich, Fachärzte für</b>	<b>Quote in %</b>
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
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	100,00
<b>Fachärztlicher Versorgungsbereich, Fachärzte für</b>	<b>Quote in %</b>
Anästhesiologie	
Akupunktur	100,00
Narkosen bei zahnärztlicher Behandlung	100,00
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	100,00
Augenheilkunde	
Elektroophthalmologie	100,00
Fluoreszenzangiographie	100,00
Kontaktlinsenanpassung	100,00
Strukturpauschale für konservative Augenärzte	100,00
Chirurgie, Kinderchirurgie, Plastische Chirurgie, Herzchirurgie	
Akupunktur	100,00
Gastroenterologie, Bronchoskopie	100,00
Phlebologie	100,00
Proktologie	100,00
Neurochirurgie	
Akupunktur	100,00
Frauenheilkunde mit und ohne fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	
Empfängnisregelung, Sterilisation oder Schwangerschaftsabbruch	100,00
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	100,00
Richtlinienpsychotherapie	100,00
Sonographie Brustdrüsen	100,00
Stanzbiopsie	100,00
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	
Kardiorespiratorische Polygraphie	100,00

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	100,00
Nuklearmedizinische Leistungen	100,00
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	100,00
Endokrinologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	
Nuklearmedizinische Leistungen	100,00
Gastroenterologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	
Gastroenterologie	100,00
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	100,00
Hämato-/ Onkologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	
Gastroenterologie	100,00
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	100,00
Kardiologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	
Kardiorespiratorische Polygraphie	100,00
Langzeit-EKG	100,00
Nuklearmedizinische Leistungen	100,00
Kardiologie und invasiver Tätigkeit, Innere Medizin mit Schwerpunkt	
Langzeit-EKG	100,00
Pneumologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	
Bronchoskopie	100,00
Rheumatologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	
Akupunktur	100,00
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	100,00
Nervenheilkunde und Neurologie	
Akupunktur	100,00
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	100,00
Nuklearmedizin ohne Genehmigung für MRT	
Zuschlag SPECT	100,00
Orthopädie	
Akupunktur	100,00
Phoniatrie, Pädaudiologie und Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen	
Phoniatriisch-pädaudiologische Leistungen	100,00
Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT	
CT-gesteuerte Intervention	100,00
Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT und MRT	
CT-gesteuerte Intervention	100,00
Urologie	
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	100,00
Stoßwellenlithotripsie	100,00
Urodynamik	100,00
Physikalisch-Rehabilitative Medizin	
Akupunktur	100,00
Ärzte mit Teilnahme Qualitätssicherungsvereinbarung zur SMT-Versorgung	
Zuschlag schmerztherapeutische Einrichtungen 30704	100,00
Akupunktur 30790, 30791 im Rahmen der SMT-Versorgung	100,00

#### (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 4/2020 gegenübergestellt. Daraus ergeben sich die jeweiligen Quoten.

<b>Sonstige Arztgruppen</b>	<b>Quote in %</b>
Ermächtigte (Krankenhaus-) Ärzte und Institute	100,00
Sonstige Arztgruppen (z.B. Nephrologen, Pathologen, Strahlentherapeuten, Laborärzte, Laborgemeinschaften, etc.), Krankenhäuser, Kliniken	100,00

  

<b>Psychotherapeuten</b>	<b>Quote in %</b>
Nicht antragspflichtige Leistungen Kap. 35.1 (ohne 35150, 35151 u. 35152) und Psycho-diagnostische Testverfahren Kap. 35.3 sowie restliche Leistungen von Psychotherapeuten	85,00

\* Mindestquote



# ACHTUNG



## So vermeiden Sie Regresse bei Arznei- und Heilmitteln

### Wann ist eine Wirtschaftlichkeitsprüfung mit finanziellen Sanktionen überhaupt möglich?

- 1 Richtwertprüfung** (statistische Auffälligkeit)  
Überschreitung der Richtwerte um mehr als 25 %
- 2 Einzelfallprüfung** (auf Antrag der Kasse)  
z. B. wegen Verordnungsausschlusses (laut Arzneimittel-Richtlinie des G-BA) und wegen nicht verordnungsfähigen Sprechstundenbedarfes.

Mit den Honorarunterlagen erhalten Sie Ausgabenübersichten zu Ihren verordneten Leistungen (Anlage 70ff).  
**Was ist dabei zu beachten?**

### Anlage 71 Frühinformation Arzneimittel

➔ warnt, wenn die Gefahr einer Richtwertprüfung besteht.  
Diese Hinweise sind dringend zu beachten!

So können Sie Ihr eigenes Verschreibungsverhalten rechtzeitig kontrollieren und gegensteuern, bevor ein Regress droht.

### Anlage 76 Fehlerliste Verordnungen

➔ falls sie beiliegt, ist sie ein Warnsignal.

Sie listet prüfungsrelevante Einzelverordnungen auf.

Eine **Frühinformation Heilmittel** ist nicht möglich, da uns die erforderlichen Daten nicht rechtzeitig zur Verfügung stehen. Hier entlastet die **Diagnoseliste „Besondere Verordnungsbedarfe / Langfristiger Heilmittelbedarf“** Praxen vom Morbiditätsrisiko. Die Kosten für die entsprechenden Verordnungen gehen faktisch nicht in eine mögliche statistische Wirtschaftlichkeitsprüfung ein. Im Mitgliederportal ist dennoch eine Übersicht Ihrer tatsächlich abgerechneten Heilmittel-Ausgaben (Anlage 70) zu finden.

### Therapieleitfäden

Verordnungen, die sich an den konsentierten Leitfäden der Gemeinsamen Prüfeinrichtungen Baden-Württemberg (GPE) orientieren, gelten in der Regel als wirtschaftlich: [www.gpe-bw.de/facharztgruppen](http://www.gpe-bw.de/facharztgruppen).

### Wichtige Hinweise zu Wirtschaftlichkeitsprüfungen

[www.kvbawue.de/regressgefahr](http://www.kvbawue.de/regressgefahr) ➔ Rubrik „Prüfticker“ im Verordnungsforum

#### Weitere Fragen

Arzneimittel | Frühinformation Arzneimittel Anlage 71,  
Fehlerliste Einzelverordnungen Anlage 76, 0711 7875-3663  
Sprechstundenbedarf | Fehlerliste Anlage 76, 0711 7875-3660  
Heilmittel | 0711/7875-3669

Alles Gute.

**KVBW**

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg