

Hinweise zur Abrechnung der KV Baden-Württemberg

ABRECHNUNGSQUARTAL 1 / 2022

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 **1/2022**.

Im 1. Quartal 2022 werden im hausärztlichen Versorgungsbereich weiterhin alle abgerechneten und anerkannten Leistungen mit den festen Preisen der Euro-Gebührenordnung – also zu 100% (unbudgetiert) – ausbezahlt.

Die zu beobachtende **deutliche Honorarsteigerung im hausärztlichen Versorgungsbereich** im Vergleich zum Vorjahresquartal liegt insbesondere an der außergewöhnlichen Leistung und Mehrarbeit für Corona-Impfleistungen und den Corona-Testungen in den Praxen auch im 1. Quartal 2022.

Im fachärztlichen Versorgungsbereich wirken im Quartal 1/2022 die Mengengrenzungsmaßnahmen (Fallzahlbegrenzungsregelung, RLV-Volumen) wieder.

Das Honorarergebnis **im fachärztlichen Versorgungsbereich** ist im Vergleich zum Vorjahr um rund 3% gestiegen. Die leicht negative Entwicklung im Bereich der MGV – des Budgets – konnte mittels des Honorars für Corona-Impfungen und Testungen insbesondere aber durch die unbudgetierte Vergütung der sog. TSVG Leistungen (über-) kompensiert werden. Die leicht rückläufige Entwicklung der MGV (budgetierter Honoraranteil) ist auch Folge der von uns bereits mehrfach avisierten TSVG- (Nach-) Bereinigung der MGV mit Reduktion der RLVs, die sich auch in den kommenden Quartalen (bis ein Jahr nach Ende der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite) fortsetzen wird. Die sog. TSVG Leistungen (dringliche Hausarzt- oder TSS-Terminvermittlung, offene Sprechstunde und Neupatienten) sind auf jeden Fall im Moment noch auf Vorgabe des Gesetzgebers aber ausbudgetierte Leistungen; hierdurch sollen als Steuerungselement in der ambulanten Versorgung bevorzugt – sofern in der Gesamtschau der Versorgungsnotwendigkeit einer Praxis möglich – diesem Patientenkreis Termine zur Verfügung gestellt werden.

Zusammenfassend bedeutet dies, dass auf der einen Seite durch die Bereinigung der TSVG Konstellationen sich die RLV reduzieren werden, auf der anderen Seite aber Tätigkeit und Leistungsanforderung der genannten TSVG-Konstellationen sich eins zu eins in Ihrem Honorar unbudgetiert niederschlagen, also das, was an budgetierten Leistungen aus den RLVs rauskommt, kommt unbudgetiert zurück. Wir gehen deshalb weiterhin in der fachärztlichen Versorgung infolge des TSVG – wie bereits deutlich in den Vorquartalen geschehen – von einer Vergütungserhöhung in der Summe aus. Deshalb müssen wir uns auch entschieden dagegen zur Wehr setzen, dass der Gesetzgeber Planungen hat, die TSVG-Regelung für die Neupatienten abzuschaffen.

Am Schluss darf ich Ihnen noch eine positive Nachricht mitteilen. Seit dem Jahr 2020 steht unser Honorarvertrag mit den Kassen und vor allem dort alle Förderungen, wie beispielsweise der Pflegeheimbesuch, die Substitution, das psychiatrische Gespräch, der Chronikerzuschlag, die Belegärztlichen Leistungen unter Vorbehalt aufgrund einer Beanstandung der Kassenaufsicht (Bundesamt für Soziale Sicherung). Hiergegen haben wir uns als KVBW natürlich entschieden gewehrt und auch geklagt und nun letztinstanzlich in allen Punkten Recht bekommen. Deshalb entfallen ab sofort die Vorbehalte auf den RLV-Zuweisungen und Honorarbescheiden.

Ihr



Dr. med. Norbert Metke
Vorsitzender des Vorstandes

BEKANNTMACHUNGEN

Änderungen der Honorarverteilung zum 1. Juli 2022

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg hat mit ihrem Beschluss vom 13. Juli 2022 über die nachfolgenden Änderungen des Honorarverteilungsmaßstabs (HVM) zum 1. Juli 2022 entschieden:

- **Beendigung der Corona-Förderungen und der Förderung von sog. NVA-Leistungen**

Die bundesweit geltenden Regelungen zur Kennzeichnung und Mehrbedarfsfinanzierung eines nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs infolge der Corona-Pandemie (sog. NVA-Leistungen: Anteil an der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung der je Tag mit GOP 88240 gekennzeichneten Leistungen) sind befristet gültig bis zum 30.06.2022. Somit entfällt ab diesem Zeitpunkt die Grundlage für die bisher im HVM getroffene Regelung einer unquotierten Vergütung dieser Leistungen.

Die weiteren regionalen Corona-Förderungen (Strukturpauschalen für Corona-Schwerpunktpraxen nach den GOP 99915 und 99919 sowie den Mitbesuch im Corona-Hotel und Alten- und Pflegeheim nach GOP 91413 wie auch die Strukturpauschale für die Versorgung von Infektpatienten am Wochenende nach GOP 99918) wurden aufgrund der hohen Corona-Infektionszahlen auch nach Beendigung der pandemischen Lage noch befristet bis zum 30.06.2022 weitergeführt. Ab dem Quartal 3/2022 entfallen die Förderungen.

- **Redaktionelle Anpassung des beendeten Corona-Rettungsschirms und Installierung einer generellen Schutzschirmregelung**

Der Corona-Schutzschirm für Ärzte und Psychotherapeuten war an das Bestehen der Pandemielage geknüpft. Nachdem die Pandemielage zum 25.11.2021 vom Bundestag für beendet erklärt wurde, endete der Rettungsschirm mit dem Ablauf des Quartals 4/2021. Die detaillierte, auf die Covid-19 - Pandemielage ausgerichtete Regelung entfällt daher. Neu geregelt wird an dieser Stelle eine generelle Schutzschirmregelung für bestimmte gesamtgesellschaftliche Ereignisse.

- **Neuaufnahme von Regelungen zur Thematik „Sicherstellung der Versorgung in unterversorgten Regionen“.**

Da der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen voraussichtlich bereits in diesem Sommer erstmals in einem Planungsbereich eine (hausärztliche) Unterversorgung feststellen wird, werden vorsorglich gem. § 116a SGB V vom Zulassungsausschuss auf Antrag ermächtigte Krankenhäuser sowie von der KV Baden-Württemberg dann verpflichtend vorzusehende Einrichtungen gem. § 105 Abs. 1c SGB V als mögliche neue Leistungserbringer, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen können, in den HVM aufgenommen. Zur Vergütung der angeforderten Leistungen und Kosten ist ein Vorwegabzug im jeweils zutreffenden arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen vorgesehen. Zur Finanzierung werden die für Sicherstellungsaufgaben bereits getrennt nach Versorgungsbereichen vorgesehenen Rückstellungen zusätzlich für Fördermaßnahmen gemäß der geplanten Sicherstellungsrichtlinie gebildet und verwendet.

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/. 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

Hinweise zur Abrechnung – Quartal 1/2022

Mit diesem Honorarversand erhalten Sie den Honorarbescheid für das Quartal 1/2022 sowie die dazugehörigen Abrechnungsunterlagen. Zum besseren Verständnis geben wir Ihnen die folgenden Hinweise:

1. Für das Quartal 1/2022 werden Ihnen folgende weitere **Honorarzahlen** 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 1/2022 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.
- Korrektur der Abrechnung Quartal 4/2021 hinsichtlich Zusetzung der GOP 35573V
Seit dem Quartal 4/2021 kann die Leistung Akutbehandlung GOP 35152 von Psychotherapeuten oder psychotherapeutisch tätigen Ärzten auch im Videofall abgerechnet werden. Eine Zusetzung des Zuschlages 35573V hat für das Quartal 4/2021 nicht stattgefunden. Dies wird mit dem Buchungsquartal 1/2022 korrigiert.
- Neubewertung Strukturzuschläge Psychotherapie
Zur Berücksichtigung der Personalkosten bei der Bewertung psychotherapeutischer Leistungen hat der Bewertungsausschuss die Strukturzuschläge **rückwirkend zum 1.1.2022** angehoben (599. Sitzung). **Die Höherbewertung** konnte in der vorliegenden Abrechnung 1/2022 keine Berücksichtigung mehr finden und wird **mit der nächsten Abrechnung für das Quartal 2/2022 korrigiert und nachvergütet**.

- Sonstige Korrekturen

Für die Quartale 2/2017 bis 4/2021 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. TI-Sanktionen

Sofern Sie von Sanktionen wegen TI-Defiziten betroffen sind und diese für nicht verhältnismäßig halten (vgl. Schreiben des Vorstands vom 22.10.2021) legen Sie Widerspruch gegen den Honorarbescheid ein und tragen darin die Gründe vor, auf denen die Unverhältnismäßigkeit Ihrer Ansicht nach beruht.

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 1. Quartal 2022** 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 1/2022 finden Sie:

- Auszahlungsquoten infolge der Honorarverteilung und Mengensteuerung 1/2022
- Auszahlungsübersicht 1/2022

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 I/2022

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	93,03
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	89,00 *
Pathologische und zytologische Leistungen Kap. 19	78,81
Genetisches Labor – Molekulargen. Leistg. 32860-32864, tlw. Abschnitt 11.4, 19.4 u. 32.3.15	75,95
Pauschale für fachärztliche Grundversorgung (PFG)	96,80
Strahlentherapie Kap. 25	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	11,93
Augenheilkunde	24,46
Chirurgie, Kinderchirurgie, Plastische Chirurgie, Herzchirurgie	21,12
Neurochirurgie	10,27
Frauenheilkunde mit u. ohne fakultativer WB Endokrinologie u. Reproduktionsmedizin	23,42
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	14,61
Haut- und Geschlechtskrankheiten	32,67
Innere Medizin ohne Schwerpunkt, fachärztlicher Versorgungsbereich	44,56
Angiologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	90,27
Endokrinologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	44,05
Gastroenterologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	34,22
Hämato-/Onkologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	14,93
Kardiologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	16,58
Kardiologie u. invasiver Tätigkeit, Innere Medizin mit Schwerpunkt	14,62
Pneumologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	45,04
Rheumatologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	10,53
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	13,13
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie mit Teilnahme an der SPV	9,58
Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	3,23
Nervenheilkunde, Neurologie	26,48
Nuklearmedizin ohne Genehmigung für MRT	17,74
Nuklearmedizin mit Genehmigung für MRT	16,25
Orthopädie	19,37
Phoniatrie, Pädaudiologie und Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen	40,18
Psychiatrie und Psychotherapie	16,89
Diagnostische Radiologie ohne Vorhaltung von CT und MRT	24,42
Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT	34,07
Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von MRT	12,45
Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT und MRT	12,07
Urologie	46,17
Physikalisch-Rehabilitative Medizin	16,86

(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
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	100,00
Fachärztlicher Versorgungsbereich, Fachärzte für	Quote in %
Anästhesiologie	
Akupunktur	100,00
Narkosen bei zahnärztlicher Behandlung	81,31
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	91,51
Augenheilkunde	
Elektroophthalmologie	76,75
Fluoreszenzangiographie	73,65
Kontaktlinsenanpassung	92,05
Strukturpauschale für konservative Augenärzte	83,62
Chirurgie, Kinderchirurgie, Plastische Chirurgie, Herzchirurgie	
Akupunktur	100,00
Gastroenterologie, Bronchoskopie	100,00
Phlebologie	76,38
Proktologie	86,60
Neurochirurgie	
Akupunktur	70,00
Frauenheilkunde mit und ohne fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	
Empfängnisregelung, Sterilisation oder Schwangerschaftsabbruch	86,97
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	82,67
Richtlinienpsychotherapie	80,00 *
Sonographie Brustdrüsen	80,00 *
Stanzbiopsie	100,00
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	
Kardiorespiratorische Polygraphie	70,00

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	87,08
Endokrinologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	
Nuklearmedizinische Leistungen	100,00
Gastroenterologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	
Gastroenterologie	99,77
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	70,00
Hämato-/ Onkologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	
Gastroenterologie	96,62
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	70,00
Kardiologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	
Kardiorespiratorische Polygraphie	96,16
Langzeit-EKG	80,05
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	70,00
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	100,00
Nervenheilkunde und Neurologie	
Akupunktur	99,49
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	70,00
Nuklearmedizin ohne Genehmigung für MRT	
Zuschlag SPECT	78,81
Orthopädie	
Akupunktur	100,00
Phoniatrie, Pädaudiologie und Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen	
Phoniatrisch-pädaudiologische Leistungen	100,00
Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT	
CT-gesteuerte Intervention	70,00
Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT und MRT	
CT-gesteuerte Intervention	70,00
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	97,97
Akupunktur 30790, 30791 im Rahmen der SMT-Versorgung	88,89

(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 1/2022 gegenübergestellt. Daraus ergeben sich die jeweiligen Quoten.

Hinweis: Bitte beachten Sie hier auch die Quoten für gesonderte Leistungsbereiche im fachärztlichen Versorgungsbereich (z.B. Strahlentherapie, Labor) unter dem Punkt (1).

Sonstige Arztgruppen	Quote in %
Ermächtigte (Krankenhaus-) Ärzte und Institute	94,93
Sonstige Arztgruppen (z.B. Nephrologen, Pathologen, Strahlentherapeuten, Laborärzte, Laborgemeinschaften, etc.), Krankenhäuser, Kliniken	100,00

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	72,12

* Mindestquote

Auszahlungsübersicht: Gesamthonorar GKV kollektiv

1.449.730.298 €

Leistungen außerhalb der MGV 756.931.385 €		Leistungen innerhalb der MGV 692.798.913 €		
HA	FA/PT	HA	FA/PT	
Leistung u. Begleitstg. § 115b 212.718 € 84.444.450 €		Labor² 4.010.961 € 50.350.096 €		
Ambulantes Operieren 863.089 € 12.203.989 €		Bereitschaftsdienst und Notfall 2.054.899 € 17.652.634 €		
Prävention 18.097.776 € 48.740.981 €		Labor ³ 6.694.066 €	Labor ⁴ 15.327.044 €	
Psychotherapie ¹ 1.262.478 € 77.447.170 €		RLV/QZV 260.007.753 €	RLV/QZV 219.149.328 €	
DMP 16.110.187 € 3.651.306 €		FL 4.671.973 €	FL 91.387.135 €	
Belegärztliche Leistungen 32.142 € 3.834.799 €		PFG 10.354.173 €		
Leistungen TSVG 48.045.714 € 135.876.227 €		Genetisches Labor 11.138.851 €		
Sonstige/regionale Leistungen 134.730.040 € 171.378.319 €				

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
- HA = Hausärztlicher Versorgungsbereich, GKV = Gesetzliche Krankenversicherung
- RLV = Regelleistungsvolumen, QZV = Qualifikationsgebundene Zusatzvolumen, FL = Freie Leistungen/Vorwegabzug
- MGV = Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, PFG = Pauschale für fachärztliche Grundversorgung

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.

Wichtige Hinweise zu Wirtschaftlichkeitsprüfungen

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