

Handbuch für neuzugelassene Ärzte und Ärztinnen

KVBW
Kassenärztliche Vereinigung
Baden-Württemberg

Inhalt

Handbuch für neuzugelassene Ärzte und Ärztinnen

4 **Einführung**

5 **Tätigkeit und deren Auswirkung auf die Abrechnung und Honorierung**

- Praxisform
- Leistungsorte
- Leistungskennzeichnung

6
- Besonderheiten und Zuschläge bei Kooperationen

7 **Organisatorisches rund um die Abrechnung**

- Urlaubs-/Krankheitsvertretung
- Praxisverwaltungssystem (PVS)
- Telematik Infrastruktur (TI)
- Online-Dienste der KVBW
- Abschlagszahlungen
- Serviceangebot zur Abrechnung

8
- Genehmigung von Leistungen
- Sprechstunden und Sprechzeiten
- Terminvermittlungen

9 **Alles erledigt?**

10 **Meine ersten vier Quartale**

12 **Wie rechne ich ab? Was ist der EBM?**

- Allgemeines zum EBM und zur Abrechnung in der vertragsärztlichen Versorgung
- EBM, einheitlicher Bewertungsmaßstab…
- Woher bekomme ich den EBM?
- Hat jede KV einen eigenen EBM?
- Was sind Kassenleistungen und wer legt das fest?
- Warum dürfen die das? Rechtliche Grundlagen

Inhalt

13 **Struktur und Aufbau des EBM**
- Wie ist der EBM aufgebaut?
- Wo finde ich was?
- Bewertung

14
- Leistungsinhalte
- Wann darf ich abrechnen?
- Warum es sich lohnt, auch mal weiterzulesen

15
- Dokumentation

16 **Labor**
- Allgemeines zu Laborleistungen/Laboruntersuchungen

17 **Plausibilität und Wirtschaftlichkeit**
- Wirtschaftlichkeitsgebot (§ 12 SGB V)
- EBM als Grundlage
- Prüfverfahren
- Ein Prüfkriterium: Zeitprofile

18 **Regionale Vereinbarungen**
- Gebührennummern und Vergütung abhängig vom Bundesland?
- Zuschläge zur Vergütung
- Weitere Informationen zum Thema

19 **Verträge**
- Abrechnungsmöglichkeiten außerhalb des EBM –Kollektiv? Selektiv?
- Was muss ich tun?

21 **Das Honorar - kein Buch mit 7 Siegeln**
- Grundsätzliches zum ärztlichen Honorar
- Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV)

Zulassung erhalten, Praxis eröffnet....

Die medizinische Versorgung der Patienten ist kein Problem, aber wie erhalte ich nun das Geld für meine durchgeführten Behandlungen? Wie funktioniert die Abrechnung in der Kassen-arzttätigkeit?

Diese und weitere Fragen stellen sich Ärzte undPsychotherapeuten häufig zu Beginn ihrer Praxistätigkeit.
Um einen ersten Einblick in die Abrechnungswelt zu geben, haben wir, die Abrechnungsberatung der KVBW, für Sie diesen Leitfaden erstellt.
Wir geben Ihnen hiermit einen kurzen Überblick zu Themen und Fragen rund um die Abrechnung und helfen Ihnen sich in den vielfältigen Bestimmungen zurechtzufinden.

Dieser Leitfaden stellt ein Nachschlagewerk dar, das Sie auch zusätzlich zu unseren verschiedenen Beratungsangeboten nutzen können.

Zur Vertiefung der einzelnen Themen finden Sie auf unserer Interrnetseite und in weiteren Veröffentlichungen mehr Informationen und Links. Oder Sie nehmen per Mail oder Telefon Kontakt zu uns auf (abrechnungsberatung@kvbawue.de Tel.0711 7875-3397).

Wir freuen uns auf Sie!

Ihre Abrechnungsberatung

Tätigkeit und deren Auswirkung auf die Abrechnung und Honorierung

Die unterschiedlichen Teilnahmemöglichkeiten an der vertragsärztlichen Versorgung haben Auswirkungen auf die Abrechnung Ihrer Leistungen und auch auf die Honorierung.

Zunächst brauchen Sie einen durch den **Zulassungsausschuss** genehmigten Status, um Patienten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Patienten) behandeln zu können.
Hierbei gibt es verschiedene Möglichkeiten:

- freiberuflich selbstständig in Einzelpraxis
- freiberuflich selbstständig in einer Kooperation (BAG)
- freiberuflich selbstständig im Jobsharing (BAG)
- angestellt auf einem Versorgungsauftrag (EPX/BAG/MVZ)
- angestellt mit Leistungsbegrenzung

Praxisform

Sowohl die Anstellung von Fachärzten (fachgleich oder fachungleich) als auch Assistenten zur Weiterbildung oder zur Sicherstellung ist möglich.

Leistungsorte

Ihre vertragsärztliche Tätigkeit beschränkt sich grundsätzlich auf die durch die Zulassung genehmigte Praxisadresse. Für alle weiteren Leistungsorte bedarf es einer Meldung oder Genehmigung. Darunter fallen Nebenbetriebstätten, Zweigpraxen und ausgelagerte Praxisräume.

Leistungskennzeichnung

Sie haben mit Ihrer Zulassung zusätzlich zu der lebenslangen Arztnummer (LANR) eine Betriebsstättennummer (BSNR) erhalten. Ihre erbrachten Leistungen kennzeichnen Sie sowohl mit der LANR als auch mit der BSNR. Über die BSNR wird dann auch die Quartalsabrechnung online an die KV übermittelt. Dies gilt auch für Ihre angestellten Ärzte. Ausgenommen hiervon sind: Sicherstellungs- und Weiterbildungsassistenten.

Besonderheiten & Zuschläge bei Kooperationen

Wenn in einer Praxiskooperation ausschließlich fach-und schwerpunktgleiche Ärzte zusammenarbeiten, erhalten sie einen Aufschlag in Höhe von 10 % (Haus-und Kinderärzte: 22,5 %) auf die jeweiligen Versicherten-und Grundpauschalen laut EBM. Berufsausübungsgemeinschaften (BAG), medizinische Versorgungszentren (MVZ) und Praxen mit angestellten Ärzten, deren Teilnehmer sich am selben Standort befinden, erhalten außerdem einen prozentualen Zuschlag auf das Regelleistungsvolumen (RLV), wenn sie Patienten gemeinsam behandeln. Das RLV für die Praxis ergibt sich dann aus der Summe der RLVs der Ärzte, die dort tätig sind, zuzüglich Kooperationszuschlag.

Praxisformen	Kennzeichnung mit eigener LANR	Auswirkung EBM: GP/KP/VP	Auswirkung Honorierung (RLV)
Zulassung EP	x	–	–
Zulassung BAG fachgleich fachübergreifend	 x x	Aufschlag: 10 % GP; 22,5% VP jeweilige GP/VP abrechenbar	 10 % Aufschlag 10 % bis 20 % Aufschlag
Anstellung ohne LB fachgleich fachübergreifend	 x x	Aufschlag: 10 % GP; 22,5 % VP jeweilige GP/VP abrechenbar	 10 % Aufschlag 10 % bis 20 % Aufschlag
Jobsharing	x	10 % Aufschlag	10 % Aufschlag
Anstellung mit LB	x	10 % Aufschlag	10 % Aufschlag
Anstellung SIA	–	–	–
Anstellung WBA	–	–	–

Abkürzungen:

EP: Einzelpraxis
BAG: Berufsausübungsgemeinschaft
LB: Leistungs-bzw. Umsatzbegrenzung
SIA: Sicherstellungsassistent
WBA: Weiterbildungsassistent
GP: Grundpauschale
KP: Konsultationspauschale
VP: Versichertenpauschale
RLV: Regelleistungsvolumen (siehe Rubrik Honorar)

Um Ihnen nach der Zulassung den Einstieg in den Praxisbetrieb zu erleichtern und einen reibungslosen Ablauf zu ermöglichen, gilt es einige Faktoren zu beachten:

Organisatorisches rund um die Abrechnung

Urlaubs-/Krankheitsvertretung

Auch Ärzte dürfen regelmäßig Urlaub machen oder können krankheitsbedingt ausfallen.
Für diese Fälle muss eine Vertretung organisiert werden, Näheres entnehmen Sie unserem Internetauftritt in der Rubrik Vertreter.
Um Ihnen nach der Zulassung den Einstieg in den Praxisbetrieb zu erleichtern und einen reibungslosen Ablauf zu ermöglichen, gilt es einige Faktoren zu beachten:

Praxisverwaltungssystem (PVS)

Nachdem Sie Ihre Betriebsstättennummer (BSNR) und Ihre Lebenslange Arztnummer (LANR) erhalten haben, müssen diese in das von Ihnen ausgewählte Praxisverwaltungssystem (PVS) eingepflegt werden, denn nur so ist am Ende eines Quartales eine Abrechnung möglich. Bitte vergessen Sie in diesem Zusammenhang nicht, den elektronischen Heilberufsausweis (e-HBA) bei der Ärztekammer sowie den Praxisausweis (die SMC-B-Karte) bei einem der zugelassenen Anbieter zu bestellen.

Telematikinfrastruktur (TI)

Die Telematikinfrastruktur (TI) ermöglicht Ärzten, Psychotherapeuten und weiteren Akteuren im Gesundheitswesen einen schnellen und sicheren Datenaustausch über eine Vernetzung von IT-Systemen. Die TI schafft die Basis für digitale Anwendungen wie elektronische Patientenakte, Notfalldatenmanagement sowie eAU und eRezept. Wichtige medizinische Informationen sind damit leichter verfügbar. Sie sind vom Gesetzgeber zum Anschluss an die TI verpflichtet. Dass Sie angeschlossen sind, müssen Sie der KV nicht gesondert mitteilen, das können wir Ihren Abrechnungsdaten entnehmen.
Bei Nichtanschluss oder Fehlen von notwendigen Komponenten kann es zu Honorarkürzungen kommen.

Online-Dienste der KVBW

Die KVBW betreibt ein Mitgliederportal, die Zugangsdaten, die Sie hierfür benötigen, senden wir Ihnen automatisch per Post zu. In getrennten Briefen erhalten Sie einen Benutzernamen und ein Freigabekennwort. Bei Ihrer ersten Anmeldung am System legen Sie selbst ein Anmeldekennwort fest.
Diese Zugangsdaten benötigen Sie auch, um Ihre Notfalldienste in BD online zu pflegen oder Ihre Honorarunterlagen im Dokumentenarchiv des Mitgliederportals abzurufen.
Zusätzlich können Sie kostenfrei einen KV-Ident-Plus-Token bestellen unter:
www.kvbawue.de/selfservice

Mit dem Token sind folgende Vorteile verbunden:

1. Zugang zum geschützten Netz der KV (Mitgliederportal) auch außerhalb der Praxis
2. Wiederfreischalten des gesperrten Zugangs (beispielsweise nach wiederholter Falscheingabe des Kennworts)
3. BD-Online (Notfalldienstplanung) direkt über das Internet aufrufbar (z. B. per Smartphone oder Tablet)

Abschlagszahlungen

Damit Ihnen mit der Tätigkeitsaufnahme finanzielle Mittel zur Verfügung stehen, erhalten Sie monatliche Abschlagszahlungen. Bei Praxisübernahme können diese vom Praxisvorgänger übernommen werden, alternativ besteht auch die Möglichkeit monatlich die Behandlungszahlen und abgerechnete Gebührenordnungspositionen (GOP) zu melden.

Serviceangebot zur Abrechnung

Wir empfehlen Ihnen, ein Abrechnungsberatungsgespräch wahrzunehmen. Bei Interesse können Sie uns eine E-Mail an abrechnungsberatung@kvba-wue.de schreiben oder unter Telefon 0711 7875-3397 einen Termin vereinbaren. Die wichtigsten Informationen – auf Ihre Fachrichtung zugeschnitten – werden Ihnen den Start erleichtern.

Genehmigung von Leistungen

Zahlreiche qualitätsgesicherte Leistungen dürfen Sie nur arechnen, wenn Ihnen eine schriftliche Genehmigung von der
KV erteilt wurde. Bitte denken Sie daran, entsprechende Genehmigungen zu beantragen.
Wechseln Sie von einer Anstellung in eine Zulassung oder umgekehrt, ist es wichtig, dass Sie Ihre Genehmigungen aufgrund des Statuswechsels umschreiben lassen.
Bei der Beschäftigung eines angestellten Facharztes (mit oder ohne Leistungsbegrenzung) müssen Sie die genehmigungspflichtigen Leistungen auch für Ihren Angestellten beantragen. Ausgenommen hiervon sind: Sicherstellungs- und Weiterbildungsassistenten. Mehr dazu auf unserer Internetseite unter: www.kvbawue.de/genehmigungspflichtige-leistungen

Sprechstunden und Sprechzeiten

Mit Ihrer vertragsärztlichen Tätigkeit geht die Pflicht einher, in einem festgelegten Umfang Patienten zu versorgen.
Ihre Sprechzeiten müssen über unser Onlinetool dem Arztregister gemeldet werden. Der Gesetzgeber hat für einen vollen Versorgungsauftrag festgelegt, dass mindestens 25 Stunden Sprechzeit pro Woche angeboten werden müssen.

Sollten Sie einer Fachgruppe angehören, die laut Bundesmantelvertrag (BMV-Ä) zum Anbieten offener Sprechstunden verpflichtet ist, dann melden Sie die Zeiten bitte ebenfalls über unser Onlinetool dem Arztregister.

Terminvermittlungen

Über Terminvermittlungen soll Patienten ein einfacher und zeitnaher Zugang zum Facharzt ermöglicht werden. Hierfür hat der Gesetzgeber mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) die Basis geschaffen.

Es gibt zwei strukturierte Zugangswege, um Facharzttermine zu vermitteln:

- Terminservicestelle (TSS)
- Terminvermittlung vom Hausarzt an den Facharzt

In Fällen der Terminvermittlung profitieren Haus- und Facharzt finanziell. Näheres zum Thema finden Sie unter:
www.kvbawue.de/terminvermittlung

Laut Gesetz sollen der Terminservicestelle (TSS) Termine zur Vermittlung von Behandlungen gemeldet werden. Informationen dazu finden Sie unter:
www.kvbawue.de/terminservicestelle

Alles erledigt?

Was	Was ist zu tun	Check
IT-Beratung der KV kontaktieren	Zu IT-Themen beraten lassen	
Praxisverwaltungssystem (PVS) lassen	bestellen und einrichten lassen	
Telematikinfrastruktur (TI)	bestellen, installieren und einrichten lassen	
elektronischer Heilberufe Ausweis (eHBA)	bei der Ärztekammer bestellen	
Praxisausweis (SMC-B)	beim Kartenhersteller bestellen	
Zugangsdaten Mitgliederportal (Versendung nach erhalt der Zulassung)	anmelden und eigenes Passwort vergeben	
KV Ident Plus Token	in der Benutzerverwaltung kostenfrei bestellen (über Website der KVBW www.kvbawue.de/selfservice)	
Neuigkeiten im KV-System	KVBW-Newsletter & Schnellinfo abonnieren	
KVBW Starterseminar	kostenlos anmelden und teilnehmen	
MAK Seminarangebot	Kursangebot sichten www.mak-bw.de	
Erstberatung Abrechnung	Termin vereinbaren	
ProNeo	Anmeldung (nur für Einzelpraxen)	
EBM	Lesen, verstehen und anwenden können	
Genehmigungspflichtige Leistungen	bei der Qualitätssicherung der KV beantragen	
Praxissprechzeiten	Im Onlinetool melden	
Abschlagszahlungen	mit Ärztebuchhaltung Kontakt aufnehmen	
Quartalsende	Abrechnung & Sammelerklärung übermitteln Abgabetermin auf Website unter www.kvbawue.de/abrechnung oder dem Rundschreiben entnehmen.	
Information zur Gesamtabrechnung / MRM	sichten, prüfen & bearbeiten	
Erste Honorarunterlagen	Termin zur Unterlagenberatung vereinbaren	

Abkürzungen und Legende:

- KVBW: Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
- KV-Ident-Plus-Token: Zahlengenerator (Aufruf Mitgliederportal per KV-Ident Plus und Passwort-vergessen-Funktion)
- ITP-Beratung: IT in der Arztpraxis
- MAK: Management Akademie der KVBW
- EBM: Einheitlicher Bewertungsmaßstab (Gebührenordnung)

Mein erstes Quartal

1

Vor dem Praxisstart:

- ☐ Erstberatung (EBM) durch die Abrechnungsberatung
- ☐ ProNeo Betreuung anmelden (Angebot gilt für Niedergelassene in Einzelpraxen)
- ☐ Genehmigungspflichtige Leistungen beantragen
- ☐ Praxisverwaltungssystem (PVS) einrichten, BSNR und LANR pflegen
- ☐ Praxisausweis (SMC-B) beim Kartenhersteller bestellen
- ☐ elektronischer Heilberufe Ausweis (eHBA) bei der Landesärztekammer bestellen
- ☐ Telematikinfrastruktur und die zugehörigen Anwendungen einrichten lassen
- ☐ KVBW-Starterseminar anmelden
- ☐ MAK-Seminar Kursangebote sichten

2

Beginn des ersten Quartals

- ☐ Zugangsdaten Mitgliederportal (anmelden und eigenes Passwort vergeben)
- ☐ KV Ident Plus Token bestellen (über das Mitgliederportal)
- ☐ Sprechzeiten über das Onlinetool auf der Homepage an die KVBW melden
- ☐ Abschlagszahlung bei der KV-Ärztebuchhaltung beantragen (Übernahme Abschlagszahlung Vorgänger oder monatliche Fallzahlmeldung für insgesamt zwei Quartale)
- ☐ KVBW-Newsletter und Schnellinfo abonnieren
- ☐ Abrechnungsabgabetermin beachten

3

Zweites Quartal

- ☐ Übermittlung der ersten Quartalsabrechnung per Mitgliederportal oder 1-Click-Abrechnung, Sammelerklärung per Post an die KVBW senden
- ☐ Termin zur Besprechung mit Ihrem ProNeo-Mentor
- ☐ Sichtung Ihrer digitalen Mitgliederrückmeldung (MRM Das heißt: erste Rückmeldung der KVBW über vorgenommene Korrekturen an Ihrer Quartalsabrechnung. Hier haben Sie die Möglichkeit, Korrekturwünsche zu melden.

4

Drittes Quartal

- ☐ Erhalt der ersten Schlusszahlung und der ersten Honorarunterlagen
- ☐ Terminierung einer Unterlagenberatung mit der Abrechnungsberatung

Legende: ProNeo: Unterstützungsangebot für neu niedergelassene Mitglieder in Einzelpraxen im ersten Niederlassungsjahr mit persönlicher Mentorin

Folgende Punkte sind jedes Quartal relevant:

- Bei allen Patienten eGK einlesen
- EBM-Änderungen beachten
- Pflege der Patientenakte und taggleiche Eingabe der Abrechnungsziffern
- Sichtung des Quartalsrundschreibens der KVBW, Sammelerklärung liegt diesem in einem Rückumschlag bei und muss korrekt und vollständig ausgefüllt, unterschrieben mit der Quartalsabrechnung eingereicht werden.
- Abrechnungsabgabetermin beachten
- Bei Erstellen der Abrechnung am Quartalsende KBV-Prüfmodul anschauen, ob alle verpflichtenden TI-Fachanwendungen vorliegen (z.B. elektronische Patientenakte)
- Sichtung Ihrer digitalen Mitgliederrückmeldung (MRM).

Cave!

Die elektronische Gesundheitskarte **(eGK)** der Patienten ist grundsätzlich bei jedem ersten Arzt-Patienten-Kontakt in der
Praxis im Quartal einzulesen.

Die Pflege der Patientenakte und die Abrechnung der **erbrachten Leistungen** sollte möglichst täglich erfolgen, ebenso die Sichtung der Tageslisten. Dies liegt aber letztendlich in Ihrem Ermessen.

Die Termine zur **Abrechnungsabgabe** werden mit dem Rundschreiben sowie über die Homepage der KVBW bekannt
gegeben. Bitte beachten Sie, dass auch die **Sammelerklärung** innerhalb der Abgabefrist vollständig und korrekt im Original an die KVBW zu versenden ist, denn erst dann gilt die Abrechnung als vollständig eingereicht.

Sobald die Bearbeitung Ihrer Abrechnung durch die KV abgeschlossen ist, erhalten Sie die **Information zur Gesamtabrechnung,** auf welcher die sachlich rechnerischen Korrekturen ausgewiesen werden. In diesem Rahmen haben Sie innerhalb der festgesetzten **Korrekturfrist** die Möglichkeit, Berichtigungen der bereits eingereichten Abrechnung zu veranlassen.

Eine Korrektur ist nun auch über das neue Tool MRM im Mitgliederportal möglich. Weitere Informationen hierzu finden Sie auf unserer Website unter
www.kvbawue.de/praxis/unternehmen-praxis/mitgliederportal/mitgliederrueckmeldung-mrm

Unterstützung erhalten Sie stets bei Ihrer Abrechnungsberatung unter Telefon 0711 7875-3397

Wie rechne ich ab? Was ist der EBM?

Allgemeines zum EBM und zur Abrechnung in der vertragsärztlichen Versorgung

EBM, einheitlicher Bewertungsmaßstab...

EBM heißt der bundesweit gültige Leistungskatalog, der abschließend die ambulanten ärztlichen Leistungen für gesetzlich Krankenversicherte beinhaltet. Private Krankenkassen, Unfallversicherungen der Berufsgenossenschaften und die Hausarztzentrierte Versorgung (HZV) haben eigene Gebührenordnungen oder Leistungskataloge, unabhängig vom EBM und der KV-Abrechnung.

Woher bekomme ich den EBM?

Egal ob gebunden in Buchform, online als Datei oder als App auf Ihrem Smartphone: Der EBM wird künftig Ihre unverzichtbare Lektüre, wenn es um Ihre Kassenabrechnung bei der KV geht.
Weitere Informationen zum Thema EBM finden Sie auf unserer Internetseite unter dem Stichwort „EBM“

Hat jede KV einen eigenen EBM?

Nein, es gibt nur einen EBM für ganz Deutschland. Seine Inhalte sind für alle Beteiligten bindend. Von den Bestimmungen und Inhalten kann nicht abgewichen werden. Der EBM schafft somit bundesweit gleiche Bedingungen für die Abrechnung von Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung.

Was sind Kassenleistungen, und wer legt das fest?

Der EBM ist das vollständige Leistungsverzeichnis der vertragsärztlichen Versorgung. Das bedeutet, dass die dort im EBM aufgeführten Leistungen von den gesetzlichen Krankenkassen anerkannt sind. Nur diese können von Ihnen als Kassenleistungen erbracht bzw. von den Versicherten als solche beansprucht werden. Zuständig für Festlegung, Inhalt, Wert und Weiterentwicklung des EBM ist der Bewertungsausschuss, ein Gremium bestehend aus Kassenvertretern und Vertretern der Ärzteschaft.

Warum dürfen die das? Rechtliche Grundlagen

Das fünfte Sozialgesetzbuch (SGB V) enthält die „Basisregelungen“ des Vertragsarztrechts und sieht unter anderem die Vereinbarung von Verträgen und den Beschluss von Richtlinien vor, die den Inhalt der vertragsärztlichen Versorgung regeln. Geprägt ist das Vertragsarztrecht vom Gedanken der Selbstverwaltung, d. h. wesentliche Inhalte werden in Gremien vereinbart, die mit Ärztevertretern und Krankenkassenvertretern besetzt sind (z. B. Gemeinsamer Bundesausschuss, Zulassungsausschuss, Landesausschuss, Bewertungsausschuss). Die Hauptaufgabe des Bewertungsausschusses ist es z. B. den EBM zu erstellen.
Details dazu finden sich in § 87 SGB V und im Bundesmantelvertrag Ärzte (BMV-Ä).

Struktur und Aufbau des EBM

Wie ist der EBM aufgebaut?

Die Grundlogik im EBM besteht in der Aufteilung der Leistungen nach Arztgruppen und der Unterscheidung zwischen hausärztlichen und fachärztlichen Leistungen.

Oft werden Leistungen in Pauschalen zusammengefasst. Insgesamt besteht der EBM aus 8 Teilen, die auch Bereich genannt werden. Diese sind numerisch (01 – 60) in Kapitel unterteilt und diese wiederum in einzelne Abschnitte.

Alle Leistungen werden durch einen 5-stelligen Zifferncode, die Gebührenordnungsposition (GOP), dargestellt. Aus den ersten beiden Ziffern lässt sich erkennen, aus welchem Kapitel die Leistung kommt.

Wo finde ich was?

Teil I Allgemeine Bestimmungen

In den allgemeinen Bestimmungen werden die Regeln und Begrifflichkeiten des EBM aufgeführt und erläutert.

Teil II Arztgruppen übergreifende allgemeine Leistungen Kapitel 01 – 02

Leistungen wie z. B. Besuche, Kleinchirurgie, technische Zuschläge etc. können sowohl von Hausärzten als auch von Fachärzten erbracht werden.
Berechnungsfähig sind sie aber nur, wenn sie auch in der eigenen Arztgruppen-Präambel aufgeführt sind.

Teil III Arztgruppenspezifische Leistungen Kapitel 03 – 27

Die Hauptunterscheidung liegt hierbei in der Trennung zwischen hausärztlichem und fachärztlichem Versorgungsbereich. Die Kapitel 03 und 04 sind den Hausärzten/Kinderärzten vorbehalten.
Der fachärztliche Versorgungsbereich ist in die verschiedenen Arztgruppen wie Augenärzte, Orthopäden, Dermatologen usw. aufgeteilt.

Teil IV Arztgruppenübergreifende spezielle Leistungen Kapitel 30 – 38

Bei Abrechnung von Leistungen dieses Bereiches bedarf es einer besonderen Qualifikation, wie z. B. bei der genehmigungspflichtigen Sonographie (Kapitel 33).

Teil V Kostenpauschalen

Das Kapitel 40 enthält verschiedene Kostenpauschalen.

Teil VI Anhänge

In den Anhängen finden sich Übersichten zu nicht gesondert berechnungsfähigen Leistungen (Anhang 1), die z. B. in der Versicherten-/Grund- oder Konsiliarpauschale bzw. in einer anderen GOP enthalten sind. Es gibt zudem Übersichten zur Verschlüsselung der operativen Prozeduren (OPS im Anhang 2) und zum festgelegten Zeitaufwand der einzelnen Leistungen im Zusammenhang mit Plausibilitätsprüfungen (Anhang 3) und weitere.

Teil VII ASV

Informationen zu ASV entnehmen Sie bitte über unsere Website zu ASV
www.kvbawue.de/praxis/neue-versorgungsmodelle/asv

Teil VIII Erprobungsverfahren

Ausschließlich im Rahmen von Erprobungsverfahren gemäß § 137e SGB V berechnungsfähige Gebührenordnungspositionen

Bewertung

Wie viel ist die einzelne GOP wert?

Die GOP sind in Punkten bewertet. Dem einzelnen Punkt liegt ein Cent-Betrag (Orientierungspunktwert) zugrunde. Dieser wird jedes Jahr zwischen den gesetzlichen Krankenkassen (GKV) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) ausgehandelt. Multipliziert man die angegebene Punkzahl mit dem Orientierungspunktwert, erhält man den Wert der Leistung/GOP als Eurobetrag.

Leistungsinhalte

Pauschalen, Leistungskomplexe usw.

Meist werden die einzelnen Tätigkeiten/Behandlungen als Pauschalen im EBM angegeben. Ursprünglich wurde dies gemacht, damit nicht so viele einzelne Positionen/Gebührennummern abgerechnet werden müssen.
Die Zuordnung verschiedener Sachverhalte zu einer Pauschale wurde bei der Wertermittlung berücksichtigt. Welche einzelnen Behandlungen in einer Pauschale enthalten sind, wird in einer Übersicht/Liste im sogenannten Anhang 1 des EBM dargestellt.

Wann darf ich abrechnen?

Wirtschaftlichkeitsgebot – nicht alles, was möglich ist, darf auch immer gemacht und abgerechnet werden …

Das oberste Gebot der Kassentätigkeit in Bezug auf Abrechnung und Verordnung ist das Wirtschaftlichkeitsgebot, das im fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) verankert ist. Es legt fest, dass Patienten nur Leistungen beanspruchen können, die notwendig, zweckmäßig, ausreichend und medizinisch indiziert sind. Somit müssen Sie als Kassenarzt in jedem einzelnen Fall prüfen, ob Ihre Behandlungsart und somit Ihre Abrechnung diesem Gebot entspricht.

Obligat/fakultativ

Die einzelnen GOP können Sie nur dann abrechnen, wenn Sie den obligaten Leistungsinhalt vollständig erfüllen und den fakultativen Leistungsinhalt vorhalten und/oder die Leistung auf Grundlage der entsprechenden Richtlinie erbringen.
Der obligate Leistungsinhalt führt auf, was zwingend erbracht werden muss. Ohne die Erfüllung sämtlicher Bestandteile ist die GOP nicht berechnungsfähig.
Der fakultative Leistungsinhalt gibt an, was ggf. notwendig sein könnte, aber nicht grundsätzlich in jedem Fall erbracht werden muss. Es muss aber trotzdem gesichert sein, dass die fakultativen Inhalte von Ihnen erfüllt werden könnten. Sind dort z. B. technische Dinge aufgeführt, müssen Sie diese auch vorhalten, auch wenn sie nicht in jedem Fall zum Einsatz kommen.

Warum es sich lohnt, auch mal weiterzu- lesen

Präambel

Eine besondere Bedeutung im EBM hat die sogenannte Präambel. Nahezu jedes Kapitel beginnt mit ihr. Dort sind spezielle Regelungen und Voraussetzungen zum betreffenden Kapitel aufgeführt. Es wird genau festgelegt, wer unter welchen Bedingungen Leistungen aus diesem Kapitel abrechnen darf und welche Leistungen aus anderen Kapiteln ergänzend dazu möglich sind. Manchmal enthält die Präambel aber auch besondere Ausnahmeregelungen zur Abrechnung, die bei der einzelnen GOP so nicht aufgeführt sind.

Kurative Leistungen / Präventive Leistungen

Neben rein therapeutischen und diagnostischen Maßnahmen (kurative Leistungen) gibt es auch präventive Leistungen. Diese Vorsorge-/Früherkennungsleistungen orientieren sich inhaltlich an den Vorgaben durch entsprechende Richtlinien. Diese werden vom Gremium Gemeinsamer Bundesausschuss
(G-BA) erstellt.
Es ist also Voraussetzung, dass Ihnen die Richtline im Detail bekannt ist, weil nur dort steht, was zum Leistungsumfang konkret gehört.
In manchen Fällen kann es vorkommen, dass es die identische Untersuchung sowohl kurativ als auch präventiv mit verschiedenen GOP gibt. In diesem Fall müssen Sie dann genau beachten, aus welcher Intension die Untersuchung erfolgt, um korrekt abzurechnen

⇨ Beispiel: Die Früherkennung auf das kolorektale Karzinom wird mit der GOP 01741 berechnet. Kurative Indikationen zu Koloskopie werden mit der GOP 13421 berechnet.

Dokumentation

Eine Leistung (GOP) darf nur abgerechnet werden, wenn der Leistungsinhalt vollständig erfüllt ist. Laut der allgemeinen Bestimmung 2.1 des EBM

Neben den obligaten und fakultativen Inhalten gehört auch die vollständige Dokumentation in der Patientenakte und/oder z. B. bei Früherkennungsuntersuchungen auf speziellen Formularen dazu.
Im Falle von Prüfungen müssen Sie anhand der Dokumentation die abgerechnete Leistung belegen können.
Lässt sich wegen fehlender Dokumentation nicht nachvollziehen, dass für die abgerechnete GOP alle geforderten Leistungsbestandteile auch wirklich erbracht wurden, kann dies als Falschabrechnung angesehen werden.

Angabe der ICD-Kodierung

Die Angabe der Diagnosen anhand des international gültigen Diagnose-Schlüssels ICD-10, über den das Krankheitsbild und auch die Behandlung kodiert wird, ist bei der Abrechnung der vertragsärztlichen Leistungen unumgänglich. Der ICD-Code dient als Abrechnungsbegründung für die abgerechneten GOP und hat große Auswirkung auf die Geldmenge, die von den Kassen an die KV für Ihr Honorar bereitgestellt wird. Die ICD-Kodierung sollte so spezifisch wie möglich angegeben werden. Es gibt eine Kodierungs-Richtlinie. Ihr PVS (PraxisVerwaltungs-System) und die KBV unterstützen Sie dabei mit speziellen Programmen. Informationen gibt es auch auf unserer Homepage.

Labor

Allgemeines zu Laborleistungen/Laboruntersuchungen

Laborleistungen werden im EBM verschiedenen Abschnitten zugeordnet. Es wird unterschieden zwischen allgemeinen (Kap. 32.2) und speziellen (Kap. 32.3) Laboruntersuchungen. Allgemeine Laboruntersuchungen können Sie in Ihrer eigenen Praxis erbringen und abrechnen oder über eine Laborgemeinschaft / einen Laborarzt beziehen. In diesem Fall erfolgt die Abrechnung der Leistungen durch den Laborarzt.

Zur Beauftragung verwenden Sie folgende Vordrucke:
Laborgemeinschaft: Muster 10a
Laborarzt: Muster 10

Wenn Sie spezielle Laboruntersuchungen selbst erbringen wollen, benötigen Sie hierfür eine Genehmigung.

Habe ich ein Laborbudget?

Nein, Sie bekommen einen Bonus in Form eines Geldbetrages, wenn Sie Laborleistungen in einem festgelegten wirtschaftlichen Rahmen durchführen oder veranlassen. Dies bezeichnen wir als Wirtschaftlichkeitsbonus (Wibo).

Was ist ein Wirtschaftlichkeitsbonus?

Bei wirtschaftlicher Veranlassung und Erbringung von Laborleistungen ermöglicht der EBM der KV einen Bonus zu vergüten. Hierfür werden alle verursachten Kosten an Laborleistungen, die Sie selbst erbringen oder veranlassen, Ihrer LANR zugeordnet. Liegen diese summierten Kosten innerhalb einer fachgruppenspezifischen Bewertungsgrenze, wird ein Bonus gezahlt.
Für jede Fachgruppe gibt es einen unteren und einen oberen begrenzenden Fallwert.

1. Wird der untere begrenzende Fallwert nicht erreicht, erhalten Sie den Bonus in voller Höhe
2. Liegen die Laborkosten Ihrer Praxis zwischen diesen Werten, wird der Bonus anteilig ausgezahlt.
3. Überschreiten Sie den oberen begrenzenden Fallwert, erhalten Sie keinen Bonus.

Gesteuert wird dies über die GOP 32001, die von der KVBW zugesetzt wird und je nach Fachgruppe unterschiedlich hoch bewertet ist.

Wo findet sich die Bewertung der GOP 32001?

Der EBM regelt im Kapitel 32.1 je Fachgruppe die Bewertung
in Punkten. Diese Punkte werden mit der zu berücksichtigenden Fallzahl sowie dem Euro-Punktwert (Orientierungspunktwert vgl. Kapitel EBM) multipliziert.

Wo kann ich das in den Honorarunterlagen nachvollziehen?

Die individuelle Berechnung können Sie der Anlage 7 zu Ihren Honorarunterlagen entnehmen.
Das Endergebnis in Euro finden Sie in der Anlage 1 unter der Rubrik „Freie Leistungen – Laborleistungen Wibo."

Kann ich den Wibo positiv beeinflussen?

Sie haben die Möglichkeit, bei bestimmten Krankheitsbildern über spezielle Kennnummern definierte Laboruntersuchungen von der Berechnung ausnehmen zu lassen. Diese Kennnummern müssen Sie dazu in Ihrer eigenen Abrechnung mit angegeben. Für einen Patienten können auch mehrere Kennnummern angegeben werden. Die Übersicht finden Sie auf unserer Internetseite unter:
www.kvbawue.de/pdf2918

Plausibilität und Wirtschaftlichkeit

Die KV ist gesetzlich verpflichtet, Ihre Abrechnung zu prüfen. Daher kann es auch nach der Honorarzahlung noch zu Prüfungen durch die KV sowie die gemeinsame Prüfeinrichtung kommen.

Wirtschaftlichkeitsgebot § 12 SGB V

Es gilt, dass eine wirtschaftliche, ausreichende, notwendige sowie zweckmäßige Leistungserbringung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung zu gewährleisten ist.

EBM als Grundlage

Im EBM sind den einzelnen Gebührenordnungspositionen Prüfzeiten zugeordnet (Anhang 3).
Unser System prüft automatisch unter anderem die Prüfzeiten je Arzt und je Praxis. Kommt die KV durch verschiedene Faktoren zu der Erkenntnis, dass eine Abrechnung unplausibel erscheint, kommt es zum Prüfverfahren. Beispiel: Das psychosomatische Gespräch verlangt eine Dauer von mindestens 15 Minuten – stellt unsere Prüfung fest, dass hier im Durchschnitt lediglich 8 Minuten gesprochen wird, erscheint das unplausibel.

Prüfverfahren

Das konkrete Verfahren zur Durchführung der Prüfungen ist in Richtlinien und der Prüfvereinbarung festgelegt. Ein Prüfkriterium: Zeitprofile Für diese Prüfungen ist der Umfang der je Tag abgerechneten Leistungen im Hinblick auf den damit verbundenen Zeitaufwand ausschlaggebend. Beträgt bei einem vollen Versorgungsauftrag die Zeitsumme der abgerechneten GOP an mindestens drei Tagen des Quartals mehr als 12 Stunden oder im Quartalsprofil mehr als 780 Stunden, ist das ein Aufgreifkriterium für eine ergänzende Abrechnungsprüfung. In dieser wird Plausibilität und Wirtschaftlichkeit dann überprüft, ob es plausible Erklärungen für die Abweichungen gibt.

Was ist für eine plausible Abrechnung zu tun?

- vollständige Leistungserbringung
- Berücksichtigung der Leistungslegende und ggf. vorhandenen Abrechnungsbestimmungen/ Voraussetzungen
- begründende ICD-Angabe
- genaue Dokumentation
- Beachtung von evtl. bestehender Berichtspflicht an den Hausarzt
- Vorhalten von fakultativ genannten Gerätschaften

Woher weiß ich, ob meine Prüfzeiten abweichen?

In Ihrem PVS (Praxisverwaltungssystem) sind die Prüfzeiten der einzelnen GOP hinterlegt. Es kann jederzeit ein Tagesprofil oder Quartalsprofil abgerufen werden. Die Funktionalität erklärt Ihnen Ihr Programmanbieter (Softwarebetreuung)

Regionale Vereinbarungen

Gebührennummern und Vergütung abhängig vom Bundesland?

Neben den bundesweit geltenden EBM-GOP gibt es auch Leistungen, die aufgrund besonderer vertraglicher Regelungen mit den Krankenkassen nur in Baden-Württemberg abrechnungsfähig sind. Dafür gelten regionale Vereinbarungen und Gebührennummern. Welche das aktuell sind, erfahren Sie auf unserer Internetseite unter: www.kvbawue.de/regionale-gop

Zuschläge zur Vergütung

Zudem haben wir als KV auch die Möglichkeit, mit den Krankenkassen für bestimmte Leistungen eine höhere Vergütung auszuhandeln.
Man spricht hierbei von Zuschlägen auf den Orientierungspunktwert.
Die aktuellen Übersichten über diese Leistungen und die Höhe des jeweiligen Zuschlags finden Sie unter regionale Gebührenziffern / Einzel- und geförderte Leistungen ebenfalls auf unserer Internetseite unter: www.kvbawue.de/einzelleistungen

Meist wird der Zuschlag automatisch von uns zugesetzt. Es gibt jedoch einzelne Gebührennummern, bei denen Sie in der Praxis eine bestimmte Kennzeichnung selbst vornehmen müssen, um den Zuschlag zu erhalten

⇨ Beispiel Kennzeichnung automatisch von der KV:
Zuschlag zur **Chronikerpauschale**
Sie rechnen die GOP 03220 ab, die KV setzt automatisch eine Pseudo-GOP dazu und Sie erhalten dadurch einen Zuschlag von 1,50 Euro.

⇨ Beispiel von Praxis zu kennzeichnen:
Hausbesuch im **Pflegeheim „P“**
Sie rechnen zu Ihrer Besuchsziffer (GOP 01410 und 01413) ein **P** ab, die KV vergütet Ihnen dadurch den Zuschlag von 14,80 Euro

Weitere Informationen zum Thema:

Website der KVBW www.kvbawue.de	Übersicht Einzel- und geförderte Leistungen je Quartal beachten und für eigene Praxis zutreffende Leistungen vermerken
KVBW Newsletter/Schnellinformation/ Rundschreiben/Website Rubrik "Aktuelles"	aktuelle Informationen/Änderungen zu regionalen Vereinbarungen beachten
Abrechnungsrichtlinien/Abrechnungsbestimmungen unter www.kvbawue.de/abrechnung	Hier sind die regionalen Vorgaben zur besonderen Leistungskennzeichnung mit Buchstaben aufgeführt

Verträge

Abrechnungsmöglichkeiten außerhalb des EBM – Kollektiv? Selektiv?

Kollektivvertrag als Standard

Als Standard für die Abrechnung mit der KV gelten die Regelungen des sogenannten Kollektivvertrags. Hierzu gehören als Basis die Gebührennummern des EBM. Es gibt aber auch weitere Vereinbarungen mit einzelnen Krankenkassen als Ergänzungzu den EBM-Leistungen.
Für bestimmte Themen schließt die Kassenärztliche Vereinigung (KV) stellvertretend für die Ärzte diese Verträge/Vereinbarungen mit den Krankenkassen und verhandelt Inhalteund Vergütung. In diesen Fällen rechnen Sie die zutreffenden Gebührennummern über die KV mittels der Quartalsabrechnung ab.

Woher erfahre ich welche KV-Sonderverträge / Zusatz-Vereinbarungen es für meine Fachrichtung gibt?

Die einzelnen Verträge mit Informationen zu Inhalten, Teilnahmevoraussetzungen, teilnehmenden Kassen und Vergütung finden Sie auf unserer Internetseite www.kvbawue.de in der Rubrik „Verträge A – Z“.

Beispiel DMP

Zu den bekanntesten bundesweit gültigen Sonderverträgen gehören die Disease-Management-Programme (DMP). Die Teilnahme müssen Sie gegenüber der KV beantragen. Die Abrechnung der Leistungen erfolgt innerhalb der Quartalsabrechnung über die KV mit gesonderten Gebührenziffern. Es gibt verschiedene DMP-Programme u. a. Asthma und COPD, Diabetes mellitus Typ 1 und 2 oder Koronare Herzkrankkeit. Besonders zu beachten sind hierbei die unterschiedlichen Abrechnungsziffern je DMP-Programm und die direkten Rückmeldungen zu den elektronischen Dokumentationen durch die Kasse bzw. deren Datenstellen.
Informationen und besondere Vorgaben zur Dokumentation sind auf unserer Internetseite in der Rubrik „Neue Versorgungsmodelle“ unter www.kvbawue.de/dmp.

Selektivvertrag

Als Ergänzung zum Kollektivsystem gibt es Selektivverträge.
In Selektivverträgen können Krankenkassen direkt mit einzelnen Ärzten oder deren Berufsverbänden besondere Versorgungsmodelle und Leistungen analog zur Regelversorgung
vereinbaren. Besonderheit ist, dass die KV hierbei nicht beteiligt ist und die Abrechnung mit einem gesonderten Abrechnungssystem ohne KV, direkt mit der Kasse bzw. über einen gesonderten Abrechnungsdienstleister (z. B. HÄVG oder MEDI) erfolgt.

Bereinigung

Enthalten Selektivverträge Leistungen aus der Regelversorgung, ist die Krankenkasse berechtigt, ihre Gesamtvergütung gegenüber der KV entsprechend zu bereinigen (also zu kürzen).
Wie die Bereinigung im Einzelnen gehandhabt wird, ist in Anlage 3a zum Honorarverteilungsmaßstab (HVM) festgelegt.

➔ Beispiel HZV

Die Teilnahme an der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) ist z. B. ein solcher Selektivvertrag. Er ersetzt die jeweiligen Leistungen im EBM (Kollektivsystem).
Der Arzt schließt direkt oder mittels eines Abrechnungsdienstleisters einen Teilnahmevertrag mit der jeweiligen Kasse. Die Abrechnung wird mit eigenen Abrechnungssystemen und Vorgaben erstellt. Sie erfolgt völlig unabhängig von der KVAbrechnung und hat eigene Regelungen.
Die KV erhält von den Kassen für diese Patienten keine Gelder, weil die Vergütung außerhalb des KV-Systems erfolgt.

Achtung Doppelabrechnung vermeiden

Wird ein Patient in der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) abgerechnet, dürfen die analogen Leistungen nicht zusätzlich bei der KV abgerechnet werden.
Dies wäre sonst eine Doppelabrechnung, die später von der Kasse zusammen mit einer Bearbeitungsgebühr bei Ihnen moniert würde.
Achten Sie daher bei unserer Information zur Gesamtabrechnung auf entsprechende Hinweise oder Streichungen. Bei Bedarf können Sie beantragen, dass bestimmte Fälle vollständig aus der KV-Abrechnung gelöscht werden sollen.

Besonderheit:
Für die Berücksichtigung bei bestimmten EBM-Regelungen (z. B. GOP 03040 hausärztliche Versorgungspauschale, 03060 nichtärztliche Praxisassistenten NäPa sowie 32001 Wirtschaftlichkeitsbonus) kann es notwendig sein, die Selektivfälle des Quartals mittels einer Kennziffer (88192/88194) in der KV-Abrechnung anzugeben.

Was muss ich tun?

Website der KVBW www.kvbawue.de	prüfen, ob es fachgruppenrelevante Zusatzverträge gibt
KVBW Newsletter/Schnellinfo /Rundschreiben	aktuelle Informationen/Änderungen beachten
Ziffernkranz/Vertragsinhalt Selektivvertrag	lesen/prüfen, um Doppelabrechnung zu vermeiden
Quartalsabrechnung KV	ggf. Kennziffern angeben
Information zur Gesamtabrechnung	auf Hinweise bzgl. Doppelabrechnung Selektivvertrag achten

Das Honorar - kein Buch mit 7 Siegeln

Grundsätzliches zum ärztlichen Honorar

Die Grundlagen der Honorarberechnungen sind die gesetzlichen Regelungen laut SGB V, der daraus resultierende Honorarverteilungsmaßstab (HVM) der jeweiligen KV sowie EBM-Regelungen. Die Krankenkassen stellen für die ambulante Versorgung ihrer Versicherten einen bestimmten Betrag zur Verfügung – die Gesamtvergütung. Dieses Geld geht nicht direkt von den Krankenkassen an den Arzt, sondern an die einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), die es wiederum (lt. HVM) an die Ärzte verteilen.
Die Mehrzahl der Leistungen wird mit der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) finanziert. Diese Leistungen unterliegen einer Mengensteuerung, weil die Geldmenge festgelegt und damit begrenzt ist.
Zusätzliches Geld stellen die Krankenkassen nur für Leistungen bereit, die zu der Einzelleistungsvergütung außerhalb der MGV (aMGV) gehören.

Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV)

Mengenbegrenzungen

Innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung ist die Geldmenge begrenzt. Werden in einem Quartal mehr Leistungen abgerechnet als in der MGV zur Verfügung steht, stellen die Krankenkassen nicht mehr Geld zur Verfügung.

Regelleistungsvolumen (RLV) und qualifikationsbedingtes Zusatzvolumen QZV

Um bei begrenzt zur Verfügung stehenden Mitteln eine übermäßige Ausdehnung der Fallzahlen und Leistungen zu verhindern, wurde das Regelleistungsvolumen (RLV) eingeführt. Es bezieht sich auf bestimmte EBM-Leistungen. Das sind sogenannte Grundleistungen einer Fachgruppe, die zur Regelversorgung gehören. Das RLV stellt eine Obergrenze dar, bis zu der alle RLV-Leistungen mit den festen Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet werden. Die abgerechnete Leistungsmenge, die diese Begrenzung überschreitet, wird quotiert vergütet.

Für die Berechnung wird ein RLV-Fallwert für die Arztgruppe ermittelt und mit der individuellen RLV-Fallzahl des Arztes multipliziert. In der Regel kommt diese Fallzahl aus dem jeweiligen Vorjahresquartal. Durch die Berücksichtigung von bestimmten Qualifikationen (Genehmigungen) kann sich das RLV je Arzt erhöhen. Anspruch auf ein solches qualifikationsabhängiges Zusatzvolumen (QZV) besteht, wenn die zutreffende Gebiets- oder Schwerpunktbezeichnung geführt wird und/oder wenn die erforderliche Genehmigung der KVBW zur Erbringung und Abrechnung der spezifischen Leistungen des QZV vorliegt.

RLV und QZV werden quartalsweise je Arzt berechnet und vor Quartalsbeginn mitgeteilt.

Freie Leistungen

Nach anderen Maßgaben werden die „freien Leistungen“ vergütet. Hierfür kommt die Geldmenge ebenfalls aus dem Vorjahresquartal. Überschreitet eine Arztgruppe die zur Verfügung stehende Geldmenge, werden diese freien Leistungen (außerhalb von RLV und QZV) quotiert honoriert. Die Höhe der Quotierung hängt also vom Leistungsgeschehen der Arztgruppe ab.

Einzelleistungsvergütung außerhalb der MGV (aMGV)

Einzelleistungen unterliegen nicht der MGV. Für diese Leistungen gibt es keine Mengenbegrenzungen. Die Vergütung erfolgt ohne Quotierung oder Budgetierung zu 100 %.

Honorarunterlagen

Wie sich im Einzelnen Ihr Honorar zusammensetzt, können Sie Ihren Honorarunterlagen entnehmen.

Sie sehen dort, welche Leistungen Sie abgerechnet haben und wie diese im Einzelnen vergütet werden. Sie finden Ihre Unterlagen im Mitgliederportal in Ihrem persönlichen Dokumentenarchiv.

➔ Broschüre mit Erläuterungen zu den Abrechnungsunterlagen: www.kvbawue.de/pdf2135

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



Lächeln verbindet.