

Kassenärztliche Vereinigung  
Baden-Württemberg

# HINWEISE ZUR ABRECHNUNG DER KV BADEN-WÜRTTEMBERG

Abrechnungsquartal 3/2010

Alles Gute.

**KVBW** 

## Ein gutes neues Jahr - wir haben begonnen . . . . .

Sehr geehrte Damen,  
sehr geehrte Herren,

Ihnen zunächst von Herzen ein gutes neues Jahr persönlich und für unser aller gemeinsame berufliche Zukunft.

Wir als neuer Vorstand haben, auf dem Boden eines hohen Vertrauens von Ihnen, den Wählern und Mitglieder der KVBW - wofür wir uns bedanken - am 3. Januar 2011 unsere Arbeit mit Freude, hoher Motivation und Arbeitsdrang aufgenommen.

Diese Arbeit soll von den Inhalten

- innovative Vertragsgestaltung
- engste Kommunikation mit Ihnen als Mitgliedern an der so genannten Basis
- hoher Transparenz der Vorstandsarbeit unter engem Einbezug der Vertreterversammlung, den Bezirksbeiräten und Berufsverbänden

geprägt sein. Ziel ist durch Honorarstabilisierung und -zunahme weiterhin eine adäquate Patientenversorgung in Baden-Württemberg durch niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten zu ermöglichen.

Uns ist mehr als bewusst, dass die finanzielle Situation der Praxen im ärztlichen und psychotherapeutischen Bereich prekär ist. Die Existenz der Praxen ist alleine aus den Erträgen der Kollektivverträge der GKV nicht mehr gewährleistet und das derzeitige dennoch hohe und exzellente Versorgungsniveau durch uns Niedergelassene ist ausschließlich durch Quersubventionen über Privateinnahmen, berufsgenossenschaftliche Einnahmen, IGEL-Leistungen und Erträgen aus den Selektivverträgen möglich.

Dies ist auf Dauer so nicht mehr tolerier- und tragbar. Die ärztliche Vergütung aus der Arbeit in der gesetzlichen Krankenversicherung muss wieder eine solche sein, die ermöglicht, dass diese die Praxen auch ohne Quersubvention für sich alleine trägt.

Die Ärzte und Psychotherapeuten in Baden-Württemberg sind seit dem 1. Januar 2009, verbunden mit den Begriffen „EBM-Reform“, „Regelleistungsvolumen“, „QZV“ und insbesondere „Gesundheitsfonds“, von der Erhöhung der ärztlichen und psychotherapeutischen Vergütung (seit 2009 bundesweit über 10 Prozent) abgekoppelt. Die Verluste in vielen Arztgruppen und Praxen streuen bis in den zweistelligen Existenz gefährdenden Bereich.

Durch die auf Bundesebene nun beschlossene so genannte „asymmetrische Verteilung der Honorarzuwächse“ wird für Baden-Württemberg durch ein Versorgungsplus in 2011 von ca. 4 Prozent (ca. 120 Mio. Euro) eine deutliche Besserung der Vergütungssituation, insbesondere in den „Verlierergruppen“ im Vergleich zu 2009 eintreten. Dies haben Sie sicher in einzelnen Fachgruppen bereits durch die Bekanntgabe der neuen Regelleistungsvolumen für das 1. Quartal 2011 bemerkt. Dennoch erreichen wir in vielen Gruppen das Vergütungsniveau von 2008 nicht.

Dieser Erfolg des überproportionalen Vergütungsanstiegs in 2011 ist aber in unseren Augen alleine aufgrund des politischen Drucks auf Parteien und Kassenärztliche Bundesvereinigung, der durch zahlreiche Protestveranstaltungen in 2009 und 2010 durch die freien Verbände des Landes (MEDI, Hausarztverband, fachärztliche Berufsverbände) aufgebaut wurde, entstanden. Dies ist nicht der Verdienst der Funktionärspolitik der Vergangenheit. Der Druck der Hallen hat die Politik bewegt.

So wurde Baden-Württembergs Ärzten und insbesondere Patienten das zumindest in Teilen wieder zugestanden, was Ihnen auf Grund Ihrer Arbeitskraft gebührt.

Die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg wird in Zukunft eng, hörbar und sichtbar an der Seite derer stehen, die das beanspruchen, was Baden-Württemberg zusteht.

In diesem Sinne wird ein Erfolg einer zukünftigen KV-Arbeit schwergewichtig dadurch zu erreichen sein, dass Ärzte, Psychotherapeuten und Ihre KV mit einer merkbaren Stimme gemeinsam und geschlossen stark nach außen hin auftreten.

Hierfür werden wir unsere gesamte Arbeitskraft einsetzen und uns auf der kommenden „Tour de Ländle“ der KVBW zeitnah persönlich bei Ihnen vorstellen und zeigen, um die Zukunft gemeinsam zu gestalten.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. med. Norbert Metke  
Vorsitzender des Vorstandes



Dr. med. Johannes Fechner  
Stv. Vorsitzender des Vorstandes

### Honorarabrechnung Quartal 3/2010

Mit diesem Honorarversand erhalten Sie den Honorarbescheid für das Quartal 3/2010 sowie die dazugehörigen Abrechnungsunterlagen.

1. Folgende weitere **Honorarzahlungen** werden Ihnen im Honorarbescheid für das Quartal 3/2010 ausgewiesen:

- Härtefallzahlungen  
Die aus Härtefallregelungen resultierenden Nachzahlungen (z. B. Psychotherapie 2/2010) sind im Honorarbescheid 3/2010 gutgeschrieben.
  - Laborkorrektur  
Für das Abrechnungsquartal 2/2008 wurde die Berechnung des Wirtschaftlichkeitsbonus korrigiert. Es war erforderlich, das Setzen einer Ausnahmeindikation bei Fällen mit mehreren Teilnehmern richtig zu stellen.
  - Sonstige Korrekturen  
Für die Quartale 1/2008 bis 2/2010 wurden nachträglich sachlich-rechnerische Berichtigungen, HVV- und/oder Widerspruchsentscheidungen umgesetzt. Marginale Veränderungen von +/- 1,00 Euro, die gegebenenfalls aus Rundungsdifferenzen resultieren, wurden nicht verbucht.
  - Korrigierte Honorarunterlagen  
Honorarunterlagen zu Quartalen, in denen eine Korrektur erfolgte, können Sie von unserem Online-Portal herunterladen.
2. Änderungen in der **Systematik** der Honorarverteilung ab dem Quartal 3/2010:
- Bekanntlich hat sich zum 3. Quartal 2010 die Systematik der Honorarverteilung erneut geändert. Unberührt davon bleiben die Leistungen außerhalb der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV). Sie werden weiterhin ohne Mengenbegrenzung und nach wie vor in der Höhe ausbezahlt, wie es mit den Krankenkassen für das Jahr 2010 vereinbart wurde.
  - Des Weiteren wird unverändert die MGV nach bundesweiten Vorgaben auf Basis des berechneten Trennungsfaktors in einen Haus- und Facharzttopf getrennt.

Vorab werden einzelne Honoraranteile herausgerechnet. Hierzu zählen weiterhin die genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM – allerdings ab 3/2010 nur noch der Psychotherapeuten, Nervenärzte, Psychiater sowie der Kinder- und Jugendpsychiater. Auch die Laborleistungen und der organisierte Notfalldienst werden nun vorweg nach den Preisen der Euro-Gebührenordnung honoriert.

- Zur Mengensteuerung vieler bisher freier Leistungen werden Qualifikationsgebundene Zusatzvolumen (QZV) eingeführt. Anspruch auf ein QZV hat ein Arzt, wenn er die zutreffende Gebiets- oder Schwerpunktbezeichnung führt oder die erforderliche Genehmigung zur Erbringung und Abrechnung der Leistungen besitzt. Dem Arzt werden nun RLV und QZV gleichzeitig und in einer Summe zugewiesen. RLV und QZV sind dabei untereinander verrechnungsfähig. Sie bilden eine Obergrenze, bis zu der alle RLV- und QZV-Leistungen mit den festen Preisen der Euro-Gebührenordnung honoriert werden. Wird das Honorarvolumen überschritten, wird es nach den bekannten Regeln abgestaffelt und quotiert.
  - Für einzelne Arztgruppen gibt es weiterhin freie Leistungen (außerhalb von RLV und QZV), für die im jeweiligen Arztgruppentopf eine definierte Geldmenge bereitgestellt wird („Topf in Topf“). Falls die Honoraranforderung einer Arztgruppe die innerhalb des Arztgruppentopfes für diese spezifischen Leistungen zur Verfügung gestellte Geldmenge überschreitet, werden diese freien Leistungen quotiert ausbezahlt. Die für das Quartal 3/2010 ermittelten Quoten sind in der beigefügten Anlage dargestellt.
3. Bereinigung infolge der Teilnahme an **Selektivverträgen**  
Mit Einführung der QZV wurden auf Bundesebene neue Vorgaben für die Bereinigung von RLV/QZV bei Teilnahme an Selektivverträgen erforderlich. Der Bewertungsausschuss ging bei der Bereinigung der QZV davon aus, dass die Anzahl eingeschriebener Versicherter je am Selektivvertrag teilnehmenden Arzt existent und bekannt ist.

Die vertraglichen Rahmenbedingungen in Baden-Württemberg sehen jedoch im Bereich von Selektivverträgen nach § 73c SGB V keine spezifische Einschreibung eines Versicherten bei einem am Selektivvertrag teilnehmenden Arzt vor. Infolge dessen war in Baden-Württemberg ein eigenständiges Bereinigungsverfahren mit den Krankenkassen zu entwickeln, welches auch für Verträge nach § 73b SGB V zur Anwendung kommt:

Neben der Bereinigung des RLV-Fallwertes für alle Ärzte in einer Arztgruppe um max. 2,5%, wird ein durchschnittlicher Bereinigungsbetrag für RLV und QZV je Bereinigungsfall ermittelt. Das Bereinigungsvolumen errechnet sich pro Quartal und je Teilnehmer am Selektivvertrag. Es wird unter Berücksichtigung der individuellen Bereinigungsfallzahl und des durchschnittlichen Bereinigungsfallwertes errechnet. Das so ermittelte Bereinigungsvolumen wird vom RLV-/QZV-Grenzvolumen der Praxis abgezogen.

#### 4. Korrektur **Fallwerte** für RLV und QZV

Bei der Berechnung der Fallwerte für RLV und QZV waren unter anderem aufgrund von Anpassungen beim Trennungsfaktor Korrekturen notwendig. Das Ergebnis ist für alle Arztgruppen positiv. Im Vergleich zur Zuweisung der RLV/QZV vor Quartalsbeginn sind alle Fallwerte, die der Honorarabrechnung 3/2010 zugrunde liegen angestiegen. Die korrigierten Fallwerte sind zusammengefasst auf unserer Homepage abrufbar.

#### 5. Mit Blick auf die **Honorarunterlagen** 3/2010 möchten wir Sie auf folgende Veränderungen hinweisen:

- RLV- und QZV-Berechnung je Arzt  
Auf dieser Unterlage wird im Gegensatz zu vergangenen Quartalen die Bereinigung der Fallzahlen aufgrund der Teilnahme an Selektivverträgen nicht mehr ausgewiesen. (Die Bereinigung findet sich jetzt auf dem RLV- und QZV-Abrechnungsnachweis wieder.) Der Ausweis eines gegebenenfalls gewährten BAG-Aufschlags erfolgt jetzt in dieser Abrechnungsunterlage. Damit entfällt die Ihnen bekannte separate Unterlage zur Darstellung der RLV aller Praxisteilnehmer und des BAG-Aufschlags.

Ebenfalls neu ist, dass der Ausweis von gegebenenfalls erteilten QZV und die Berücksichtigung gegebenenfalls genehmigter Praxisbesonderheiten auf dieser Unterlage erfolgt.

- RLV- und QZV-Abrechnungsnachweis  
Sollte sich für das RLV und QZV Ihrer Praxis eine Bereinigung infolge der Teilnahme an einem Selektivvertrag ergeben, wird diese hier ermittelt. Da ab dem Quartal 3/2010 keine Fallwertzuschläge mehr zum Ansatz kommen, entfällt deren Ermittlung und Verrechnung auf dieser Unterlage.
  - Konvergenznachweis  
Mit der Abrechnung des Quartals 2/2010 endete die Konvergenzphase. Daher entfällt auch die Unterlage dazu ersatzlos.
  - Honorarzusammenstellung  
Durch das Ende der Konvergenzphase, entfällt auch der Ausweis der Konvergenzergebnisse auf der Honorarzusammenstellung. Ferner werden Leistungen, die im Rahmen des Organisierten Notfalldienstes erbracht werden, nun in einem separaten Gliederungspunkt ausgewiesen.
6. Als **Anlagen** zu den Hinweisen zur Abrechnung 3/2010 finden Sie:
- Übersicht Quoten zur Mengensteuerung 3/2010
  - Auszahlungsübersicht 3/2010

Weitere Informationen:

Abrechnungsberatung

BD Stuttgart Tel. → 0711/7875-3397

BD Reutlingen Tel. → 07121/917-2397

BD Karlsruhe Tel. → 0721/5961-1397

BD Freiburg Tel. → 0761/ 884-4397

E-Mail: abrechnungsberatung@kvbawue.de

Aktuelle Veranstaltungstermine und sonstige Informationen erhalten Sie mit einem gesonderten Rundschreiben in Kürze!

## Mengensteuerung von Leistungen der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) Quartal 3/2010

### (1.) Quote Überschreitung RLV / QZV

| Versorgungsbereich:               | Quote in % |
|-----------------------------------|------------|
| Hausärztlicher Versorgungsbereich | 28,96      |
| Fachärztlicher Versorgungsbereich | 16,98      |

### (2.) Quote Leistungen aus Vorwegabzügen

| Versorgungsbereichsübergreifend:                                       | Quote in % |
|--|------------|
| Laborleistungen  | 100,00     |
| Leistungen im organisierten Notfalldienst                              | 100,00     |
| Antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM | 100,00     |

| Hausärztlicher Versorgungsbereich:                     | Quote in % |
|--|------------|
| Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM                   | 100,00     |
| Kurativ-stationäre Leistungen außerhalb Kapitel 36 EBM | 100,00     |

| Fachärztlicher Versorgungsbereich:   | Quote in % |
|--|------------|
| Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM   | 100,00     |
| Kurativ-stationäre Leistungen außerhalb Kapitel 36 EBM                                       | 100,00     |
| Pathologische und zytologische Leistungen des Kapitels 19 EBM, Laborgrundpauschale GOP 12225 | 93,86      |
| Humangenetische Leistungen des Kapitel 11 EBM  | 80,00*     |

### (3.) Quote Leistungen außerhalb RLV / QZV (Freie Leistungen)

| Hausärztlicher Versorgungsbereich:   | Quote in % |
|--|------------|
| Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, hausärztlicher Versorgungsbereich |            |
| Akupunktur   | 100,00     |
| Kleinchirurgie   | 80,00*     |
| Langzeit-EKG   | 91,50      |
| Phlebologie  | 96,34      |
| Proktologie  | 98,08      |
| Richtlinienpsychotherapie  | 80,00*     |
| Sonographie II   | 91,96      |
| Teilradiologie   | 100,00     |
| Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin  |            |
| Richtlinienpsychotherapie  | 97,03      |

| Fachärztlicher Versorgungsbereich:  | Quote in % |
|---|------------|
| Fachärzte für Anästhesiologie   |            |
| Narkosen bei zahnärztlicher Behandlung  | 85,78      |
| Praxisklinische Beobachtung und Betreuung   | 80,00*     |
| Fachärzte für Augenheilkunde  |            |
| Elektroophtalmologie  | 100,00     |
| Fluoreszenzangiographie   | 82,41      |
| Kontaktlinsenanpassung  | 100,00     |
| Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie, für Herzchirurgie |            |
| Gastroenterologie, Bronchoskopie  | 80,00*     |
| Phlebologie   | 80,66      |
| Proktologie   | 83,15      |
| Fachärzte für Frauenheilkunde   |            |
| Empfängnisregelung, Sterilisation oder Schwangerschaftsabbruch                            | 80,00*     |
| Praxisklinische Beobachtung und Betreuung   | 80,00*     |
| Richtlinienpsychotherapie   | 80,00*     |

| <b>Fachärztlicher Versorgungsbereich (Fortsetzung):</b>   | <b>Quote in %</b> |
|---|-------------------|
| Fachärzte für Frauenheilkunde mit fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin   |                   |
| Empfängnisregelung, Sterilisation oder Schwangerschaftsabbruch  | 80,00*            |
| Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde  |                   |
| Kardiorespiratorische Polygraphie   | 80,00*            |
| Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten  |                   |
| Dermatologische Lasertherapie   | 85,96             |
| Phlebologie   | 99,17             |
| Proktologie   | 99,18             |
| Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören  |                   |
| Gastroenterologie   | 81,13             |
| Langzeit-EKG  | 80,94             |
| Nuklearmedizinische Leistungen  | 100,00            |
| Praxisklinische Beobachtung und Betreuung   | 80,00*            |
| Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Endokrinologie  |                   |
| Nuklearmedizinische Leistungen  | 80,00*            |
| Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie   |                   |
| Praxisklinische Beobachtung und Betreuung   | 80,00*            |
| Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/Onkologie   |                   |
| Gastroenterologie   | 100,00            |
| Nuklearmedizinische Leistungen  | 100,00            |
| Praxisklinische Beobachtung und Betreuung   | 80,00*            |
| Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie   |                   |
| Kardiorespiratorische Polygraphie   | 80,00*            |
| Langzeit-EKG  | 100,00            |
| Nuklearmedizinische Leistungen  | 100,00            |
| Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie und invasiver Tätigkeit   |                   |
| Langzeit-EKG  | 100,00            |
| Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie   |                   |
| Bronchoskopie   | 88,39             |
| Polysomnographie  | 80,00*            |
| Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie   |                   |
| Praxisklinische Beobachtung und Betreuung   | 80,00*            |
| Fachärzte für Neurologie  |                   |
| Praxisklinische Beobachtung und Betreuung   | 80,00*            |
| Fachärzte für Urologie  |                   |
| Praxisklinische Beobachtung und Betreuung   | 80,00*            |
| Ärzte mit Teilnahme an der Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung  |                   |
| Zuschlag schmerztherapeutische Einrichtungen (GOP 30704)  | 87,38             |
| Psychotherapeutisch Tätige mit Kapazitätsgrenze   |                   |
| Nicht antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen Kapitel 35.1 und 35.3 EBM sowie restliche Psychotherapeutische Leistungen von Arztgruppen mit Kapazitätsgrenze nach §87b Abs. 2 S. 6 SGB V | 91,53             |

#### (4.) Quote Leistungen Arztgruppen ohne RLV

| <b>Arztgruppen</b>  | <b>Quote in %</b> |
|---|-------------------|
| Ermächtigte (Krankenhaus-) Ärzte und Institute  | 80,00*            |
| Sonstige Arztgruppen (z.B. Pathologen, Strahlentherapeuten, Laborärzte, Laborgemeinschaften, etc.), Krankenhäuser, Kliniken | 100,00            |

\* Mindestquote

Hinweise zur Abrechnung 3/2010

KV Baden-Württemberg

| GKV-Abrechnung 3/2010 - KV BW - bereichseigene und bereichsfremde Kassen <sup>1)</sup><br>(einschließlich Leistungen außerhalb mGV, inkl. Dialysesachkosten) |  |
|--|--|
| 924.318.515,00 €   |  |
| morbidityorientierte Gesamtvergütung (mGV)<br>686.745.489,64 €   |  |
| Vorwegabzug von der mGV  | gen.pfl. Psychotherapie Kap. 35.2 EBM<br>0,00 €  |
| Leistungen außerhalb RLV nach Hausarzt-/Facharzt-Trennung  | org. Notfalldienst<br>6.689.024,23 €<br>13.140.739,49 €  |
| Leistungen innerhalb RLV (inkl. QZV)   | Labor<br>9.045.966,38 €<br>56.034.891,01 €   |
|  | freie Leistungen<br>6.401.861,68 €<br>55.979.785,54 €  |
|  | RLV-/QZV-Leistungen<br>249.552.420,45 €<br>251.008.423,46 €  |
| Leistungen außerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung (a mGV)<br>237.573.025,36 €   |  |
|  | Leistungen im Rahmen besonderer Verträge (z. B. DMP, etc.)<br>11.791.465,20 €<br>2.516.377,16 €                                |
|  | Sonstige, regional vereinbarte Leistungen (inkl. Dialysesachkosten)<br>14.315.631,06 €<br>81.693.671,57 €                      |
|  | Belegärztliche (kurativ-stationäre) Leistungen<br>99.891,88 €<br>5.899.051,91 €  |
|  | Strahlentherapie<br>33.465,58 €<br>9.494.689,14 €  |
|  | Prävention: Leistungen der Abschnitte 1.7.1 bis 1.7.4<br>15.975.176,59 €<br>37.848.112,72 €                                    |
|  | Ambulantes Operieren Kapitel 31, GNRn 13421 bis 13431 sowie 04514, 04515, 04518 und 04520<br>1.672.976,53 €<br>53.664.895,85 € |
|  | Leistungen der künstlichen Befruchtung<br>10,86 €<br>569.495,58 €  |
|  | Methadon<br>1.412.543,90 €<br>585.569,82 €   |

<sup>1)</sup> Auswertung nach Abzug HzV-Bereinigung