

Kassenärztliche Vereinigung
Baden-Württemberg

HINWEISE ZUR ABRECHNUNG DER KV BADEN-WÜRTTEMBERG

Abrechnungsquartal 2/2012

Alles Gute.

KVBW 

Sehr geehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,

mit diesem Versand erhalten Sie die Honorarunterlagen sowie die Hinweise zur Abrechnung für das Quartal 2/2012.

Die Honorarabrechnung für das Quartal 2/2012 wurde letztmalig unter den Rahmenbedingungen des bis zum 30. Juni 2012 geltenden Honorarverteilungsvertrages (HVV) durchgeführt. Ab dem Quartal 3/2012 gilt bekanntlich der neue Honorarverteilungsmaßstab (HVM) der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg.

Die ersten Auswertungen der Abrechnungsergebnisse für dieses Quartal zeigen in den einzelnen Fachgruppen ein stabiles, wenn auch nicht immer positives Bild. Mit der neuen Honorarverteilung haben wir an den entscheidenden Weichen gegengesteuert. Erfreulich ist, dass die Quote für die nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der Psychotherapeuten mit 88,29 % wieder über der Mindestquote von 75 % liegt und dadurch kein Honorartransfer aus dem fachärztlichen Versorgungsbereich zur Stützung dieser Leistungen erfolgen muss.

Aktuell beschäftigen den Vorstand die Ereignisse bei den Honorarverhandlungen für das Jahr 2013 auf Bundesebene. In der Auseinandersetzung mit den Krankenkassen um das Honorar 2013 ist hier eine erste Einigung durch ein sogenanntes Eckpunktepapier erzielt worden. Wir sind froh, dass die Selbstverwaltung gezeigt hat, dass sie auch in schwierigen Situationen handlungsfähig ist und Lösungen finden kann. Gleichwohl sehen wir die Auswirkungen der Einigung für Baden-Württemberg nach einer ersten Einschätzung wesentlich kritischer als dies von den Verhandlungspartnern in Berlin für Deutschland insgesamt verbreitet wird.

Die Eckpunkte, die sich weitgehend an den Vorstellungen des unparteiischen Vorsitzenden des Erweiterten Bewertungsausschusses orientiert haben sollen, setzten sich aus einem Paket zusammen, das wir Ihnen bereits vorgestellt haben.

Wie geht es weiter?

Die Einigung, die auf Bundesebene erzielt wurde, stellt für Baden-Württemberg formal nur eine Rahmenempfehlung dar. Denn seit diesem Jahr werden Orientierungspunktwert und Gesamtvergütung in den Regionen zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Kassen letztendlich auf Landesebene verhandelt.

Es gilt nun, für Baden-Württemberg auf Grundlage dieser Bedingungen einen Honorarvertrag 2013 mit den Krankenkassen abzuschließen. Wir haben die Verhandlungen mit den Kassen diesbezüglich bereits aufgenommen und werden Sie über den weiteren Fortgang auf dem Laufenden halten.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr



Dr. med. Norbert Metke
Vorsitzender des Vorstands

Honorarabrechnung Quartal 2/2012

Mit diesem Honorarversand erhalten Sie den Honorarbescheid für das Quartal 2/2012 sowie die dazugehörigen Abrechnungsunterlagen. Zum besseren Verständnis geben wir Ihnen die folgenden Anmerkungen:

1. Für das Quartal 2/2012 werden Ihnen folgende weitere **Honorarzahungen** im Honorarbescheid ausgewiesen, sofern Sie vom jeweiligen Sachverhalt betroffen sind und einen entsprechenden Bescheid erhalten haben:

- Härtefallzahlungen
Die aus Härtefallregelungen resultierenden Nachzahlungen sind im Honorarbescheid 2/2012 gutgeschrieben.
- Sonstige Korrekturen
Für die Quartale 1/2008 bis 1/2012 wurden nachträglich sachlich-rechnerische Berichtigungen, HVV- und/oder Widerspruchsentscheidungen umgesetzt. Marginale 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. **Fallwerte** für RLV und QZV

Aufgrund notwendig gewordener Korrekturen bei der Ermittlung der RLV-Fallwerte ergeben sich bei manchen Fachgruppen im Vergleich zur Zuweisung der RLV leicht erhöhte Fallwerte. Diese werden der Honorarabrechnung 2/2012 zugrunde gelegt.

Die korrigierten Fallwerte sind zusammengefasst auf unserer Homepage abrufbar unter:

www.kvbawue.de/praxisalltag/honorar/arthonorare_bis_22012/rlv

3. Als **Anlagen** zu den Hinweisen zur Abrechnung 2/2012 finden Sie:

- Auszahlungsquoten infolge der Honorarverteilung und Mengensteuerung
- Auszahlungsübersicht 2/2012

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

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

Ihr



Cornel-Andreas Güss

Leiter des Geschäftsbereichs Abrechnung

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

Auszahlungsquoten infolge der Honorarverteilung und Mengensteuerung von Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) Quartal 2/2012

(1.) Quote für die Honorierung von Leistungen, die das RLV/QZV überschreiten

Die Leistungsmengen, die das RLV, die QZV und die zeitbezogene Kapazitätsgrenze Psychotherapie überschreiten, werden quotiert honoriert. Hierfür steht je Versorgungsbereich ein Honorarvolumen in Höhe von 2% des versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumens zur Verfügung. Dieses Volumen wird durch die Summe aller Überschreitungen in Euro dividiert und ergibt die Auszahlungsquote für die das RLV, die QZV und die Kapazitätsgrenze überschreitenden Leistungen. Die so ermittelte Auszahlungsquote wird auf die überschreitenden Leistungen angewandt und in der Folge wird nur noch dieser Anteil mit dem vollen Orientierungspunktwert honoriert.

Versorgungsbereich:	Quote in %
Hausärztlicher Versorgungsbereich	40,75
Fachärztlicher Versorgungsbereich	20,83

(2.) Quote für die Honorierung von Leistungen aus Vorwegabzügen

Die von den Krankenkassen/Verbänden für die Honorarverteilung zur Verfügung gestellte MGV wird entsprechend der bundeseinheitlichen Vorgaben des Bewertungsausschusses auf den haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich verteilt. Im Zuge der Ermittlung des trennungsrelevanten Verteilungsvolumens werden Vorwegabzüge für Laborleistungen und für Leistungen des organisierten Notfalldienstes gebildet. Die Anforderungen aus diesen Leistungsbereichen werden mit einer Quote von 100% honoriert.

Ebenfalls zu 100% ausbezahlt und im Rahmen eines Vorwegabzugs honoriert werden je Versorgungsbe-
reich die Leistungsanforderungen für Kosten und belegärztliche Leistungen.

Für die Besuchsleistungen, die pathologischen und zytologischen Leistungen sowie humangenetischen Leistungen werden separate Honorarvolumen (als Vorwegabzug) auf Basis des Leistungsbedarfsanteils des zweiten Halbjahrs 2008 gebildet. Diese Honorarvolumen werden durch die abgerechneten und anerkannten Honoraranforderungen der betreffenden Ärzte im jeweiligen Abrechnungsquartal geteilt. Hieraus ergibt sich für diese Leistungen die jeweilige Quote, die außer für die Besuchsleistungen mindestens 80% beträgt.

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

Hausärztlicher Versorgungsbereich:	Quote in %
Kostenpauschalen Kapitel 40 EBM	100,00
Kurativ-stationäre Leistungen außerhalb Kapitel 36 EBM	100,00
Besuchsleistungen (GOP 01410, 01413, 01415)	100,00

Fachärztlicher Versorgungsbereich:	Quote in %
Kostenpauschalen Kapitel 40 EBM	100,00
Kurativ-stationäre Leistungen außerhalb Kapitel 36 EBM	100,00
Pathologische und zytologische Leistungen Kapitel 19 EBM, Laborgrundpauschale GOP 12225	80,00 *
Humangenetische Leistungen Kapitel 11 EBM	80,00 *
Besuchsleistungen (GOP 01410, 01413, 01415)	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 ebenfalls der Leistungsbedarfsanteil des zweiten Halbjahrs 2008. Das so ermittelte Honorarvolumen wird durch die angeforderte Leistungsmenge dividiert und ergibt die jeweilige Auszahlungsquote, die mindestens 80% beträgt.

Hausärztlicher Versorgungsbereich:	Quote in %
Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, hausärztlicher Versorgungsbereich	
Akupunktur	100,00
Kleinchirurgie	89,68
Langzeit-EKG	80,90
Phlebologie	81,99
Proktologie	100,00
Richtlinienpsychotherapie	82,76
Sonographie II	98,87
Teilradiologie	100,00
Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	
Richtlinienpsychotherapie	80,00 *

Fachärztlicher Versorgungsbereich:	Quote in %
Fachärzte für Anästhesiologie	
Narkosen bei zahnärztlicher Behandlung	98,07
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	80,00 *
Fachärzte für Augenheilkunde	
Elektroophthalmologie	100,00
Fluoreszenzangiographie	88,87
Kontaktlinsenanpassung	100,00
Strukturpauerschale für konservative Augenärzte	80,00 *
Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie und für Herzchirurgie	
Gastroenterologie, Bronchoskopie	80,00 *
Phlebologie	80,00 *
Proktologie	83,31
Fachärzte für Frauenheilkunde	
Empfängnisregelung, Sterilisation oder Schwangerschaftsabbruch	80,20
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	80,00 *
Richtlinienpsychotherapie	80,00 *
Stanzbiopsie	80,93
Fachärzte für Frauenheilkunde mit fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	
Empfängnisregelung, Sterilisation oder Schwangerschaftsabbruch	80,00 *
Stanzbiopsie	80,00 *
Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	
Kardiorespiratorische Polygraphie	80,00 *
Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten	
Dermatologische Lasertherapie	100,00
Phlebologie	96,36
Proktologie	100,00

Fachärztlicher Versorgungsbereich (Fortsetzung):	Quote in %
Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	
Gastroenterologie	85,14
Langzeit-EKG	80,00 *
Nuklearmedizinische Leistungen	100,00
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	80,00 *
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Endokrinologie	
Nuklearmedizinische Leistungen	100,00
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie	
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	80,00 *
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/ Onkologie	
Gastroenterologie	92,96
Nuklearmedizinische Leistungen	100,00
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	80,00 *
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie	
Kardiorespiratorische Polygraphie	81,98
Langzeit-EKG	80,00 *
Nuklearmedizinische Leistungen	82,68
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie und invasiver Tätigkeit	
Herzkatheteruntersuchung inkl. Beobachtungs- und Betreuungsleistungen	97,02
Langzeit-EKG	80,00 *
Serienangiographie inkl. Beobachtungs- und Betreuungsleistungen	100,00
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie	
Bronchoskopie	100,00
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 Nuklearmedizin ohne Genehmigung für MRT	
Zuschlag SPECT	99,18
Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT	
CT-gesteuerte Intervention	80,00 *
Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT und MRT	
CT-gesteuerte Intervention	80,00 *
Fachärzte für Urologie	
Zystoskopie	96,88
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	80,00 *
Stoßwellenlithotripsie	80,00 *
Urodynamik	100,00
Ärzte mit Teilnahme an der Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung	
Zuschlag schmerztherapeutische Einrichtungen (GOP 30704)	90,55
Akupunktur (GOP 30790, 30791) im Rahmen der schmerztherapeutischen Versorgung	80,00 *

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

Für die Honorartöpfe nachfolgender Fachgruppen und Leistungsbereiche gilt ebenso der Bezug zum Leistungsbedarfsanteil in Punkten des zweiten Halbjahrs 2008. Auch hier wird dem ermittelten Finanzvolumen der tatsächliche Leistungsbedarf aus dem Abrechnungsquartal 2/2012 gegenübergestellt. Daraus ergeben sich die jeweiligen Quoten.

Sonstige Arztgruppen	
Ermächtigte (Krankenhaus-) Ärzte und Institute	80,00 *
Sonstige Arztgruppen (z.B. Pathologen, Strahlentherapeuten, Laborärzte, Laborgemeinschaften, etc.) Krankenhäuser, Kliniken	80,00 *
Psychotherapeutisch Tätige mit Kapazitätsgrenze	
Nicht antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen Kapitel 35.1 und 35.3 EBM sowie restliche Leistungen von Arztgruppen mit Kapazitätsgrenze nach § 87b Abs. 2 S. 6 SGB V	88,29

* Mindestquote

<p>GKV-Abrechnung 2/2012 - KVBW - bereichseigene und bereichsfremde Kassen¹⁾ 958.950.932,73 € (einschließlich Leistungen außerhalb MGV, inkl. Dialysesachkosten, exkl. Ausbildungsinstitute)</p>	
<p>morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) 707.844.764,21 €</p>	
<p>Vorwegabzug von der MGV</p>	<p>Hausärzte Fachärzte und Psychotherapeuten</p>
<p>Leistungen außerhalb RLV nach Hausarzt-/Facharzt-Trennung</p>	<p>Hausärzte Fachärzte und Psychotherapeuten</p>
<p>Leistungen innerhalb RLV (inkl. GZV)</p>	<p>Hausärzte Fachärzte und Psychotherapeuten</p>
<p>gen. pfl. Psychotherapie Kap. 35.2 EBM</p>	<p>66.693,89 €</p>
<p>org. Notfalldienst</p>	<p>7.875.003,08 €</p>
<p>Labor</p>	<p>8.044.106,45 €</p>
<p>freie Leistungen</p>	<p>20.785.808,90 €</p>
<p>RLV-/GZV-Leistungen</p>	<p>227.244.808,47 €</p>
<p>Leistungen im Rahmen besonderer Verträge (z. B. DMP, etc.)</p>	<p>13.440.888,00 €</p>
<p>Belegärztliche (kurativ-stationäre) Leistungen</p>	<p>289.377,16 €</p>
<p>Sonstige, regional vereinbarte Leistungen</p>	<p>13.990.805,08 €</p>
<p>Prävention: Leistungen der Abschnitte 1.7.1 bis 1.7.4</p>	<p>16.158.827,21 €</p>
<p>Ambulantes Operieren Kapitel 31, GNRn 13421 bis 13431 sowie 04514, 04515, 04518 und 04520</p>	<p>1.490.767,86 €</p>
<p>Methadon</p>	<p>1.457.137,89 €</p>
<p>Leistungen der künstlichen Befruchtung</p>	<p>0,00 €</p>
<p>Strahlentherapie</p>	<p>22.278,44 €</p>
<p>Leistungen der künstlichen Befruchtung</p>	<p>720.343,95 €</p>
<p>Strahlentherapie</p>	<p>10.608.843,25 €</p>
<p>ambulantes Operieren</p>	<p>56.139.879,72 €</p>
<p>ambulantes Operieren</p>	<p>1.490.767,86 €</p>
<p>ambulantes Operieren</p>	<p>56.139.879,72 €</p>
<p>ambulantes Operieren</p>	<p>1.457.137,89 €</p>
<p>ambulantes Operieren</p>	<p>731.524,79 €</p>
<p>Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (a MGV) 251.106.168,53 €</p>	
<p>ambulantes Operieren</p>	<p>1.490.767,86 €</p>
<p>ambulantes Operieren</p>	<p>56.139.879,72 €</p>
<p>ambulantes Operieren</p>	<p>1.457.137,89 €</p>
<p>ambulantes Operieren</p>	<p>731.524,79 €</p>

1) Auswertung nach Abzug HzV-Bereinigung