

Hinweise zur Abrechnung der KV Baden-Württemberg

ABRECHNUNGSQUARTAL 1 / 2021

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 **1/2021**. Auch das Quartal 1/2021 ist bei vielen Fachgruppen **weiterhin von der Corona-Pandemie betroffen**. Allerdings sind durch den Rückgang an Infektionszahlen gegenüber dem Jahr 2020 in einzelnen Fachgruppen auch wieder Fallzahlsteigerungen festzustellen.

Leider ist der Schutzschirm des Jahres 2020 im Jahr 2021 von der Politik nicht einfach fortgeschrieben worden. Umsatzverluste sind durch die KVen, also letztendlich durch die Ärzte und Psychotherapeuten selbst auszugleichen – und nicht durch die gesamtgesellschaftliche Solidargemeinschaft, zu der wir auch gehören und der wir durch unsere Arbeit Wesentliches entgegenbringen – und aus Rücklagen zu finanzieren.

Die KVBW hat unter der Verantwortung dieses Vorstandes eine **überaus positive Honorarentwicklung** in allen Bereichen in den vergangenen 10 Jahren zu verzeichnen. Daher ist es möglich, für einen begrenzten Zeitraum, **Existenzgefährdungen der Praxen zu kompensieren** und den **wirtschaftlichen Erhalt der Praxen auch mit Eigenmitteln zu sichern**, sofern der Schutzschirm unter Berücksichtigung der aktuell zu beobachtenden Honorarentwicklung überhaupt notwendig werden sollte, denn wir haben vorgesorgt. Ausgehend von den geänderten Vorgaben des Gesetzgebers hat die KVBW ihre Schutzschirmregelung angepasst, so dass Praxen, die infolge der Corona-Pandemie existenzbedrohende Honorarverluste verzeichnen müssen, **auf Antrag statt von Amts wegen** unterstützt werden können. Die Details zur Schutzschirmregelung sowie das ausschließlich zu verwendende Formular finden Sie auf unserer Homepage als Nachricht vom 16. April 2021 unter www.kvbawue.de/praxis/aktuelles/nachrichten-zum-praxisalltag

Im 1. Quartal 2021 werden im hausärztlichen Versorgungsbereich weiterhin bei Wegfall aller Mengengrenzungsmaßnahmen – auch der Fallzahlbegrenzungsregelung – alle abgerechneten und anerkannten Leistungen mit den festen Preisen der Euro-Gebührenordnung – also zu 100% (unbudgetiert) – ausbezahlt.

Auch im **fachärztlichen Versorgungsbereich** war infolge rückläufiger Fallzahlen und Leistungsanforderungen in der MGV in Verbindung mit den guten Honorarabschlüssen im **1. Quartal 2021 eine Finanzierung aller abgerechneten und anerkannten Leistungen (bei Wegfall aller Mengengrenzungsmaßnahmen einschließlich der Fallzahlbegrenzungsregelung) mit den festen Preisen der Euro-Gebührenordnung, also zu 100% möglich** (Ausnahme: Leistungen der Psychotherapie innerhalb der MGV, Humangenetik, Pathologie, Strahlentherapie und Labor). Die teilweise zu beobachtenden **deutlichen Honorarsteigerungen im fachärztlichen Versorgungsbereich** im Vergleich zum Vorjahresquartal ergeben sich durch diese Auszahlung in Höhe von 100% im eigentlich budgetierten Bereich der Vergütung, darüber hinaus durch eine **deutliche Steigerung im Bereich der Leistungen außerhalb der MGV (sog. Einzelleistungen)** und hier insbesondere der Leistungen, die nach dem TSVG abgerechnet wurden, vor allem durch die Behandlung sogenannter „Neupatienten“.

Hinzuweisen ist jedoch darauf, dass der Gesetzgeber mittlerweile ab dem Quartal 3/2021 eine Nachbereinigung der TSVG Konstellationen beschlossen hat, da nicht in jedem Fall die Zahl der gezeichneten Neupatienten mit der tatsächlichen Zahl der Neupatienten übereingestimmt haben soll und die Pandemie sich auf die Bereinigungsquartale ausgewirkt hat. Neupatienten werden mittlerweile automatisch von der KVBW als solche gekennzeichnet. Die Nachbereinigung hat zu einem späteren Zeitpunkt Einfluss auf die Höhe der Gesamtvergütung und insbesondere der RLV. Wir gehen orientierend derzeit von einem leistbaren Umfang, der kompensierbar ist, aus.

Ihr



Dr. med. Norbert Metke
Vorsitzender des Vorstandes

BEKANNTMACHUNGEN

Änderungen der Honorarverteilung zum 1. Juli 2021

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg hat mit ihrem Beschluss vom 14. Juli 2021 über die nachfolgenden Änderungen des Honorarverteilungsmaßstabs (HVM) zum 1. Juli 2021 entschieden.

▪ **Verlängerung der Härtefallregelung Covid-19**

Der Gesetzgeber hat mit dem Gesetz zur Fortgeltung der die epidemische Lage von nationaler Tragweite betreffenden Regelungen (EpiLage-Fortgeltungsgesetz) zum 01.01.2021 eine Neuregelung in § 87b Abs. 2a SGB V verabschiedet, die die Auswirkungen von Covid-19 bedingten Honorareinbußen von Ärzten und Psychotherapeuten aufgrund der anhaltenden Corona-Pandemie abfedern soll.

Auf der Grundlage der gesetzgeberischen Vorgaben hat sich die Vertreterversammlung mit ihrem Beschluss vom 13. April 2021 im Benehmen mit den Krankenkassen für eine zunächst bis zum 30. Juni 2021 befristete Härtefallregelung Covid-19 durch Neufassung des § 16 Abs. 4 HVM entschieden. Nun wurde die Fortführung des Schutzschirms im HVM über den 30. Juni 2021 hinaus bis zu dem Zeitpunkt beschlossen, zu dem das Ende der Pandemielage erklärt wird.

▪ **Fortsetzung der regionalen Corona-Förderungen**

Um angesichts des Abbaus der Testzentren die Versorgung in weiterhin unsicherer pandemischer Lage (Delta-Variante) zu gewährleisten und das besondere Engagement der Corona-Schwerpunktpraxen (CSP) anzuerkennen, wurde die Fortsetzung der Corona-Förderungen (Anlage 2c HVM) über den 30. Juni 2021 hinaus bis zum Ende der pandemischen Lage beschlossen. Im Einzelnen sind dies:

- Strukturpauschale für eine gemeldete und bei der KVBW gelistete CSP in Form einer Fallpauschale nach der GOP 99915 in Höhe von 10 € je Behandlungsfall
- Strukturpauschale Covid-19-Mitbesuch im Corona-Hotel und im Alten- und Pflegeheim in Form einer Aufwandspauschale Mitbesuch nach GOP 91413 in Höhe von 10 € je Mitbesuch

▪ **Redaktionelle Änderungen**

Bereinigung von Vorwegabzügen und Freien Leistungen:

Bei der Regelung zur Bereinigung von arztgruppenspezifischen Bereinigungsvolumen bei ex ante - Einschreibungen von Versicherten, die an einem Selektivvertrag teilnehmen, werden ab dem 1. Juli 2021 die Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Nephrologie aufgenommen, die über kein RLV-/QZV-Gesamtvolumen verfügen, weshalb eine Bereinigung ausschließlich in Bezug auf den Honorartopf der Fachgruppe stattfindet (siehe Anlage 3a HVM).

Bemessung des RLV ohne Berücksichtigung von TSVG-Fällen:

Im Zuge der Umsetzung der TSVG-Bereinigung (Entbudgetierung der MGV) wurden arztseitig TSVG-Behandlungsfälle während des Bereinigungszeitraums zur Bemessung des RLV herangezogen, sofern es sich um eine Neupraxis gehandelt hat oder eine anerkannte Unvergleichbarkeit von Bezugs- und Abrechnungsquartal gem. §§ 12 und 13 HVM vorlag.

Nach dem Ablauf des Hauptbereinigungszeitraums wird diese Regelung in § 5 HVM nun nicht mehr benötigt.

Aktualisierung des Beschlussdatums der KBV-Vorgaben zur Honorarverteilung:

Die KBV hat mitgeteilt, dass aus formalen Gründen eine neue Beschlussfassung durch den KBV-Vorstand in Bezug auf die Änderungen der KBV-Vorgaben zur Weiterentwicklung der Strahlentherapie mit Wirkung zum 1. Januar 2021 notwendig gewesen sei (Anlage 4 HVM).

Das Beschlussdatum hat sich dadurch geändert vom 1. Dezember 2020 auf den 15. Dezember 2020.

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 die Homepage unter 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 I/2021

Mit diesem Honorarversand erhalten Sie den Honorarbescheid für das Quartal I/2021 sowie die dazugehörigen Abrechnungsunterlagen. Zum besseren Verständnis geben wir Ihnen die folgenden Hinweise:

1. Für das Quartal I/2021 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 I/2021 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.
- Sonstige Korrekturen
Für die Quartale I/2016 bis I/2020 wurden nachträglich sachlich-rechnerische Berichtigungen, HVM- und/oder Widerspruchsentscheidungen umgesetzt. Geringe Veränderungen von +/- 1,00 Euro, die gegebenenfalls aus Rundungsdifferenzen resultieren, wurden nicht verbucht.

Honorarunterlagen zu Quartalen, in denen diese Korrekturen erfolgten, können Sie von unserem Mitgliederportal (siehe Startseite www.kvbawue.de rechts oben) mit Hilfe Ihrer persönlichen Kennung herunterladen.

2. Covid-19-Ausgleichszahlungen
Anpassung der Covid-19-Ausgleichszahlungen aufgrund von Abrechnungsprüfungen gemäß § 106d SGB V in einem der Vergleichs quartale:

Sofern aufgrund von Abrechnungsprüfungen gemäß § 106d SGB V individuelle sachlich-rechnerische Korrekturen in einem der Vergleichs quartale vorgenommen wurden, hat sich das GKV-Gesamthonorar, das bei der ursprünglichen Ermittlung der Covid-19-Ausgleichszahlung berücksichtigt wurde, geändert. Das neu festgesetzte GKV-Gesamthonorar wirkt sich bei der Berechnung der pandemiebedingten Ausgleichszahlung aus. Die betreffende Ausgleichszahlung wird diesbezüglich korrigiert und mit dem Honorarbescheid für das Quartal I/2021 verbucht.

3. TI-Musterverfahren

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

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

Falls Sie sich diesen Verfahren anschließen wollen, ist es unbedingt erforderlich, dass Sie gegen **jeden** Honorarbescheid, in dem die entsprechende Verbuchung umgesetzt wird, einen fristgerechten Widerspruch einlegen mit dem Sie uns bitte auch mitteilen, **welchem** Musterverfahren Sie sich anschließen wollen.

4. Zu der auf der Abrechnungsunterlage **Kennzahlenblatt 1. Quartal 2021** 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 1/2021 finden Sie:

- Auszahlungsquoten infolge der Honorarverteilung und Mengensteuerung 1/2021
- Auszahlungsübersicht 1/2021

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/2021

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	94,43
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	85,00
Genetisches Labor – Molekulargen. Leistg. 32860-32864, tlw. Abschnitt 11.4, 19.4 u. 32.3.15	85,00
Pauschale für fachärztliche Grundversorgung (PFG)	100,00
Strahlentherapie Kap. 25	85,00

(2.) Quote für abgestaffelt zu vergütende Leistungen (RLV / QZV)

Die Leistungsmengen, die das RLV und die QZV überschreiten, werden quotiert honoriert. Hierfür werden zunächst die im jeweiligen Quartal arztgruppenspezifisch über das RLV/QZV hinausgehenden Leistungen festgestellt. Im selben Quartal wird je Arztgruppe ein Honorarvolumen in Höhe von 2% des arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumens ermittelt. Diese arztgruppenspezifischen Volumina werden durch die Summe der je Arztgruppe festgestellten Überschreitungen in Euro dividiert und ergeben die arztgruppenspezifische Auszahlungsquote für die das RLV und die QZV überschreitenden Leistungen. Die so ermittelten Auszahlungsquoten je Arztgruppe werden auf die überschreitenden Leistungen angewandt und in der Folge wird nur noch dieser Anteil mit dem vollen Orientierungspunktwert honoriert.

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

(3.) Quote für die Honorierung von Leistungen außerhalb RLV/QZV („freie“ Leistungen)

Leistungen der MGV, die außerhalb der RLV vergütet werden (sog. freie Leistungen), werden ebenfalls einer Mengensteuerung unterzogen. Denn: Ein Anstieg der freien Leistungen führt zwangsläufig zu einer Verminderung der RLV, da die Geldmenge für die Leistungen der MGV insgesamt begrenzt ist und die Krankenkassen keine Nachschusspflicht haben. Durch eine Mengensteuerung der freien Leistungen stehen mehr Gelder für die RLV und QZV zur Verfügung. Die Basis für die Bildung des Finanzvolumens der freien Leistungen ist das ausbezahlte Honorar im Vorjahresquartal. Das so ermittelte Honorarvolumen wird unter Berücksichtigung der Bereinigung nach Selektivverträgen durch die angeforderte Leistungsmenge dividiert und ergibt die jeweilige Auszahlungsquote, die für einzelne Leistungsbereiche mindestens 80% beträgt (Mindestquote).

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	100,00
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	100,00
Augenheilkunde	
Elektroophthalmologie	100,00
Fluoreszenzangiographie	100,00
Kontaktlinsenanpassung	100,00
Strukturpauschale für konservative Augenärzte	100,00
Chirurgie, Kinderchirurgie, Plastische Chirurgie, Herzchirurgie	
Akupunktur	100,00
Gastroenterologie, Bronchoskopie	100,00
Phlebologie	100,00
Proktologie	100,00
Neurochirurgie	
Akupunktur	100,00
Frauenheilkunde mit und ohne fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	
Empfängnisregelung, Sterilisation oder Schwangerschaftsabbruch	100,00
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	100,00
Richtlinienpsychotherapie	100,00
Sonographie Brustdrüsen	100,00
Stanzbiopsie	100,00
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	
Kardiorespiratorische Polygraphie	100,00

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

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

Den Honorartöpfen für nachfolgende Fachgruppen und Leistungsbereiche wird – nach Vergütung der abgerechneten und anerkannten Kostenpauschalen (Kapitels 40 EBM) und Delegationsfähigen Leistungen (Kapitel 38 EBM) in voller Höhe – der tatsächliche Leistungsbedarf aus dem Abrechnungsquartal 1/2021 gegenübergestellt. Daraus ergeben sich die jeweiligen Quoten.

Sonstige Arztgruppen	Quote in %
Ermächtigte (Krankenhaus-) Ärzte und Institute	100,00
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	85,00

* Mindestquote

Auszahlungsübersicht: Gesamthonorar GKV kollektiv

1.301.649.441 €

Leistungen außerhalb der MGV 600.110.483 €		Leistungen innerhalb der MGV 701.538.958 €		
HA	FA/PT	HA	FA/PT	
Leistung u. Begleitstg. § 115b 222.659 € 82.243.139 €		Labor² 2.897.666 € 50.188.754 €		
Ambulantes Operieren 880.266 € 11.481.348 €		Bereitschaftsdienst und Notfall 1.885.250 € 15.104.528 €		
Prävention 18.980.432 € 50.676.763 €		Labor ³ 6.898.199 €	Labor ⁴ 15.414.415 €	
Psychotherapie ¹ 1.446.029 € 76.575.538 €		RLV/QZV 245.963.893 €	RLV/QZV 234.622.081 €	
DMP 16.295.546 € 3.641.250 €		FL 5.165.506 €	FL 100.923.035 €	
Belegärztliche Leistungen 32.509 € 3.928.887 €		PFG 10.341.767 €		
Leistungen TSVG 31.912.840 € 126.453.933 €		Genetisches Labor 12.133.864 €		
Sonstige/regionale Leistungen 48.924.821 € 126.414.523 €				

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