

Hinweise zur Abrechnung der KV Baden-Württemberg

ABRECHNUNGSQUARTAL 3 / 2021

Alles Gute.



Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Sehr verehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,

zu allererst möchte ich Ihnen ein gutes und gesundes neues Jahr 2022 wünschen und hoffe, dass Sie trotz weiterhin widrigen Umständen gut gestartet sind.

Mit diesem ersten Honorarversand im neuen Jahr erhalten Sie die Honorarabrechnung sowie die Hinweise zur Abrechnung für das Quartal **3/2021**.

Auch im Quartal 3/2021 war durch den Rückgang der Infektionszahlen festzustellen, dass sich die Behandlungsfälle bei vielen Fachgruppen stabilisiert haben und sich wieder an die Fallzahlen aus dem Quartal 3/2019 angleichen.

Im 3. Quartal 2021 werden im hausärztlichen Versorgungsbereich weiterhin alle abgerechneten und anerkannten Leistungen mit den festen Preisen der Euro-Gebührenordnung – also zu 100% (unbudgetiert) – ausbezahlt.

Auch im **fachärztlichen Versorgungsbereich ist noch einmal infolge der guten Honorarabschlüsse eine Finanzierung der abgerechneten und anerkannten Leistungen (bei Wegfall aller Mengengrenzungsmaßnahmen einschließlich der Fallzahlbegrenzungsregelung) mit den festen Preisen der Euro-Gebührenordnung, also zu 100% möglich** (Dagegen können in folgenden spezifisch geregelten Bereichen nur die rechnerischen oder nach HVM sowie KBV-Vorgaben einschlägigen Mindestquoten ausgezahlt werden: Leistungen der Psychotherapie innerhalb der MGV, Humangenetik, Pathologie, Strahlentherapie und Labor).

Die zu beobachtende **deutliche Honorarsteigerung im hausärztlichen Versorgungsbereich** im Vergleich zum Vorjahresquartal liegt insbesondere an der außergewöhnlichen Leistung und Mehrarbeit für Corona-Impfleistungen und den Corona-Testungen in den Praxen auch im 3. Quartal 2021.

Das Honorarergebnis **im fachärztlichen Versorgungsbereich** liegt im Vergleich zum Vorjahr nahezu identisch und ist stabil. **An dieser Stelle weise ich nochmals daraufhin, dass sich die Tätigkeit und Leistungsanforderung in TSVG-Konstellationen eins zu eins in Ihrem Honorar niederschlagen. Die Leistungen in TSVG-Fällen stellen einen maßgeblichen Honorarbestandteil dar und es gilt, auf ausdrücklichen Wunsch des Gesetzgebers, hier Zuwächse anzustreben. Diese haben und werden im fachärztlichen Bereich in der Regel zu einem deutlichen Anstieg der fachärztlichen Honorierung führen. Die Zahlen aus der Vergangenheit zeigen auch, dass der Anteil der TSVG-Konstellationen, insbesondere neuer Patienten, in der Regel in einer Praxis gleichbleibend war, jetzt aber gesteigert werden kann.**

Ihr



Dr. med. Norbert Metke
Vorsitzender des Vorstandes

Hinweise zur Abrechnung – Quartal 3/2021

Mit diesem Honorarversand erhalten Sie den Honorarbescheid für das Quartal 3/2021 sowie die dazugehörigen Abrechnungsunterlagen. Zum besseren Verständnis geben wir Ihnen die folgenden Hinweise:

1. Für das Quartal 3/2021 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 3/2021 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 3/2016 bis 2/2021 wurden nachträglich sachlich-rechnerische Berichtigungen, HVM- und/oder Widerspruchsentscheidungen umgesetzt. Geringe Veränderungen von +/- 1,00 Euro, die gegebenenfalls aus Rundungsdifferenzen resultieren, wurden nicht verbucht.

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

2. TI-Sanktionen

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

die Unverhältnismäßigkeit Ihrer Ansicht nach beruht.

3. TI-Musterverfahren

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

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

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

4. Erhöhung der Wegepauschalen und Onkologie-Kostenpauschalen ab 1/2021

Leider mussten wir feststellen, dass die für das Jahr 2021 vereinbarte Erhöhung der Wegepauschalen und Onkologie-Kostenpauschalen für die Quartale 1/2021 und 2/2021 nicht korrekt umgesetzt wurde. Bei der Bewertung wurden leider noch die für das Jahr 2020 vereinbarten Pauschalen verwendet. Mit dem Honorarbescheid 3/2021 erfolgt eine Korrektur dieser Quartale, korrigierte Honorarunterlagen werden in unserem Mitgliederportal zur Verfügung gestellt. Bei Praxen, die aufgrund der Corona-Pandemie eine Ausgleichszahlung über den Corona-Rettungsschirm erhalten haben, werden mögliche Nachzahlungen verrechnet. Wir bitten den Fehler zu entschuldigen.

5. Zu der auf der Abrechnungsunterlage **Kennzahlenblatt 3. 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.

6. Als **Anlagen** zu den Hinweisen zur Abrechnung des Quartals 3/2021 finden Sie:

- Auszahlungsquoten infolge der Honorarverteilung und Mengensteuerung 3/2021
- Auszahlungsübersicht 3/2021

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 3/2021

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	93,15
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	89,71
Pathologische und zytologische Leistungen Kap. 19	80,00 *
Genetisches Labor – Molekulargen. Leistg. 32860-32864, tlw. Abschnitt 11.4, 19.4 u. 32.3.15	61,67
Pauschale für fachärztliche Grundversorgung (PFG)	100,00
Strahlentherapie Kap. 25	80,91

(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 3/2021 gegenübergestellt. Daraus ergeben sich die jeweiligen Quoten.

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

Sonstige Arztgruppen	Quote in %
Ermächtigte (Krankenhaus-) Ärzte und Institute	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	80,00 *

* Mindestquote

Auszahlungsübersicht: Gesamthonorar GKV kollektiv

1.302.181.638 €

Leistungen außerhalb der MGV 591.227.584 €		Leistungen innerhalb der MGV 710.954.054 €		
HA	FA/PT	HA	FA/PT	
Leistung u. Begleitstg. § 115b 169.956 € 69.739.897 €		Labor² 4.373.875 € 47.894.009 €		
Ambulantes Operieren 649.097 € 10.099.280 €		Bereitschaftsdienst und Notfall 2.430.867 € 20.104.143 €		
Prävention 15.201.723 € 45.396.552 €		Labor ³ 6.350.890 €	Labor ⁴ 14.921.659 €	
Psychotherapie ¹ 1.213.162 € 65.245.919 €		RLV/QZV 263.890.828 €	RLV/QZV 229.903.039 €	
DMP 15.931.351 € 3.486.584 €		FL 4.977.724 €	FL 96.018.529 €	
Belegärztliche Leistungen 48.649 € 3.604.866 €		PFG 10.399.104 €		
Leistungen TSVG 41.446.219 € 123.601.498 €		Genetisches Labor 9.689.387 €		
Sonstige/regionale Leistungen 77.559.774 € 117.833.057 €				

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