



Kassenärztliche
Vereinigung
NORDRHEIN

Engagiert für Gesundheit.

Leseanleitung für die Abrechnungsunterlagen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Hinweise.....	3
Quartalskonto / Abrechnungsbescheid – Muster 1	4
Nachweis der Honorarbestandteile Vertragskassen – Muster 2	7
Nachweis der abgerechneten RLV-/QZV- Leistungen – Muster 3.....	10
Anlage zum Nachweis der abgerechneten RLV- und QZV-Leistungen – Muster 4.....	12
Gesamtübersicht vor Prüfung – Muster 5.....	15
Frequenztafel – Muster 6	17
Nachweis über alle EBM- / SGB V-basierten Begrenzungen – Muster 7	19
Nachweis der Honorarbestandteile der sonstigen Kostenträger – Muster 8.....	20
Nachweis Laborwirtschaftlichkeitsbonus – Muster 9	22
Nachweis Jobsharing – Muster 10.....	25
Nachweis zur Berechnung der Quote für die Strukturzuschläge Psychotherapie – Muster 11.....	27
Nachweis über die Abstufung der Dialysepauschalen – Muster 12	29
Abrechnungsprofil TSVG – Muster 13	31
Liste aller Regelwerksaktionen (Regelwerksprotokoll) – Muster 14	32
Ansprechpartner zu den Abrechnungsunterlagen.....	33
Erläuterung der Quartalsbilanzen Arznei- und Heilmittel	33
Abkürzungsverzeichnis zu den Abrechnungsunterlagen	34

Anhang: Antrag auf detaillierte Darstellung der Berechnung des Regelleistungsvolumens (RLV/QZV)

Allgemeine Hinweise

- 1 Die (Haupt)-Betriebsstättennummer (BSNR) im Kopf des Dokumentes
- 2 Anschrift der Praxis - Hauptstandort
- 3 Erläuternde Texte zum Dokument
- 4 Die wichtigsten Zahlen sind hervorgehoben und stehen am Anfang des Dokumentes
- 5 Das Abrechnungsquartal und die Seitenzahl am Ende des Dokumentes

BSNR: 240000000

1



Körperschaft des öffentlichen Rechts

KV Nordrhein - Bezirksstelle - 50668 Köln

Praxis Dr. Mustermann

2

Ausfertigungsdatum: tt.mm.jjjj

QUARTALSKONTO / ABRECHNUNGSBESCHEID

3

Der Abrechnungsbescheid zeigt das gesamte Honorar Ihrer Praxis, differenziert nach Kostenträgern. Unter Berücksichtigung aller Kürzungen und Korrekturen ergibt sich ein Gesamthonorar von 66.242,51€. Dieses wird mit den quartalsbezogenen Buchungen verrechnet.

1. Zusammenfassung

4

Differenz [Restzahlung (+) / Überzahlung (-)]	15.031,32€
Gesamthonorar	66.242,51€
Zahlungen / Aufwände / Sonstiges	-51.211,19€

5

Praxis Dr. Mustermann
Abrechnungsquartal: 3/2021

Seite 1 von 2

Quartalskonto / Abrechnungsbescheid – Muster 1

Der Abrechnungsbescheid bildet das gesamte vertragsärztliche Honorar der Praxis ab, differenziert nach Kostenträgern. Die einzelnen Zahlungen bzw. Einbehalte können quartalsübergreifend sein.

Erläuterungen zu den einzelnen Feldern

- 1** Die von der KV Nordrhein bereits geleisteten Zahlungen und Abbuchungen werden mit dem erwirtschafteten Honorar der Praxis verrechnet. Die Differenz stellt eine Restzahlung (+) bzw. eine Überzahlung (-) dar.
- 2** Einzelaufstellung des Honorars nach Kostenträgerzugehörigkeit, mit der jeweiligen Fallzahl und Umsatz je Kostenträger, z.B.
 - VKK Honorar budgetiert = Umsatz aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) zulasten der Vertragskrankenkassen
 - VKK Honorar Einzelleistungen = Umsatz außerhalb der MGV zulasten der Vertragskrankenkassen
 - PBK = Postbeamten
 - SVA = Sozialversichertenabkommen
 - POL = Polizei etc.
- 3** Die Einzelaufstellung quartalsbezogener Buchungen beinhaltet die bereits im Vorfeld überwiesenen Abschlagszahlungen (monatliche Raten), ggf. Nachvergütungen und Korrekturen für Vorquartale sowie Abbuchungen wie allgemeine Verwaltungskosten (2,8%), Verwaltungskosten für die Terminservicestelle (0,034%), Beiträge zur Ärzteversorgung, ärztliches Hilfswerk etc. Die Erstattungen für die Telematikinfrastruktur (TI) sind ebenfalls hier abgebildet.
- 4** Bei vorgenommenen Buchungen ist dem Abrechnungsbescheid eine interne Vorgangsnummer (für eventuelle Rückfragen) sowie das Buchungsdatum und Bezugsquartal zu entnehmen.
- 5** Unter Quartalsabschluss wird erneut die Restzahlung mit Überweisungsdatum bzw. eine Überzahlung ausgewiesen.
- 6** Rechtsbehelf: Der Abrechnungsbescheid dient als rechtliche Grundlage für ein Widerspruchsverfahren, welches binnen eines Monats nach Zugang des Bescheides schriftlich eingeleitet werden kann.

QUARTALSKONTO / ABRECHNUNGSBESCHEID

Der Abrechnungsbescheid zeigt das gesamte Honorar Ihrer Praxis, differenziert nach Kostenträgern. Unter Berücksichtigung aller Kürzungen und Korrekturen ergibt sich ein Gesamthonorar von 66.242,51€.

Dieses wird mit den quartalsbezogenen Buchungen verrechnet.

1. Zusammenfassung

1

Differenz [Restzahlung (+) / Überzahlung (-)]	15.031,32€
Gesamthonorar	66.242,51€
Zahlungen / Aufwände / Sonstiges	-51.211,19€

2. Einzelaufstellung Honorar

2

Buchungstext	Vorgangs Nr.	Fallzahl	Datum	Quartal	Betrag
Gesamthonorar					66.242,51€
001 VKK Honorar budgetiert		1110		20213	51.700,24€
003 VKK Honorar Einzelleistungen				20213	14.145,37€
060 PBK Honorar		1		20213	81,74€
220 SVA Honorar		3		20213	242,96€
440 POL Honorar		2		20213	72,20€

3. Einzelaufstellung quartalsbezogene Buchungen

3

Buchungstext	Vorgangs Nr.	Fallzahl	Datum	Quartal	Betrag
Zahlungen / Aufwände / Sonstiges					-51.211,19€
Zahlungen					
777 A.Konto/Monatliche Rate			tt.mm.jj	20213	-17.000,00€
777 A.Konto/Monatliche Rate			tt.mm.jj	20213	-16.000,00€
777 A.Konto/Monatliche Rate			tt.mm.jj	20213	-16.600,00€

BSNR: 24000000

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Ausfertigungsdatum: tt.mm.jjjj

	4			4	
Buchungstext	Vorgangs Nr.	Fallzahl	Datum	Quartal	Betrag
701 Verwaltungskosten 0,034%				20213	-4,81€
701 Verwaltungskosten 2,8%				20213	-1.854,79€
Sonstige Buchungen					
702 Kosten Notfallpraxis xxxxxx				20213	-55,00€
702 Kosten Notfallpraxis yyyyyy				20213	-55,00€
703 Beitr. Ärztliches Hilfswerk xxxxxx				20213	-3,00€
703 Beitr. Ärztliches Hilfswerk yyyyyy				20213	-3,00€
773 Pauschale Betriebskosten TI				20213	364,41€

4. Quartalsabschluss

Buchungstext	Vorgangs Nr.	Fallzahl	Datum	Quartal	Betrag
783 Restzahlung	5		tt.mm.jj	20213	15.107,89€

2400000

Weist das Quartalskonto eine Überzahlung aus, werden Sie hiermit verpflichtet, diesen Betrag zurückzuzahlen.

Gegen diesen Abrechnungsbescheid können Sie innerhalb eines Monats nach Zugang schriftlich oder zur Niederschrift der Geschäftsstelle Widerspruch einlegen bei der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein, Bezirksstelle

6

50668 Köln, Sedanstr. 10 - 16

Praxis Dr. Mustermann
Abrechnungsquartal: 3/2021

Seite 2 von 2

Nachweis der Honorarbestandteile Vertragskassen – Muster 2

Die Unterlage erläutert den Umsatz der Vertragskrankenkassen (Primär- und Ersatzkassen), differenziert nach Honorarbestandteilen, Leistungsarten und Gebührenordnungspositionen (GOP). Dieses Dokument besteht in der Regel aus mehreren Seiten. Nicht aufgeführt sind Honorare zulasten der sonstigen und besonderen Kostenträger, für die es eine eigene Unterlage gibt (siehe *Muster 8*).

Erläuterungen zu den einzelnen Feldern

1

Unter der „Zusammenfassung der Betriebsstätte“ sind die Kerninformationen wie die Umsätze je nach Honorarbestandteil sowie das Gesamthonorar in Euro (rot markiert) abgebildet. Zu den Honorarbestandteilen gehören:

- Leistungen, die dem RLV/QZV unterliegen (dazu mehr im *Nachweis der abgerechneten RLV/QZV-Leistungen - Muster 3*)
- Freie Leistungen mit Kontingentierung
- Freie Leistungen ohne Kontingentierung
- Einzelleistungen, inkl. alle Leistungen nach dem Termin-Service-Versorgungsgesetz (TSVG)
- Förderungswürdige Leistungen

2

Unter der „Einzelaufstellung“ werden alle von der Praxis abgerechneten Leistungen je Gebührenordnungsposition (GOP), unterteilt in Leistungsbereiche dargestellt. Hier kann man z.B. entnehmen welche GOP im Rahmen des Regelleistungsvolumens (RLV/QZV) vergütet wurde oder welche Leistungen extrabudgetär (Freie- oder Einzelleistungen) sind.

3

Die abgebildete Häufigkeit und der Leistungsbedarf der jeweiligen GOP wurden bereits auf sachlich-rechnerische Richtigkeit geprüft und - falls im EBM vorgegeben - mengenbegrenzt (dazu mehr im *Nachweis über alle EBM- / SGB V -basierten Begrenzungen - Muster 7*). Die Bewertung der Leistung ist entweder in Punkten oder direkt in Euro ausgedrückt, z.B. bei Laborkosten oder Leistungen nach Sonderverträgen wie DMP etc.

4

Der Punktwert in Eurocent oder die Quote können aufgrund der Budgetierungsmaßnahmen unter dem bundesweiten Orientierungspunktwert bzw. unter der Quote von 100% (z.B. bei Laborleistungen) liegen. Das ist u. a. bei Freien Leistungen mit Kontingentierung der Fall.

5

Der Honorarbetrag ergibt sich durch die Multiplikation des Leistungsbedarfes in Punkten oder in Euro mit dem entsprechenden Punktwert oder der Quote.

6

Unter dem „Kontoauszug“ wird nochmal das gesamte Honorar Vertragskassen ausgewiesen.

7

Der Punktwert für die Angabe für eine Patientenquittung wird ermittelt, indem das Honorar der in Punkten bewerteten Leistungen (Leistungsarten mit*) durch die abgerechneten Punktzahlen (Punktanforderung mit *) dividiert wird. Ein Patient kann eine sogenannte Patientenquittung vom Arzt verlangen, die ihm eine Übersicht über die Behandlungskosten liefert.

Quelle: Honorarverteilungsmaßstab Nordrhein (HVM) [HVM | KV Nordrhein](#)
TSVG*= Terminservice- und Versorgungsgesetz. Mehr dazu: [TSVG | KV Nordrhein](#)

NACHWEIS DER HONORARBESTANDTEILE VERTRAGSKRANKENKASSEN

Ihr Honorar setzt sich aus folgenden Bestandteilen zusammen. Eventuelle Fortbildungskürzungen und Korrekturen sind nicht enthalten.

1. Zusammenfassung der Betriebsstätte

1

Gesamthonorar VKK (Vertragskrankenkassen)		Punktwert/Quote	65.845,61 €
Leistungen, die dem RLV/QZV unterliegen			46.685,25 €
RLV/QZV Leistungen mit regional vereinbartem Punktwert		11,12440	46.011,18 €
abgestaffelte RLV/QZV Leistungen		2,05301	674,07 €
Freie Leistungen mit Kontingentierung			140,47 €
Freie Leistungen ohne Kontingentierung			4.514,67 €
Einzelleistungen			14.145,37 €
davon TSVG:			
TSVG-Konstellation X		-	5.126,16 €
Förderungswürdige Leistungen			359,85 €

2. Einzelaufstellung

Diese Aufstellung zeigt alle abgerechneten Gebührenordnungspositionen je Leistungsbereich und die daraus ermittelten Honorare der Praxis.

2

3

Gebührenordnungsposition	Häufigkeit	Leistungsbedarf in Punkten/EUR	Punktwert/Quote	Betrag
RLV- Leistungen				37.443,01 €
RLV-Leistungen*				37.896, €
01430	30	360,0	-	37,41 €
01434B	1	65,0	-	6,75 €
01435	3	264,0	-	27,43 €
01610	1	14,0	-	1,45 €
01612	3	111,0	-	11,53 €
01622	3	249,0	-	25,88 €
02100	16	1.072,0	-	111,40 €
02300	21	1.428,0	-	148,39 €
02313	72	3.600,0	-	374,10 €
03002	4	568,0	-	60,07 €

Praxis Dr. Mustermann

3/2021

Seite 1 von 7

			4	5
Freie Leistungen mit Kontingentierung			Punktwert/Quote	140,47 €
Laborwirtschaftlichkeitsbonus*				
32001D	551	-	9,90072	-
32001F	635	-	9,90072	-
Laborkosten Kap. 32.2 / 32.3 EBM [HÄ]				69,05 €
32030	40	20,00 €	100,00000	20,00 €
32042	66	16,50 €	100,00000	16,50 €
32135	21	32,55 €	100,00000	32,55 €
Laborkosten Kap. 32.2 / 32.3 EBM [FÄ]				71,42 €
32025	2	3,20 €	89,00000	2,85 €
Freie Leistungen ohne Kontingentierung				4.514,67 €
Unvorhergesehene Inanspruchnahmen*				
01100	39	7.644,0	11,12440	850,35 €
Pauschale fachärztliche Grundversorgung (PFG)*				1.053,59 €
13220	231	9.471,0	11,12440	1.053,59 €
...				
Einzelleistungen			Punktwert/Quote	14.145,12 €
Leistungen des Kapitels 31 EBM u. a.*				
31013	1	416,0	11,12440	46,28 €
Hautkrebscreening nach der Richtlinie/EBM*				
01745M	2	506,0	11,12440	56,29 €
Prävention Kapitel 1.7.1, 1.7.2 und 1.7.4 EBM*				
01731	3	432,0	11,12440	48,06 €
DMP Diabetes Typ II				
90321	35	743,75 €	100,00000	743,75 €
90325	23	230,00 €	100,00000	230,00 €
Schutzimpfung / Reiseschutzimpfung				
89105R	2	16,10 €	100,00000	16,10 €
89111	240	1.932,00 €	100,00000	1.932,00 €
...				
Förderungswürdige Leistungen				359,85 €
Förderung Gastroskopie (auf Überweisung)**				
13400	2	1.756,0	2,08004	36,53 €
Hausärztlicher Versorgungsbereich - Chroniker**				
03003	34	3.876,0	0,56430	21,87 €
Kontoauszug			6	65.845,61 €
Punktanforderung mit *				567.808,0
Gesamthonorar f. Punkte in EUR mit * oder **				7
Punktwert Patientenquittung in Cent				10,66322

Nachweis der abgerechneten RLV-/QZV- Leistungen – Muster 3

Diese Unterlage zeigt die Menge der abgerechneten RLV/QZV-Leistungen im Verhältnis zum gewährten Regelleistungsvolumen und Qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (RLV/QZV). Die Höhe der Unter- oder Überschreitung des RLV/QZV der Praxis wird hier genauer erläutert. Dieses Dokument wird nur im KVNO-Portal zur Verfügung gestellt.

Erläuterungen zu den einzelnen Feldern

1

Erstens wird das ausgezahlte Honorar für alle RLV/QZV-Leistungen ausgewiesen. Leistungen bis zur Höhe des zugeteilten RLV/QZV werden mit dem regional vereinbarten Punktwert vergütet (1.02) Das ist in der Regel der Orientierungspunktwert. Leistungen, die das maximal mögliche RLV/QZV überschreiten, erhalten eine geringere Vergütung. Der abgestaffelte Punktwert (1.03) wird für die hausärztlichen und für die fachärztlichen Praxen gesondert ermittelt.

2

Zweitens wird die Über-/ oder Unterschreitung des RLV/QZV dargestellt, indem das zugeteilte RLV/QZV der Praxis dem angeforderten Leistungsbedarf aus diesem Bereich gegenübergestellt wird. Beides wird sowohl als Punktmenge und Eurobetrag angegeben.

3

Der angeforderte Leistungsbedarf der Praxis umfasst alle RLV- und QZV-Leistungen, die die Praxis im Quartal abgerechnet hat (RLV-Leistungen in Gesamtsumme und QZV je Kategorie). Die Bewertung der Leistungen erfolgt hier in Punkten nach EBM und in Euro, kalkuliert mit dem Orientierungspunktwert.

NACHWEIS DER ABGERECHNETEN RLV- / QZV- LEISTUNGEN

Diese Unterlage zeigt das ausgezahlte Honorar für RLV- / QZV- Leistungen.

1. Ermittlung Ihres RLV- / QZV- Honorars

Ihre RLV- / QZV- Leistungen werden bis zum Erreichen des zugeteilten RLV / QZV mit dem regional vereinbarten Punktwert vergütet. Leistungen die darüber hinausgehen, werden mit dem abgestaffelten Punktwert vergütet.

1

		Punktwert	Betrag
1.01	RLV- / QZV- Honorar		46.685,25 €
1.02	Vergütung innerhalb des RLV / QZV mit dem regional vereinbarten Punktwert	11.12440	46.011,18 €
1.03	Vergütung der Überschreitung des RLV / QZV mit abgestaffeltem Punktwert	2.05301	674,07 €

2. Ermittlung der Über-/Unterschreitung

Das errechnete RLV / QZV gem. "Anlage zum Nachweis der abgerechneten RLV- und QZV- Leistungen" wird dem angeforderten Leistungsbedarf der Praxis gegenübergestellt.

2

		Punktzahl	Punktwert	Betrag
2.01	zugeteiltes RLV / QZV	413.605,9	11.12440	46.011,18 €
2.02	angeforderter RLV- / QZV- Leistungsbedarf aus dem aktuellen Quartal	446.439,0	11.12440	49.663,66 €
2.03	Überschreitung des RLV / QZV	32.833,1	2.05301	674,07 €

3. Angeforderter RLV- / QZV- Leistungsbedarf aus dem aktuellen Quartal

3

		Punktzahl	Betrag
3.01	Gesamt Leistungsbedarf	446.439,0	49.663,66 €
3.02	Leistungen, die dem RLV unterliegen	361.862,0	40.254,98 €
3.03	Chirotherapie	384,0	42,72 €
3.04	Ergometrie	990,0	110,13 €
3.05	Hyposensibilisierung	306,0	34,04 €
3.06	Kleinchirurgie	4.860,0	540,65 €
3.07	Langzeit-Blutdruckmessung	114,0	12,68 €
3.08	Psychosomatische Grundversorgung, übende Verfahren	41.109,0	4.573,13 €
3.09	Sonographie I	19.261,0	2.142,67 €
3.10	Sonographie II	9.310,0	1.035,68 €

Anlage zum Nachweis der abgerechneten RLV- und QZV-Leistungen – Muster 4

Diese Unterlage gibt es in Kurzversion für die gesamte Praxis oder als eine detaillierte Darstellung je Ärztin oder Arzt. Im Beispiel wird die detaillierte Version erläutert, die die RLV/QZV-Berechnung arztbezogen aufschlüsselt. Die detaillierte Darstellung des RLV/QZV wird durch die KV Nordrhein nur auf Antrag zur Verfügung gestellt, wenn alle Praxispartner, Praxisinhaber bzw. ärztliche Leitung des MVZ dem zustimmen ([Link zum Antragsformular](#)).

Erläuterungen zu den einzelnen Feldern

- 1** Das RLV/QZV als Summe für die Praxis und je lebenslange Arztnummer (LANR) in Euro.
- 2** Arztbezogene Daten: Name, LANR, Niederlassungsdatum, Arztgruppe.
- 3** Ermittlung des RLV Schritt 1: Das RLV ist das Ergebnis der Multiplikation des quartalsbezogenen Fallwertes der Arztgruppe (2.1) mit der individuellen RLV-relevanten Fallzahl je LANR (2.2.3). Die individuelle RLV-relevante Fallzahl beinhaltet alle Behandlungsfälle je LANR aus der aktuellen Abrechnung, ausgenommen TSVG-Fälle, Fälle im organisierten Notdienst, Fälle aus den Selektivverträgen oder Fälle, bei denen keine RLV-Leistung abgerechnet wurde. Im Falle einer Fallzahlzuwachsbeschränkung in der Arztgruppe gemäß § 5 Abs. 4 HVM kann die RLV-Fallzahl der etablierten Ärztinnen und Ärzte auf die Fallzahl des Vorjahresquartals, zuzüglich 5% Fallzahlwachstum, reduziert werden. Ärztinnen und Ärzte innerhalb der ersten 16 Niederlassungsquartale bzw. deren Fallzahl unterhalb des Arztgruppendurchschnitts liegt (2.0), sind von der Fallzahlbeschränkung ausgenommen.
- 4** Ermittlung des RLV Schritt 2: Der Kooperationszuschlag von 10% (Faktor 1,1) wird gewährt, wenn mind. zwei Ärztinnen oder Ärzte mit einem RLV am gleichen Standort zugelassen oder angestellt sind (Kooperation im Rahmen des Jobsharings sind ausgenommen).
- 5** Ermittlung des RLV Schritt 3: Das ermittelte RLV wird um den Gewichtungsfaktor modifiziert. Der Gewichtungsfaktor spiegelt die Altersstruktur der Versicherten in der Praxis in Relation zum Fachgruppendurchschnitt wider. Dieser Faktor kann somit das RLV erhöhen oder reduzieren.
- 6** Das Qualifikationsgebundene Zusatzvolumen (QZV) wird je QZV-Kategorie gesondert berechnet und zu dem RLV addiert. Es gibt zwei Arten des QZVs: Das behandlungsfallbezogene QZV ist das Ergebnis der Multiplikation des QZV-Fallwertes mit der gesamten RLV-Fallzahl je LANR, sobald mind. eine Leistung aus dem Ziffernkranz des jeweiligen QZVs im Quartal abgerechnet wurde. Bei leistungsfallbezogenem QZV wird der QZV-Fallwert nur mit den einzelnen Behandlungsfällen multipliziert, bei denen mind. eine Leistung der jeweiligen QZV-Kategorie erbracht wurde. Auch bei QZVs zählen die TSVG-Fälle nicht mit.
- 7** Das gesamte RLV und QZV je LANR als Summe in Euro.

Quelle: Termin-Service-Versorgungsgesetz: [TSVG | KV Nordrhein](#)
RLV- und QZV-Fallwerte je Arztgruppe: [RLV/QZV | KV Nordrhein](#)
Honorarverteilung und RLV/QZV-Berechnung: [Honorarverteilung | KV Nordrhein](#)

Anlage zum Nachweis der abgerechneten RLV- und QZV-Leistungen 3. Quartal 2021

Praxis Dr. Mustermann	Betriebsstätten-Nr. (BSNR) 24000000
-----------------------	---

Nr.	Name, Vorname	LANR	RLV-Gesamt
1		xxxxxxxxx	30.388,67€
2		yyyyyyyyy	15.622,51€
Summe RLV + QZV der Betriebsstätte in EUR			1 46.011,18€

2

Praxis Dr. Mustermann BSNR: 24000000	Name: xxxxxxxxx LANR: xxxxxxxxx
---	------------------------------------

1	Arztbezogene Angaben	
1.1	Niederlassungsdatum	tt.mm.jjjj
1.2	RLV-Arztgruppe	Innere-/Allgemein-/Prakt. Ärzte - Hausärzte
2	Ermittlung des RLV	
2.0	durchschnittliche RLV Fallzahl der RLV-Arztgruppe (unter Berücksichtigung des Tätigkeitsumfangs)	828,33
2.1	Fallwert der Arztgruppe	3 44,23€
2.2	individuelle aktuelle Fallzahl, inklusive TSVG Fälle *	575,22
2.2.1	Abzug TSVG Fälle *	37,19
2.2.2	individuelle RLV-relevante Fallzahl der aktuellen Abrechnung (2.2 minus 2.2.1)	538,03
2.2.3	Zuerkannte Fallzahl, ohne TSVG Fälle *	3 538,03
2.3	vorläufiges Regelleistungsvolumen (2.1*2.2.3)	3 23.797,07€
2.4	Standortbezogener Kooperationszuschlag	4 1,10
2.5	Regelleistungsvolumen inkl. Kooperationszuschlag (2.3*2.4)	26.176,78€
3	Berücksichtigung der Versichertenstruktur und QZV	
3.1	Gewichtungsfaktor Versichertenstruktur (GFVS)	5 1,0185
3.2	Regelleistungsvolumen inkl. GFVS (2.5*3.1)	26.661,05€
3.3	Regelleistungsvolumen (3.2)	26.661,05€
3.4	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen gem. 4.0 (siehe Rückseite)	6 3.727,62€
3.5	Summe RLV + QZV in EUR (3.3+3.4)	7 30.388,67€

* Hinweis:

Fälle, die im Rahmen einer TSVG Konstellation abgerechnet werden, bleiben bei der Ermittlung des RLV/QZV unberücksichtigt. Die Leistungen der TSVG-Konstellationen werden außerhalb des RLV/QZV extrabudgetär vergütet.

Praxis Dr. Mustermann BSNR: 240000000	LANR: xxxxxxxxx
--	-----------------

4	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen (QZV)
----------	---

RLV-relevante Fallzahl Arzt 533,03

Leistungsfallbezogene QZV	Fallwert	QZV-Fallzahl inkl.TSVG Fälle *	Zuerkannte QZV-Fallzahl ohne TSVG Fälle *	Betrag
Chirotherapie	6 9,65€	8,00	6 7,00	67,55€
Ergometrie	22,36€	5,00	5,00	111,80€
Hyposensibilisierung	37,95€	1,00	1,00	37,95€
Kleinchirurgie	15,91€	9,17	9,17	145,89€
Langzeit-Blutdruckmessung	6,64€	2,00	2,00	13,28€
Prokto-/Rektoskopie (Allgemeinärzte)	11,24€	1,00	0,00	0,00€
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	32,17€	54,89	53,98	1.736,54€
Sonographie I	14,40€	62,10	60,13	986,13€
Sonographie III für Hausärzte	19,45€	33,00	32,00	622,40€
Spirometrie	6,08€	1,00	1,00	6,08€

4.0	Summe QZV		6	3.727,62€
------------	------------------	--	----------	------------------

Gesamtübersicht vor Prüfung – Muster 5

Die Gesamtübersicht vor Prüfung ist eine statistische Auswertung zur Durchführung der Wirtschaftlichkeitsprüfung der Leistungen zulasten der Vertragskrankenkassen (ohne sonstige/besondere Kostenträger). Die zu prüfende Praxis wird ihrer Vergleichsgruppe (Fachgruppe) gegenübergestellt. Die Werte der Vergleichsgruppe beziehen sich hierbei auf Betriebsstätten und nicht auf einzelne LANR.

Erläuterungen zu den einzelnen Feldern

- 1** Einzelne Sparten sind ambulante Leistungsbereiche analog zur Unterlage *Frequenztabelle - Muster 6*. Die Sparte „Gesamtleistungen“ bildet die Summe aller kurativen Leistungen in Punkten.
- 2** Honoraranforderung der Praxis je Leistungsbereich stellt die abgerechneten EBM-Leistungen in Punkten dar.
- 3** Der gewogene Falldurchschnitt der Praxis ist die durchschnittliche Leistungsmenge der Praxis je Versicherter unter Berücksichtigung des Versichertenstatus (Mitglieder-, Familien-, Rentnerversicherte).
- 4** Der modifizierte Falldurchschnitt der Vergleichsgruppe entspricht der durchschnittlichen Leistungsanforderung der Fachgruppe, je Leistungsbereich und Fall.
- 5** Abweichung der Praxis vom modifizierten Falldurchschnitt der Vergleichsgruppe ist die Differenz zwischen Punkt **3** und **4** in absoluten Zahlen.
- 6** Abweichung vom modifizierten Falldurchschnitt der Vergleichsgruppe in Prozent (Punkt **5** / Punkt **4** x 100).
- 7** Abgerechnete Fallzahl der Praxis, unterteilt nach Versichertenstatus (Mitglieder-, Familien-, Rentnerversicherte). Diese ist relevant für die Ermittlung des gewogenen Falldurchschnittes nach Punkt **3**. Die Fallzahl kann von der Anzahl der Behandlungsfälle laut dem *Quartalskonto/Abrechnungsbescheid (Muster 1)* abweichen, da in diesem Dokument nur wirtschaftlichkeitsprüfungsrelevante Fälle herangezogen werden (kurative Fälle der Vertragskrankenkassen ohne sonstige bzw. besondere Kostenträger).
- 8** Unterteilung der Fallstatistik nach Scheinarten: Notfälle (organisierter Notdienst), Vertretungsfälle, Zuweisungen (= Definitionsaufträge), Überweisungen.
- 9** Bei der durchschnittlichen Fallzahl der Vergleichsgruppe handelt es sich um die Versichertenzahlen je Betriebsstätte und nicht je LANR, unterteilt nach Scheinarten und Versichertenstatus.

Weitere Informationen zum Thema Wirtschaftlichkeitsprüfung: Abt. Grundsätze Wirtschaftlichkeit,
Email: GruWi@kvno.de

Gesamtübersicht vor Prüfung

Praxis Dr. Mustermann	Köln	Erstelldatum tt.mm.jjjj	Seite 1	3 / 2021	
1	2	3	4	5	6
Ambulant	Honoraranforderung	gewogener Falldurchschnitt der Praxis	Modifizierter Falldurchschnitt der Vergleichsgruppe	Abweichung vom mod.Falldurchschnitt der Vergleichsgruppe	Abweichung vom mod.Falldurchschnitt der Vergleichsgruppe in %
Arztgruppenübergr. allgem.Leistung.o.Substitution	53.805,0	50,9	36,9	14,0	38
Arztgruppenspezifische Leistungen	122.349,0	108,2	220,6	-112,4	-51
HA* - Versichertenpauschale / Zusatzpauschale	184.416,0	167,6	286,8	-119,2	-42
HA* - Arztgruppenspezifische Leistungen	60.854,0	54,8	171,4	-116,6	-68
HA*FA* Kinder / Jugendmedizin	-	-	-	-	-
FA* - Grund- und Zusatzpauschale	109.544,0	92,7	56,8	35,9	63
FA* Diagn. / therap. Grundleistungen	61.495,0	48,8	49,2	-0,4	-1
Arztgrüübergr. spez. Lstg. (o.Kap.31)	84.952,0	76,9	40,3	36,6	91
Kapitel 31/36	416,0	0,8	1,1	-0,3	-27
Gesamtleistungen	555.482,0	488,8	642,5	-153,7	-24
Arztgruppenübergr. spezielle Leistungen (Euro)	-	-	-	-	-
Allgemeines Labor (Euro)	149,55	0,10	0,10	-	-
Spezielles Labor (Euro)	16,50	-	-	-	-
Kosten	864,29	0,80	0,30	0,50	167
Mutterschaftsvorsorge (Punkte)	-	-	-	-	-
Mutterschaftsvorsorge (Euro)	-	-	-	-	-
Früherkennung Männer	938,0	139,9	53,6	38	
Früherkennung Frauen	-	-	-	-	-
Früherkennung Kinder	-	-	-	-	-
Gesundheitsuntersuchung	11.084,0	328,6	297,2	31,4	11
Empfängnisreg., Steril., Schw.- Abbr.	-	-	-	-	-

Gesamtübersicht vor Prüfung

Praxis Dr. Mustermann	Köln	Erstellungsdatum tt.mm.jjjj	Seite 2	3 / 2021												
	7		9													
	Fallzahl der Praxis						Durschnittliche Fallzahl der Vergleichsgruppe									
	Gesamt		Mitglieder		Fam.- Ang.		Rentner		Gesamt		Mitglieder		Fam.- Ang.		Rentner	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Kurativ	alle Abr.-Fälle	1.100	635	58	50	5	415	37	1.653	937	56	122	7	593	35	
	Sekundärscheine	30	22	73	-	-	8	26	128	72	56	8	6	46	36	
	davon Notfälle	-	-	-	-	-	-	-	13	13	70	2	11	3	18	
	davon Vertreterfälle	25	18	72	-	-	7	28	42	28	66	2	6	11	27	
	davon Zuweisungen	-	-	-	-	-	-	-	1	-	53	-	6	-	39	
	davon Überweisungen	5	4	80	-	-	20	65	30	46	3	5	31	47		
Sonstige	Mutterschaftsvorsorge	-	-	-	-	-	-	-	1	1	84	-	15	-	-	
	Empfängnisreg., Steril., Schw.- Abbr.	-	-	-	-	-	-	-	1	-	42	-	5	1	51	

Frequenztafel – Muster 6

Die Frequenztafel ist, wie die *Gesamtübersicht vor Prüfung*, ein Instrument zur Durchführung der Wirtschaftlichkeitsprüfung. Hier wird jede von der Praxis abgerechnete Gebührenordnungsposition (GOP) der Vergleichsgruppe (Fachgruppe) gegenübergestellt. Die Werte der Vergleichsgruppe beziehen sich auf Betriebsstätten und nicht auf einzelne LANR. Enthalten sind nur die Vertragskassen (Primär- und Ersatzkassen).

Erläuterungen zu den einzelnen Feldern

- 1** Ambulante kurative Gesamtfallzahl der Praxis, unterteilt nach Fallarten wie Früherkennung, Psychotherapie etc., wenn bei diesen Fällen mind. eine Leistung aus dem Bereich der Früherkennung, Psychotherapie etc. abgerechnet wurde.
- 2** Die von der Praxis abgerechneten Gebührenordnungspositionen (GOP) werden in Leistungsbereiche eingeteilt. Diese finden sich wieder in der Unterlage *Gesamtübersicht vor Prüfung - Muster 5*.
- 3** Häufigkeit der jeweiligen abgerechneten GOP, nach Bereinigung und ggf. Korrektur durch das Regelwerk.
- 4** Die Honoraranforderung ergibt sich aus der Multiplikation der EBM-Bewertung der jeweiligen GOP in Punkten oder in Euro mit der Häufigkeit nach Punkt **3**. Die meisten EBM-Leistungen sind in Punkten bewertet und ausgewiesen. In Euro bewertete Leistungen wie z.B. Laborkosten, Impfungen oder DMP-Verträge werden in Euro angezeigt. Kennzeichnungen, die einen reinen Symbolcharakter haben, z.B. Laborausnahmeziffern, werden ohne Wert abgebildet.
- 5** Häufigkeit der GOP auf 100 Fälle stellt die Relation der Anzahl der jeweiligen GOP zur Fallzahl der Praxis dar: $\text{Punkt } 3 / \text{Punkt } 1 \times 100$
- 6** Häufigkeit der GOP der Vergleichsgruppe auf 100 Fälle ist analog zu Punkt **5**, berechnet aus den durchschnittlichen Zahlen der Vergleichsgruppe
- 7** Anzahl der Betriebsstätten, die die jeweilige Leistung / GOP abgerechnet haben
- 8** Abweichung der Häufigkeit der abgerechneten GOP gegenüber der Vergleichsgruppe in Prozent: $\text{Differenz zwischen Punkt } 5 \text{ und Punkt } 6, \text{ geteilt durch Punkt } 6 \times 100$
- 9** Die Leistungsaufwendung der Vergleichsgruppe je Fall ist die durchschnittliche Punktmenge je GOP in der Vergleichsgruppe: $\text{Bewertung der GOP} \times \text{Punkt } 6, \text{ geteilt durch } 100$
- 10** Zwischensumme je Leistungsbereich

Frequenztafel Arzt

Praxis Dr. Mustermann

Köln

Erstellungsdatum tt.mm.jjjj

Seite 1

3 / 2021

Nur im KVNO-Portal
abrufbar

Fallzahlen ambulant

1				
Kurativ	Mutterschaftsvorsorge	Früherkennung Männer	Früherkennung Frauen	Früherkennung Kinder
1.100	-	5	-	-
Gesundheitsunters.	Empfängnisreg., Steril., Schw.-Abbr.	Impfleistungen	Onkologische Leistungen	Psychotherapie
34	-	358	-	-

2	1	3	4	5	6	7	8	9
GOP	Fallzahl	Häufigkeit	Honoraranforderung	Häufigkeit auf 100 Fälle	Häufigkeit der Vergleichsgruppe auf 100 Fälle	Anzahl Betriebsstätten	Abweichung ggü. der Vergleichsgr. in %	Leistungsaufwend. der Vergleichsgruppe je Fall
Arztgruppenübergr. allgem. Leistung o. Substitution								
01100	1.100	40	7.840,0	3,64	0,79	382	360,76	1,55
01410	1.100	100	21.200,0	9,09	2,73	1.134	232,97	5,78
01411	1.100	11	5.159,0	1,00	0,38	571	163,16	1,77
01412	1.100	2	1.252,0	0,18	0,38	426	-52,63	2,40
01413	1.100	7	742,0	0,64	4,83	936	-86,75	5,12
01430	1.100	30	360,0	2,73	7,77	589	-64,86	0,93
01434	1.100	6	390,0	0,55	12,80	735	-95,70	8,32
01435	1.100	4	352,0	0,36	2,35	610	-89,25	2,95
.....								
			10 53.805,0					36,91
.....								
Früherkennung Männer								
01731	5	3	432,0	60,00	50,47	702	18,88	72,67
01745	5	2	506,0	40,00	26,62	526	50,26	67,23
			938,0					139,90
DMP								
90321	1.100	35	743,75	3,18	9,18	1.134	-65,36	1,95
90325	1.100	23	230,00	2,09	8,20	1.144	-74,51	0,82
90510	1.100	1	25,00	0,09	0,18	771	-50,00	0,05
90511	1.100	5	50,00	0,45	2,23	1.087	-79,82	0,22
90511D	1.100	5	25,00	0,45	2,02	1.072	-77,72	0,10
			797,50					3,14
Laborausnahmeziffern								
32006	1.100	44	0,00000	4,00	4,41	974	-9,30	0,00
32015	1.100	26	0,00000	2,36	2,66	1.152	-11,28	0,00
32021	1.100	1	0,00000	0,09	0,85	169	-89,41	0,00

Enthalten sind nur die Vertragskassen (Primär- und Ersatzkassen)

Weitere Informationen zum Thema Wirtschaftlichkeitsprüfung: Abt. Grundsätze Wirtschaftlichkeit,
Email: GruWi@kvno.de

Nachweis über alle EBM- / SGB V-basierten Begrenzungen – Muster 7

Bestimmte Leistungen wie z.B. der Laborwirtschaftlichkeitsbonus (GOP 32001), das hausärztliche Gespräch (GOP 03230) oder Zuschlag zur Videosprechstunde (GOP 01450) unterliegen laut EBM einer Mengenbegrenzung, wodurch sich ggf. eine Quote unter 100% ergeben kann. Diese Quote entspricht nicht zwingend dem Auszahlungsbetrag für die jeweilige Leistung, da zusätzlich zu der EBM-Begrenzung noch weitere Budgetierungen (RLV/QZV) oder Kontingentierung greifen können. Praxen im Jobsharing Modell unterliegen darüber hinaus einer Gesamtpunktzahlbegrenzung (§101 SGB V).

Erläuterungen zu den einzelnen Feldern

- 1** Abgerechnete Leistung, die einer EBM-basierten Mengenbegrenzung unterliegt.
- 2** Der tatsächlich abgerechnete Leistungsbedarf in Punkten oder Euro.
- 3** Der anerkannte Leistungsbedarf kann abweichen, falls die im EBM vorgegebene Obergrenze überschritten wurde.
- 4** Das prozentuale Verhältnis entspricht der Anerkennungsquote in Prozent. Eine Quote unter 100% bedeutet eine Leistungskürzung.
- 5** SGB V-basierte Mengenbegrenzung der abgerechneten Gesamtpunktzahlen betrifft nur Praxen im Jobsharing (siehe dazu *Nachweis Jobsharing - Muster 10*).

NACHWEIS ÜBER ALLE EBM- / SGB V-BASIERTEN BEGRENZUNGEN

Einige Leistungen unterliegen einer im EBM oder SGB V definierten Obergrenze.

Sofern diese Obergrenze überschritten wurde, können abgerechneter und anerkannter Leistungsbedarf voneinander abweichen.

Nachfolgend sind der abgerechnete und der anerkannte Leistungsbedarf sowie das prozentuale Verhältnis zueinander für entsprechende Leistungsbereiche dargestellt.

Leistungsbereich	abgerechneter Leistungsbedarf in Punkten / Euro	anerkannter Leistungsbedarf in Punkten / Euro	prozentuales Verhältnis
EBM	2	3	4
Gesprächsziffern	10.240,0	10.240,0	100,00 %
Laborwirtschaftlichkeitsbonus*	18.067,3	0,0	0,00 %
SGB V	5		4
JobSharing *	707.344,1	707.344,1	100,00 %

* nähere Informationen: siehe entsprechender Abrechnungsnachweis

Nachweis der Honorarbestandteile der sonstigen Kostenträger – Muster 8

Neben den Vertragskrankenkassen (Primär- und Ersatzkassen) gibt es die s.g. sonstigen und besonderen Kostenträger. Dazu gehören z. B. Asyl- und Sozialämter, Polizei, Bundeswehr, Postbeamtenkasse A, Sozialversicherungsabkommen (SVA) etc. Dieser Nachweis zeigt alle abgerechneten Gebührenordnungspositionen je Kostenträger und die daraus erwirtschafteten Honorare der Praxis. Die Vergütung der Leistungen erfolgt hier zu festen Preisen ohne Budgetierung (RLV/QZV) oder Kontingentierung.

Erläuterungen zu den einzelnen Feldern

- 1** Die von der Praxis abgerechneten Gebührenordnungspositionen (GOP) werden in Leistungsbereiche je Kostenträger angezeigt
- 2** Fallzahl der Praxis, gesamt und je Kostenträger
- 3** Häufigkeit der jeweiligen abgerechneten GOP, nach Prüfung und ggf. Korrektur durch das Regelwerk.
- 4** Der Leistungsbedarf nach EBM ergibt sich aus der Multiplikation der Bewertung der jeweiligen GOP in Punkten oder in Euro mit der Häufigkeit nach Punkt **3**.
- 5** Für die Vergütung der Leistungen ist entweder die Quote in Prozent oder der Orientierungspunktwert (OPW) bzw. ein vom OPW abweichender Punktwert relevant.
- 6** Durch die Multiplikation des Leistungsbedarfes nach Punkt **4** mit dem Punktwert bzw. Quote nach Punkt **5** ergibt sich das Honorar je GOP.
- 7** Zwischensumme des Honorars je Kostenträger. Die Beträge sind auf dem *Quartalskonto/Abrechnungsbescheid (Muster 1)* noch einmal aufgeführt.
- 8** Honorarsumme über alle sonstigen bzw. besonderen Kostenträger

NACHWEIS DER HONORARBESTANDTEILE DER SONSTIGEN KOSTENTRÄGER

1	2	3	4	5	6
GOP	Fallzahl	Häufigkeit	Leistungsbedarf EBM	Quote/Punktwert	Honorar
Summe Honorar über alle sonstigen Kostenträger	3			8	153,94 €
1	2				
Summe Postbeamten A (PBK)	1				7 81,74 €
Postbeamte Labor					
32001D		1	15,0	20,44870	3,07 €
Postbeamte übrige Leistungen					
13212		1	392,0	21,01590	41,20 €
13227			9,0	21,01590	1,89 €
13250		1	151,0	21,01590	31,73 €
Euro-Leistungen					
32030		1	0,50	100,00000	0,50 €
32135		1	1,55	100,00000	1,55 €
88122		2	1,80	100,00000	1,80 €
Summe Polizei (POL)	2				7 72,20 €
Zusatzpauschale im Zusammenhang mit der GOP 32779 oder 32816					
02402		1	73,0	11,12440	8,12 €
OPW-Leistungen					
03003		1	114,0	11,12440	12,68 €
03004		1	148,0	11,12440	16,46 €
03040		2	276,0	11,12440	30,70 €
32001F		2	38,0	11,12440	4,23 €

MUSTER

Nachweis Laborwirtschaftlichkeitsbonus – Muster 9

Der Laborwirtschaftlichkeitsbonus honoriert die wirtschaftliche Durchführung und/oder Veranlassung von laboratoriumsmedizinischen Leistungen des Kapitels 32 EBM (Allgemeine und spezielle Laborleistungen).

Erläuterungen zu den einzelnen Feldern

- 1** Der potentielle Laborwirtschaftlichkeitsbonus wird für die gesamte Praxis in Punkten ausgewiesen. Die Wirtschaftlichkeit der Erbringung und Veranlassung der Laborleistungen wird dabei durch einen Wirtschaftlichkeitsfaktor (1.02) ausgedrückt. Dem Punkt 1.03 ist zu entnehmen, in welcher Höhe der Laborwirtschaftlichkeitsbonus ausgezahlt wird oder ob dieser gänzlich entfällt.
- 2** Der Laborbonus wird von der KVNO als GOP 32001 je Behandlungsfall automatisch zugesetzt. Es zählen alle Behandlungsfälle mit mindestens einer Versicherten- oder Grundpauschale der Kapitel 3, 4, 7 bis 11, 13, 16 bis 18, 20, 21, 26, 27 oder 30.7 EBM. Die Bewertung der GOP 32001 ist fachgruppenspezifisch und im Kap. 32.1 EBM definiert. In fachungleichen Praxen wird die Bewertung der GOP 32001 unter Berücksichtigung der jeweiligen Arztfälle gewichtet (siehe Punkt **7**).
- 3** Für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit werden im ersten Schritt die von der Praxis (je LANR) eigenerbrachten und veranlassten Laborleistungen nach Kap. 32 EBM addiert. Nicht eingerechnet werden die Kosten der Laboruntersuchungen, die unter die indikationsbezogene Kennnummern-Regelung (GOP 32004 bis 32024) fallen. Auftragsleistungen sowie präventive Laboruntersuchungen bleiben ebenfalls unberücksichtigt.
- 4** Der praxisindividuelle (Labor)-Fallwert (Punkt 4.03) zeigt die durchschnittlichen Laborkosten der Praxis je Behandlungsfall. Dafür werden die Laborkosten der Praxis (Punkt 3.02) durch die Anzahl der Behandlungsfälle, zuzüglich ggf. selektivvertragliche Fälle (Punkt 4.02), dividiert.
- 5** Der praxisindividuelle Fallwert (Punkt 4.03) wird mit dem unteren und oberen Fallwert der Fachgruppe ins Verhältnis gesetzt - Diese sind im Kap. 32.1 EBM je Fachgruppe festgelegt. In fachungleichen Praxiskonstellationen müssen mehrere fachgruppenspezifische Fallwerte berücksichtigt werden. Dazu werden Fallwerte unter Berücksichtigung der jeweiligen Arztfälle gewichtet (siehe Punkt **7**).
- 6** Der Wirtschaftlichkeitsfaktor wird wie folgt ermittelt:
 - Faktor 1: Praxisindividueller Fallwert \leq unterer Fallwert (**Bonus in voller Höhe**)
 - Faktor 0: Praxisindividueller Fallwert \geq oberer Fallwert (**Bonus entfällt**)
 - Faktor X: Oberer Fallwert $>$ Praxisindividueller Fallwert $>$ unterer Fallwert (**Bonus anteilig**)
Faktor X = $(\text{oberer Fallwert} - \text{praxisindividueller Fallwert}) / (\text{oberer} - \text{unterer Fallwert})$

Quelle: Kap. 32.1 EBM

NACHWEIS LABORWIRTSCHAFTLICHKEITSBONUS

Für die wirtschaftliche Erbringung und Veranlassung von laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen wird die Gebührenordnungsposition (GOP) 32001 einmal im Behandlungsfall, in dem mindestens eine Versicherten-, Grund- und / oder Konsiliarpauschale der Kapitel 3, 4, 7 bis 11, 13, 16 bis 18, 20, 21, 26, 27 oder 30.7 EBM abgerechnet wird, vergütet.

Die Wirtschaftlichkeit der Erbringung und Veranlassung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen wird dabei durch einen Wirtschaftlichkeitsfaktor ausgedrückt.

1

1.01	Leistungsbedarf der GOP 32001 Ihrer Praxis vor Anwendung des Wirtschaftlichkeitsfaktors (2.03)	18.067,3
1.02	Wirtschaftlichkeitsfaktor Ihrer Praxis (6.05)	0,0000
1.03	Leistungsbedarf der GOP 32001 Ihrer Praxis nach Anwendung des Wirtschaftlichkeitsfaktors (1.01 * 1.02)	0,0

Der Leistungsbedarf vor Anwendung des Wirtschaftlichkeitsfaktors errechnet sich dabei durch Multiplikation der praxisindividuellen Bewertung der GOP 32001 mit der Anzahl der Behandlungsfälle, in denen eine Pauschale der Kapitel 3, 4, 7 bis 11, 13, 16 bis 18, 20, 21, 26, 27 oder 30.7 EBM abgerechnet wird.

2

2.01	Anzahl der Behandlungsfälle	1.054
2.02	Bewertung der GOP 32001 Ihrer Praxis (siehe Tabelle zur Ermittlung der Bewertung der GOP 32001)	17,1
2.03	Leistungsbedarf der GOP 32001 Ihrer Praxis vor Anwendung des Wirtschaftlichkeitsfaktors (2.01 * 2.02)	18.067,3

Zur Berechnung des Wirtschaftlichkeitsfaktors ist es im ersten Schritt notwendig den (Labor-)Fallwert Ihrer Praxis zu bestimmen.

3

	LANR	Laborleistungen Kap. 32 EBM	davon zur Berechnung des Fallwertes nicht anzurechnen	davon zur Berechnung des Fallwertes anzurechnen	
3.01	xxxxxxxxx	veranlasst	4.921,76 €	214,32 €	4.707,44 €
3.01	xxxxxxxxx	eigenerbracht	67,25 €	21,70 €	45,55 €
3.01	yyyyyyyyy	veranlasst	1.751,20 €	97,70 €	1.653,50 €
3.01	yyyyyyyyy	eigenerbracht	82,30 €	4,65 €	77,65 €
3.02		Summe	6.822,51 €	338,37 €	6.484,14 €

4

4.01	Anzahl selektivvertraglicher Fälle	0
4.02	Anzahl der Fälle für die Berechnung des praxisindividuellen Fallwertes (2.01 + 4.01)	1.054
4.03	praxisindividueller Fallwert (3.02 / 4.02)	6,15 €

Im nächsten Schritt erfolgt der Vergleich des Fallwertes Ihrer Praxis mit den begrenzenden Fallwerten Ihrer Fachgruppe.

(siehe Tabelle zur Ermittlung des unteren / oberen Fallwertes Ihrer Praxis)

5		
5.01	unterer begrenzender Fallwert	1,41 €
5.02	oberer begrenzender Fallwert	4,17 €

Die Höhe des Wirtschaftlichkeitsfaktors ergibt sich jetzt aus der folgenden Fallunterscheidung:

6		Wirtschaftlichkeitsfaktor
6.01		
6.02	praxisindividueller Fallwert (4.03) < unterer begrenzender Fallwert (5.01)	1
6.03	praxisindividueller Fallwert (4.03) > oberer begrenzender Fallwert (5.02)	0
6.04	in sonstigen Fällen	(5.02 - 4.03) / (5.02 - 5.01)
6.05	Für Ihre Praxis trifft der Fall 6.03 zu. Der Wirtschaftlichkeitsfaktor beträgt demnach	0,0000

Ermittlung der Bewertung der GOP 32001 und des unteren / oberen begrenzenden Fallwertes Ihrer Praxis.

7		
Bewertung der GOP 32001 Ihrer Praxis – (Spalte 1 * Spalte 4) / Summe der Pauschalen		17,1
unterer begrenzender Fallwert Ihrer Praxis – (Spalte 2 * Spalte 4) / Summe der Pauschalen		1,41 €
oberer begrenzender Fallwert Ihrer Praxis – (Spalte 3 * Spalte 4) / Summe der Pauschalen		4,17 €

Pauschalen	Bemerkung	Bewertung GOP 32001 (1)	unterer begrenzender Fallwert (2)	oberer begrenzender Fallwert (3)	Häufigkeit der Pauschale (4)
Summe der Pauschalen					1.186
03001 bis 03005 und 03030		19	1,60 €	3,80 €	635
13210 bis 13212		15	1,20 €	4,60 €	551

Praxis Dr. Mustermann

3/2021

Seite 2 von 2

7 Ermittlung der Bewertung der GOP 32001 und der unteren / oberen Fallwerte bei fachgleichen Praxen (BAG, MVZ etc.):

GOP 32001:

(Bonus Arztgruppe 1 x Grundpauschalen LANR 1 + Bonus Arztgruppe 2 x Grundpauschalen LANR 2) / Summe aller Grundpauschalen

Unterer Fallwert:

(Unterer Fallwert Arztgruppe 1 x Grundpauschalen LANR 1 + Unterer Fallwert Arztgruppe 2 x Grundpauschalen LANR 2) / Summe aller Grundpauschalen

Oberer Fallwert:

(Oberer Fallwert Arztgruppe 1 x Grundpauschalen LANR1 + Oberer Fallwert Arztgruppe 2 x Grundpauschalen LANR 2) / Summe aller Grundpauschalen

Nachweis Jobsharing – Muster 10

Diese Unterlage erhalten nur Praxen, die im Kooperationsmodell Jobsharing sind. Die Unterlage zeigt unter Berücksichtigung der besonderen Regelungen des Jobsharings, ob die Praxis Leistungen unterhalb oder oberhalb der in diesem Zusammenhang festgelegten Punktzahlobergrenze erbracht hat und ob eine Kürzung der Punktzahlen erfolgen musste bzw. ein Punkteguthaben besteht.

Was ist Jobsharing?

Ist ein Planungsbereich aufgrund einer festgestellten Überversorgung für eine Niederlassung gesperrt, gibt es die Möglichkeit, die vertragsärztliche Tätigkeit im Rahmen eines Jobsharings gemeinsam auszuüben. Um ein außerordentliches Wachstum zu verhindern, wird im Jobsharing der abrechenbare Leistungsumfang in Punkten gedeckelt.

Erläuterungen zu den einzelnen Feldern

- 1** Für die Ermittlung der quartalsbezogenen Punktzahlobergrenze sind die durchschnittliche Leistungsmenge der Fachgruppe in Punkten (1.02), die Anzahl der Ärzte/Psychotherapeuten in der Praxis (1.03) und der praxisindividuelle Anpassungsfaktor (1.04) relevant. Der Anpassungsfaktor stellt eine Relation der von der Praxis abgerechneten Leistungsmenge vor dem Jobsharing-Zeitraum und dem Fachgruppenschritt dar. Dadurch wird gewährleistet, dass beim steigenden Fachgruppenschritt die Jobsharing-Praxis ebenfalls wachsen darf. Der Anpassungsfaktor kommt ab dem zweiten Leistungsjahr zum Einsatz.
- 2** Im Falle der Unterschreitung der Punktzahlobergrenze im Vorquartal, wird eine Punktegutschrift für das Folgequartal gebildet (1.06), die die zulässige Höchstpunktzahl für das Folgequartal erhöht (1.07) und somit eine höhere Leistungsabrechnung erlaubt.
- 3** Die von der Praxis erbrachte Leistungsmenge (ausschließlich EBM-Leistungen in Punkten) wird der Punktzahlobergrenze (1.07) gegenübergestellt. Kosten nach Kap. 32, 40 EBM, Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung, EVA-Zuschläge, TSS-Zuschläge, Leistungen nach den Sonderverträgen und Impfungen sind hierfür nicht relevant.
- 4** Im Falle der Unterschreitung (2.03) ergibt sich eine Punktegutschrift für das Folgequartal (3.02). Bei einer Überschreitung der Punktzahlobergrenze (2.02) werden die darüber hinaus erbrachten Leistungen als Punkte gekürzt (3.01).

Quelle: Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (§101 Abs. 1 Nr. 4 u. Nr. 5 und §101 Abs. 3), die Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) §32b und die Bedarfsplanungsrichtlinie §§40 ff.

NACHWEIS JOBSHARING

1. Ermittlung Ihrer Punktzahlobergrenze (ab dem 5. Quartal auf Basis des Anpassungsfaktors)

Ab dem zweiten Leistungsjahr wird der jeweilige Anpassungsfaktor mit dem Punktzahlvolumendurchschnitt der Fachgruppe und der Anzahl der in Ihrer Praxis tätigen Ärzte (nach Tätigkeitsumfang) multipliziert und ergibt die quartalsbezogene "Punktzahlobergrenze nach Anpassungsfaktor" für Ihre Praxis.

1.01	Jobsharing-Praxis seit		Jahr/Quartal
1.02	Punktzahldurchschnitt (je Arzt) der Fachgruppe		371.598,4
1.03	Anzahl der abrechnenden Ärzte in der Praxis (nach Tätigkeitsumfang)		1,00
1.04	Anpassungsfaktor gemäß Mitteilung	1	1,601744
1.05	angepasstes Punktzahlvolumen der Praxis (1.02 * 1.03 * 1.04)		595.205,5
1.06	Unterschreitung aus Vorquartal	2	641.951,2
1.07	zulässige Höchstpunktzahl gem. Zulassung bzw. gem. 1.05 (plus Unterschreitung aus Vorquartal)		1.237.156,7

Hinweis: Die Punktzahlobergrenze nach Anpassungsfaktor kommt nur dann zur Anwendung, wenn sie oberhalb der Punktzahlobergrenze gemäß Jobsharing-Zulassung liegt.

2. Ermittlung der Über- / Unterschreitung

Indem der angeforderte Leistungsbedarf gegen die zulässige Höchstpunktzahl gehalten wird, ergibt sich eine Über- / oder Unterschreitung.

2.01	angeforderter Leistungsbedarf der Vertragskassen (in Punkten)	3	707.344,1
2.02	Überschreitungspunktzahl (2.01 - 1.07)		
2.03	Unterschreitungspunktzahl (1.07 - 2.01)		529.812,6

3. Ermittlung der Kürzung / Ermittlung des Punktzahl Guthabens für das Folgequartal

Überschreiten Sie Ihre maximal abrechenbare Punktzahlobergrenze werden Leistungen gekürzt. Eine eventuelle Unterschreitung wird Ihrer Praxis im Folgequartal gutgeschrieben.

3.01	Ermittlung der Kürzung in % (2.02 / 2.01 * 100)		-
3.02	Guthaben für das Folgequartal (in Punkten) (-der niedrigere Wert aus 2.03 und (1.07 abzüglich 1.06))	4	529.812,6

Nachweis zur Berechnung der Quote für die Strukturzuschläge Psychotherapie – Muster 11

Praxen, die Leistungen der Psychotherapie (Kap. 35.2 EBM) oder der neuropsychologischen Therapie (Kap. 30.11 EBM) abrechnen, erhalten ab einer bestimmten Auslastung einen Strukturzuschlag auf ihre Therapieleistungen. Der Strukturzuschlag wird je Therapeutin bzw. Therapeut entsprechend dem Tätigkeitsumfang berechnet (Jobsharing ausgenommen).

Erläuterungen zu den einzelnen Feldern

- 1** Der auszahlungsrelevante Strukturzuschlag wird in Punkten und in Euro ausgewiesen (Punktzahl x Orientierungspunktwert).
- 2** Der Tätigkeitsumfang laut Zulassung bzw. Anstellung je LANR wird wie folgt definiert:
 - Faktor 1: Voller Tätigkeitsumfang bzw. 31 bis 40 St/Woche
 - Faktor 0,5: Häftiger Tätigkeitsumfang bzw. 11 bis 20 St/Woche
 - Faktor 0,25: bis 10 St/Woche
- 3** Die KV Nordrhein setzt die Strukturzuschläge als GOP 35571 bis 35573 zunächst zu allen abgerechneten Leistungen der psychotherapeutischen Sprechstunde (GOP 35151), Akutbehandlung (GOP 35152), Einzel-/Gruppenpsychotherapie (Kap. 35.2.1 und 35.2.2) gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung (GOP 35173 bis 35179) und der neuropsychologischen Therapie (GOP 30932, 30933) zu. Der Bruttowert des Strukturzuschlages wird als Summe in Punkten abgebildet.
- 4** Der Strukturzuschlag wird gezahlt, wenn im Quartal eine bestimmte Mindestpunktzahl für die unter Punkt **3** genannten Leistungen erreicht wird. Diese von der Praxis abgerechnete Leistungsmenge aus dem Kap. 35 und 30.11 EBM wird hier ausgewiesen.
- 5** Die erforderliche Mindestpunktzahl liegt bei einem vollen Tätigkeitsumfang bei 182.084,0 Punkten/Quartal. Für die Therapiestunden vor dem Erreichen der Mindestpunktzahl wird kein Strukturzuschlag gezahlt.
- 6** Der Strukturzuschlag wird in voller Höhe zugesetzt, bis die im Quartal abgerechnete Gesamtpunktzahl der unter Punkt **3** genannten Leistungen das Volumen von 364.168 Punkten erreicht hat. Danach wird der Strukturzuschlag in halber Höhe vergütet, bis eine Maximalpunktzahl von 424.862,0 Punkten (voller Tätigkeitsumfang) erreicht ist. Für die Therapiestunden nach Überschreitung der Maximalpunktzahlen wird kein Strukturzuschlag mehr gezahlt. Die o.g. Mindest- und Maximalpunktzahlen werden bei reduziertem Tätigkeitsumfang entsprechend angepasst (vergl. Punkt **2**).
- 7** Im letzten Schritt wird eine Quote ermittelt, die für die Auszahlung des Strukturzuschlages relevant ist. Die Quote wird wie folgt berechnet: $(2.01 - 2.02) / 2.01$. Liegt die Punktzahl nach 2.01 über dem Volumen von 364.168 Punkten, so wird die Differenz zu 2.01 mit Faktor 0,5 berücksichtigt. Der unter Punkt **3** ausgewiesene Bruttowert des Strukturzuschlages wird mit der Quote multipliziert und ergibt den auszahlungsrelevanten Wert (siehe Punkt **1**). Diese Quote wird ebenfalls für die Fälle der sonstigen und besonderen Kostenträger angewandt.

NACHWEIS ZUR BERECHNUNG DER QUOTE FÜR DIE STRUKTURZUSCHLÄGE PSYCHOTHERAPIE

Leistungsbedarf Strukturzuschläge nach Anwendung der Quote	42.088,8
Strukturzuschlag in EURO	4.836,64 €

Im Rahmen des Jobsharings erbrachte Leistungen werden dem anstellenden Arzt zugeordnet.

1. Daten aus der Abrechnung

	LANR	Tätigkeitsumfang	LANR des anstellenden Arztes	Leistungsbedarf Strukturzuschläge vor Anwendung der Quote	Leistungsbedarf Kap. 35.2 EBM
1.01	xxxxxxxx	1,00	-	101.092,0	510.232,0

2. Berechnung der Quote gem. EBM unter Berücksichtigung des Tätigkeitsumfangs

Der Strukturzuschlag wird nur bis zu einer festgelegten Maximalpunktzahl (siehe Kap 35.2 EBM Absatz 4 und 5) gewährt.

2.01	Leistungsbedarf Kap. 35.2 EBM	510.232,0
2.02	Arztbezogene Mindestpunktzahl (unter Berücksichtigung des Tätigkeitsumfangs)	182.084,0
2.03	Arztbezogene Maximalpunktzahl (unter Berücksichtigung des Tätigkeitsumfangs)	424.862,0
2.04	Quote in %	41,6342

Quelle: Kap. 35.2 Abs. 2 bis 5 EBM

Nachweis über die Abstufung der Dialysepauschalen – Muster 12

Die Vergütung der Dialysesachkosten (GOP 40823 und 40824 EBM) erfolgt nach der Anzahl der Dialysewochen je Betriebsstätte bzw. Nebenbetriebsstätte und je Quartal in vier Preisstufen. Eine Dialysewoche ist definiert als eine abgerechnete Kostenpauschale nach der GOP 40823 oder als drei abgerechnete Kostenpauschalen nach der GOP 40824.

Erläuterungen zu den einzelnen Feldern

- 1** Der Nachweis wird je Betriebsstätte bzw. Nebenbetriebsstätte erstellt.
- 2** Die abgerechneten GOP 40823 und 40824 werden als Erstes in Dialysewochen umgerechnet: Häufigkeit der GOP 40823 + (Häufigkeit der GOP 40824 geteilt durch drei).
- 3** Die nach Punkt **2** ermittelten Dialysewochen werden in vier Stufen eingeteilt (siehe Kap. 40.14 Abs. 3 Nr. 1 des EBM). Da die GOP 40823 und 40824 unterschiedliche Bewertungen haben, wird hier die Anzahl der GOP 40823 bzw. 40824 anteilig je Preisstufe abgebildet, z.B.:
$$\begin{aligned} \text{Anzahl der GOP 40823 Stufe 1} &= (650 / 1.735 \times 1.652 = 618,84) \\ \text{Anzahl der GOP 40824 Stufe 2} &= (650 / 1.735 \times 250 = 93,65) \end{aligned}$$
- 4** Die Vergütung für die GOP 40823 erfolgt in vier Preisstufen: Stufe 1 = 485,80€, Stufe 2 = 466,30€, Stufe 3 = 417,50€, Stufe 4 = 398,00€. Die anteilige Anzahl der GOP 40823 (siehe Punkt **3**) wird multipliziert mit der Bewertung je Preisstufe und ergibt das Honorar je Preisstufe, Honorar als Summe und durchschnittliches Honorar je GOP 40823.
- 5** Erbringen unabhängige Dialyseeinrichtungen Leistungen nach Kap. 40.14. EBM in derselben Örtlichkeit (Praxisgemeinschaften), so werden die Honorare für die Kostenpauschalen 40823 und 40824 mit einem Abschlag in Höhe von 5% versehen.
- 6** Die Vergütung für die GOP 40824 erfolgt in vier Preisstufen: Stufe 1 = 161,90€, Stufe 2 = 155,40€, Stufe 3 = 139,20€, Stufe 4 = 132,70€. Die anteilige Anzahl der GOP 40824 (siehe Punkt **3**) wird multipliziert mit der Bewertung je Preisstufe und ergibt das Honorar je Preisstufe, Honorar als Summe und durchschnittliches Honorar je GOP 40824.
- 7** Honorarsumme für beide Sachkostenpauschalen 40823 und 40824 (5.03 + 7.03)

Quelle: Kap. 40.14 EBM

NACHWEIS ÜBER DIE MENGENBEZOGENE ABSTUFUNG DER WOCHEN- UND EINZELPAUSCHALEN

Nur im KVNO-Portal
abrufbar

Standort:

BSNR / NBSNR: **1** 24000000

1.01	Häufigkeit der GOP 40823	1.652
1.02	Häufigkeit der GOP 40824	250
2.	Anzahl der Dialysewochen (1.01 + 1.02 / 3) 2	1.735,3

3.	Dialysewochen je Stufe	Anzahl Dialysewochen	Anteil	Anzahl GOP 40823 * Anteil	Anzahl GOP 40824 * Anteil
3.01	1. - 650. Dialysewoche	650,0	37,46 %	618,84	93,65
3.02	651. - 1300. Dialysewoche	650,0	37,46 %	618,84	93,65
3.03	1301. - 1950. Dialysewoche	435,3	25,08 %	414,32	62,70
3.04	ab 1951. Dialysewoche	-	-	-	-
3.05	Summe	1.735,3	100,00 %	1.652,00	250,00

4.	4 Vergütung für die GOP 40823			
	Preisstufe	Anteilige Anzahl GOP 40823	Bewertung je Preisstufe	Honorar (Anzahl * Bewertung)
4.01	1. - 650. Dialysewoche	618,84	485,80 €	300.632,47 €
4.02	651. - 1300. Dialysewoche	618,84	466,30 €	288.565,09 €
4.03	1301. - 1950. Dialysewoche	414,32	417,50 €	172.978,60 €
4.04	ab 1951. Dialysewoche	-	398,00 €	-
4.05	Summe	1.652,00	-	762.176,16 €
5.01	durchschnittliches Honorar für die GOP 40823 (4.05 / 1.01)			461,37 €

Liegt eine gemeinsame Nutzung der apparativen Ausstattung mit anderen Praxen / Praxisteilnehmern vor? **5** Nein

5.02	durchschnittliches Honorar für die GOP 40823 abzüglich eines Abschlags von 5%	-
5.03	Dialysesachkosten 40823 ((5.01 bzw. 5.02) * 1.01)	762.176,16 €

6.	6 Vergütung für die GOP 40824			
	Preisstufe	Anteilige Anzahl GOP 40824	Bewertung je Preisstufe	Honorar (Anzahl * Bewertung)
6.01	1. - 650. Dialysewoche	93,65	161,90 €	15.161,94 €
6.02	651. - 1300. Dialysewoche	93,65	155,40 €	14.553,21 €
6.03	1301. - 1950. Dialysewoche	62,70	139,20 €	8.727,84 €
6.04	ab 1951. Dialysewoche	-	132,70 €	-
6.05	Summe	250,00	-	38.442,99 €
7.01	durchschnittliche Bewertung für die GOP 40824 (6.05 / 1.02)			153,77 €

Liegt eine gemeinsame Nutzung der apparativen Ausstattung mit anderen Praxen / Praxisteilnehmern vor? **5** Nein

7.02	durchschnittliches Honorar für die GOP 40824 abzüglich eines Abschlags von 5%	-
7.03	Dialysesachkosten 40824 ((7.01 bzw. 7.02) * 1.02)	38.442,99 €
8.01	Dialysesachkosten 40823 und 40824 (5.03 + 7.03) 7	800.619,15 €

Abrechnungsprofil TSVG – Muster 13

Im Rahmen des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) sollen gesetzlich versicherte Patienten einen schnelleren Termin bei Ärzten oder Psychotherapeuten bekommen. Es gibt folgende TSVG-Konstellationen mit extrabudgetärer Leistungsvergütung: Terminvermittlung durch die Terminservicestellen (TSS-Terminfall), TSS-Akutfall, Hausarztvermittlungsfall und Offene Sprechstunde durch die grundversorgenden Fachärzte. In diesem Dokument werden die Honorare der jeweiligen TSVG-Gruppen erläutert.

Erläuterungen zu den einzelnen Feldern

- 1** Das Gesamthonorar für alle TSVG-Fälle der Praxis
- 2** Die jeweilige TSVG-Konstellation je Arztgruppe: Patientenzahl, Leistungsübersicht je GOP und Häufigkeit sowie das erwirtschaftete Honorar je GOP.
- 3** Die Vergleichswerte in der Arztgruppe: Durchschnittliche Patientenzahl und Honorar je KV-Sitz in Nordrhein, in absoluten Zahlen und in Prozentwerten.

Nur im KVNO-Portal
abrufbar

Abrechnungsprofil TSVG 3/2021		1
Honorar über alle TSVG-Fälle der Praxis	5.126,16 €	Durchschnittswerte der Vergleichsgruppe auf Basis der RLV-Arztgruppe Prozentuale Abweichung der RLV-Arztgruppe der Praxis vom Ø der Vergleichsgruppe

TSVG-Konstellation X (Vermittlungsart Y)		5.126,16 €						
		2				3		
Arztgruppe	Anzahl Patienten	GOP	Häufigkeit	Honorar	Ø Anzahl Patienten (skaliert auf einen Arzt)	Ø Honorar (skaliert auf einen Arzt)	Abw. Anzahl Patienten vom Durchschnitt der RLV-AG in % (skaliert auf einen Arzt)	Abw. Honorar vom Durchschnitt der RLV-AG in % (skaliert auf einen Arzt)
FA Innere Medizin								
Gesamt FA Innere Medizin	88			3.409,54 €	160	8171,50 €	-45,00 %	-58,28 %
	01434B		5	36,15 €				
	01435		1	9,79 €				
	13211		67	1.371,42 €				
	13212		19	414,27 €				
	13220		47	274,37 €				
	13250		37	571,52 €				
	13400		3	23,02 €				
	33012		3	25,70 €				

Quelle: [TSVG | KV Nordrhein](#)

Liste aller Regelwerksaktionen (Regelwerksprotokoll) – Muster 14

Im Regelwerksprotokoll sind alle maschinell erfolgten Streichungen bzw. Korrekturen von Leistungen je Patient abgebildet. Die abgesetzten Leistungen sind nicht honorarwirksam und erscheinen daher nicht in den übrigen Abrechnungsunterlagen. Ein Regelwerksprotokoll wird auch im Rahmen einer Testabrechnung generiert. Somit können die möglichen Fehler im Vorfeld behoben werden.

Das Regelwerksprotokoll gibt Hinweise beispielsweise auf

- Gebührenordnungspositionen, die laut EBM nicht nebeneinander abgerechnet werden dürfen
- Fehlende individuelle Genehmigungen für abgerechnete Leistungen oder fehlende Diagnosen
- Sondervertragsziffern, welche bei Krankenkassen abgerechnet werden, die nicht an dem entsprechenden Vertrag teilnehmen

Erläuterungen zu den einzelnen Feldern

- 1** Summe aller Absetzungen und Zusetzungen: In Punkten für punktebewertete EBM-Leistungen und in Euro für Leistungen, die nur eine Euro-Bewertung haben (z.B. Impfungen, Sonderverträge)
- 2** Hinweise werden je Patient und je abrechnende LANR angezeigt.
- 3** Für jede Leistung – abgebildet als GOP mit ihrem Wert in Punkten oder in Euro - wird die Streichung (-) bzw. Korrektur (+) unter „Begründung“ erläutert.

Liste aller Regelwerksaktionen

Kasse	BA	Name, Vorname	Lanr	GOP	Anzahl	Punkte	Euro	Begründung
			2			- 862,0	- 10,50€	3
02400/00	00	Patient A	xxxxxxxxxx	32880	1	-	0,50€	32880 nur 1x im BHF
02400/00	00	Patient B	xxxxxxxxxx	01435	1	- 88,0		01435 nur 1x im BHF
02400/00	00	Patient C	xxxxxxxxxx	90321	1	-	5,00€	Gesicherter ICD-Code lt. Kodierhilfe fehlt
02400/00	00	Patient D	xxxxxxxxxx	01732	1	- 326,0		90321 und 01732 nicht nebeneinander
02400/00	00	Patient E	xxxxxxxxxx	02100	1	- 7,0		LANR 00000000 – 02100 nicht praxiserlaubte Leistung
02400/00	00	Patient F	xxxxxxxxxx	90325	1	-	10,00€	Umsetzung ab 2. Folgedokumentation
02400/00	00	Patient F	xxxxxxxxxx	90325D	1	+	5,00€	Umsetzung ab 2. Folgedokumentation
02400/00	00	Patient G	xxxxxxxxxx	32176	1	- 381,0		Genehmigung fehlt für LANR: 000000000
insgesamt durchgeführte Absetzungen						- 862,0	- 15,50€	
insgesamt durchgeführte Zusetzungen						0,0	+ 5,00€	
Gesamtsumme						- 862,0	- 10,50€	

Nur im KVN-Portal
abrufbar

MUSTER

Ansprechpartner zu den Abrechnungsunterlagen

<p><u>Honorarunterlagen</u></p> <p>Support-Arzt abrechnung</p> <p>Email: Support.Arzt abrechnung@kvno.de</p> <p>0211/5970-79000</p>	<p><u>Raten- und Restzahlung</u></p> <p>Arztkontokorrent</p> <p>Email: AKK@kvno.de</p>	<p><u>Quartalsbilanzen</u></p> <p>Arznei- und Heilmittel Pharmakotherapieberatung</p> <p>Email: QB@kvno.de</p> <p>0211/5970-8111</p>
<p><u>Änderungen Arztregister</u></p> <p>Email: arztregister@kvno.de</p>	<p><u>Grundsätze der Wirtschaftlichkeit</u></p> <p>Email: GruWi@kvno.de</p>	<p><u>Serviceteams</u></p> <p>Düsseldorf 0211/5970-8888</p> <p>Köln 0221/7763-6666</p> <p>Email: service@kvno.de</p>

Erläuterung der Quartalsbilanzen Arznei- und Heilmittel

Zur Erläuterung und FAQ der Quartalsbilanz Arzneimittelverordnung: [Quartalsbilanz | KV Nordrhein](#)

Zur Erläuterung und FAQ der Quartalsbilanz Heilmittelverordnung: [Quartalsbilanz Heilmittel | KV Nordrhein](#)

Abkürzungsverzeichnis zu den Abrechnungsunterlagen

A

AAPV = Allgemeine Ambulante Palliativversorgung

ÄHW = Ärztliches Hilfswerk

AG = Arztgruppe

AKK = Arztkontokorrent

AMB = Ambulant

Amb. Op. = ambulantes Operieren

APK = Arzt-Patienten-Kontakt

AV = Allgemeinversicherte

B

BAG = Berufsausübungsgemeinschaft

BHF = Behandlungsfall

BMV-Ä = Bundesmantelvertrag der Ärzte

BPOL = Bundespolizei

BS = Betriebsstätte

BSNR = Betriebsstättennummer

BVG = Bundesversorgungsgesetz

BW = Bundeswehr

D

DHA = Diabetisch geschulter Hausarzt

DKM = Doppelkilometer

DMP = Disease-Management-Programme

DSP = Diabetologische Schwerpunktpraxis

E

EBM = Einheitlicher Bewertungsmaßstab

eGK = elektronische Gesundheitskarte

EP = Einzelpraxis

EKK = Ersatzkrankenkassen

EVA = Entlastende Versorgungsassistenz

F

FA = Facharzt

FG = Fachgruppe

G

GOÄ = Gebührenordnung der Ärzte

GOP = Gebührenordnungsposition

H

HA = Hausarzt

HKS = Hautkrebsscreening

HVM = Honorarverteilungsmaßstab

HZV = Hausarztzentrierte Versorgung

J

JS = Jobsharing

K

KBV = Kassenärztliche Bundesvereinigung

KV = Kassenärztliche Vereinigung

L

LANR = Lebenslange Arztnummer

M

MFA = Medizinische/r Fachangestellte/er

MGV = Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung

MUVO = Mutterschaftsvorsorge

MVZ = Medizinisches Versorgungszentrum

N

NBST = Nebenbetriebsstätte

O

OPS-Code = Operationen- und
Prozedurenschlüssel

OPW = Orientierungspunktwert

P

PBK = Postbeamtenkrankenkasse

PFG = Pauschale für Fachärztliche
Grundversorgung

PKK = Primärkrankenkassen

POL = Polizei

PT = Psychotherapie

PW = Punktwert

PZ = Punktzahl

Q

QZV = Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen

R

Rest-PW = Restpunktwert

RLV = Regelleistungsvolumen

RV = Rentenversicherte

S

SAPV = Spezialisierte Ambulante
Palliativversorgung

SGB V = Sozialgesetzbuch – Fünftes Buch

SHT = Sozialhilfeträger

SNR = Symbolnummer (für Leistungen nach
Sonderverträgen)

STAT = Stationär

SVA = Sozialversicherungsabkommen

T

TI = Telematikinfrastuktur

TSS = Terminservicestelle

TSVG = Termin-Service-Versorgungsgesetz

U

üBAG = Überörtliche
Berufsausübungsgemeinschaft

V

VKK = Vertragskrankenkassen

VV = Vertreterversammlung der KV Nordrhein

Z

ZA = Zulassungsausschuss

**Antrag auf detaillierte Darstellung
der Berechnung des Regelleistungsvolumens**

Sollten Sie schon einen Antrag gestellt haben, ist kein weiterer Antrag notwendig. Sie erhalten die Unterlagen automatisch. Für eine Berufsausübungsgemeinschaft ist ein erneuter Antrag erst bei einem Wechsel in der Zusammensetzung erforderlich.

Vertragsarztstempel:	
-----------------------------	--

Die Unterschrift(en) sind

bei Einzelpraxen vom Praxisinhaber,
bei MVZ vom ärztlichen Leiter oder Geschäftsführer und bei einer
BAG von allen Mitgliedern zu leisten.

Unterschrift(en)
