



## Die vertragsärztliche Abrechnung im Saarland



Kassenärztliche Vereinigung Saarland Körperschaft des öffentlichen Rechts

Europaallee 7- 9 66113 Saarbrücken

Telefon: 0681 99 83 70 Telefax: 0681 99 83 7-140

E-Mail: info@kvsaarland.de

Referent Dipl. Bwt. (FH) Rainer Warken Stv. Geschäftsführer

- 3. Saarländischer Medizinrechtstag
- **17. September 2016**

#### Inhalt



Elemente der Honorarberechnung

Abrechnungsweg und KV-Prüfungen

Sachlich-rechnerische Richtigstellung

Abrechnungsprüfung / Plausibilität

**Honorarberechnung (Budgets)** 

#### Elemente der Honorarberechnung



esamtgeldmenge

-eistungen der Ärzte



#### **EBM**

("€- Preisliste für ärztliche Leistung")

Gesamtvergütung (Honorarvertrag)



(Summe der von allen Kassen zu zahlenden Honorare)



#### Arzthonorar

"in Einklang bringen" von EBM-Leistungsanforderungen und zur Verfügung stehenden finanziellen Mitteln durch Umsetzung von Verteilungsregeln (meist Budgets)

Honorarverteilungsmaßstab der KVS

#### Abrechnungsweg und KV-Prüfungen





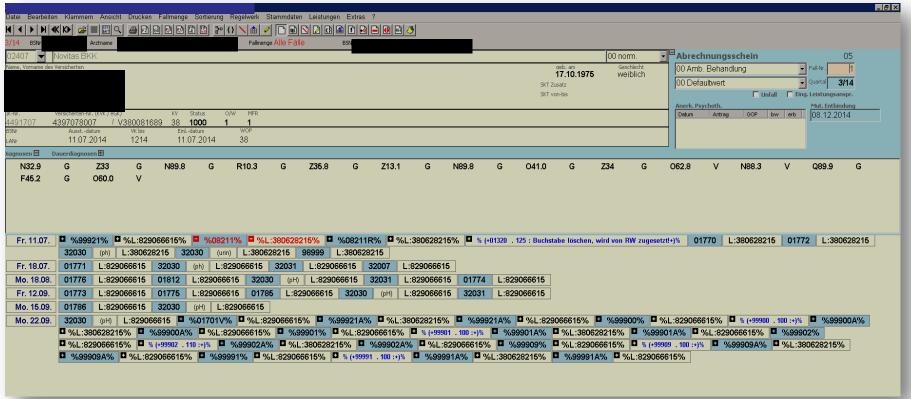
Abrechnungsdatei und Sammelerklärung



- 1. Sachlich-rechnerische Richtigstellung
- 2. Abrechnungsprüfung / Plausibilität
- 3. Berechnung Budgets und Honorare
- 4. Erteilung Honorarbescheid und Zahlung

### Abrechnungsbearbeitung der KV Saarland Inhalte der Abrechnungsdatei





### Abrechnungsbearbeitung der KV Saarland Sammelerklärung



#### Bedeutung der Sammelerklärung (§ 2 AB-RL der KVS)

(Vertragsarztstempel)



66113 Saarbrücken www.kvsaarland.de

SAMMELERKLÄRUNG
Zu der Abrechnung für das Quartal / 20

Die Abrechnung wurde leitungsgebunden (online) übertragen Anzahl der eingereichten Dateien angeben

Folgende Gesamtfallzahl wurde von mir zur Abrechnung eingereicht: Bitte unbedingt die Gesamtfallzahl angeben

#### 1. Allgemeine Erklärung

Die abgerechneten Leistungen sind von mir/uns persönlich erbracht worden (§§ 14, 14a und 15 Bundesmantelvertrag-Ärzte). Die Eintragungen auf den Abrechnungsscheinen bzw. Abrechnungsdatensätzen sind vollständig sowie inhaltlich und sachlich richtig.

Sämtliche abgerechneten Leistungen wurden entsprechend den Bestimmungen zur vertragsärztlichen Versorgung, insbesondere Bundesmantelvertrag-Ärzte, Einheitlicher Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen, Richtlinien des gemeinsamen Bundesausschusses und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Verträge auf Bundes- und Landesebene, Abrechnungsbestimmungen sowie sonstiges Satzungsrecht der KVS, erbracht.

Leistungen im Rahmen von Urlaubs- bzw. Krankheitsvertretung sind ausschließlich auf Vordruck 19 abgerechnet worden.

Für genehmigungspflichtige Leistungen liegen der KV Saarland die Genehmigungen vor. Sämtliche genehmigungs- oder nachweispflichtige Leistungen wurden von dem Arzt erbracht, der die Genehmigung von der KVS erhalten bzw. die erforderlichen Nachweise der KVS vorgelegt hat.

Haben Vertreter/innen genehmigungspflichtige Leistungen erbracht, so wird versichert, dass die Qualifikationsvoraussetzungen in der Person der Vertreterin/des Vertreters erfüllt waren. Soweit genehmigungspflichtige Leistungen durch eine angestellte Ärztin/einen angestellten Arzt nach § 32 b Ärzte-ZV bzw. eine angestellte Ärztin/einen angestellten Arzt in einem Medizinischen Versorgungszentrum nach

Die Sammelerklärung ist Bestandteil der Abrechnung (fehlt sie, so kann die Abrechnung nicht bearbeitet werden)

Es wird erklärt, dass Leistungen:

- persönlich erbracht wurden
- vollständig sowie inhaltlich und sachlich richtig sind und
- Sämtliche <u>Vorschriften</u>
   eingehalten wurden

Durch die "Allgemeinerklärung" besteht ein erheblicher "Vertrauensvorschuss". Daher ist der Arzt zur **peinlich genauen** Abrechnung verpflichtet (BSG 6Rka 70/91)

#### Abrechnungsbearbeitung der KV Saarland Sammelerklärung



#### Inhalte der Sammelerklärung



66113 Saarbrücken www kysaarland de

SAMMELERKLÄRUNG Zu der Abrechnung für das Quartal / 20

(Vertragsarztstempel)

Die Abrechnung wurde leitungsgebunden (online) übertragen Anzahl der eingereichten Dateien angeben

Folgende Gesamtfallzahl wurde von mir zur Abrechnung eingereicht: Bitte unbedingt die Gesamtfallzahl angeben

#### 1. Allgemeine Erklärung

Die abgerechneten Leistungen sind von mir/uns persönlich erbracht worden (§§ 14, 14a und 15 Bundesmantelvertrag-Ärzte). Die Eintragungen auf den Abrechnungsscheinen Abrechnungsdatensätzen sind vollständig sowie inhaltlich und sachlich richtig.

Sämtliche abgerechneten Leistungen wurden entsprechend den Bestimmungen zur vertragsärztlichen Versorgung, insbesondere Bundesmantelvertrag-Ärzte, Einheitlicher Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen, Richtlinien des gemeinsamen Bundesausschusses und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Verträge auf Bundes- und Landesebene, Abrechnungsbestimmungen sowie sonstiges Satzungsrecht der KVS, erbracht.

Leistungen im Rahmen von Urlaubs- bzw. Krankheitsvertretung sind ausschließlich auf Vordruck 19 abgerechnet worden.

Für genehmigungspflichtige Leistungen liegen der KV Saarland die Genehmigungen vor. Sämtliche genehmigungs- oder nachweispflichtige Leistungen wurden von dem Arzt erbracht, der die Genehmigung von der KVS erhalten bzw. die erforderlichen Nachweise der KVS vorgelegt hat.

Haben Vertreter/innen genehmigungspflichtige Leistungen erbracht, so wird versichert, dass die Qualifikationsvoraussetzungen in der Person der Vertreterin/des Vertreters erfüllt waren. Soweit genehmigungspflichtige Leistungen durch eine angestellte Ärztin/einen angestellten Arzt nach § 32 b Ärzte-ZV bzw. eine angestellte Ärztin/einen angestellten Arzt in einem Medizinischen Versorgungszentrum nach

- Allgemeine Erklärung
- QS Laborleistungen
- **EDV Abrechnung**
- Praxisvertretung
- Beschäftigung von Ärzten
- Betreuung/Nachsorge amb.OP

Unterschriften



## Sachlich-rechnerische Richtigstellung Richtigstellung



#### Sachlich-rechnerische Richtigstellung

WAS wird geprüft?



☑ Ca. 3.800 verschiedene GO-Positionen

☑ 2 Allgemeine Abrechnungskapitel

☑ 11 Spezifische Abrechnungskapitel

Sonstige Regeln ☑ Regionale Verträge

☑ G-BA Richtlinien (ca. 60)

☑ KBV-Richtlinien

WIE

**Umfang** 

☑ Rund 2000 Ärzte (einschl. ang.Ärzte)

☑ Rund 2000 Abrechnungsdateien

☑ 1.800.000 Behandlungsfälle je Quartal

WER

Mitarbeiter



☑ 9 Vollzeit-Mitarbeiter



#### Instrumente der Sachlich-rechnerische Richtigstellung



Software

Regelwerk

Reportings

**EDV** 

"kvnet" der Firma Gradient

EDV-technische Prüfung von Abrechnungsregeln

Einzelne, gezielt definierte EDV-technische Abfragen über alle Abrechnungen zur Prüfung von Sachverhalten, die durch den Einsatz von Regelwerken nicht möglich sind.



Manuelle Prüfung

Prüfung bzw. Umsetzung von Regelwerksvorgaben Prüfungen, die nicht durch Regelwerke möglich sind (z.B. Nutzung von Reportingergebnissen bei Abgleich Operateur und Anästhesist)



#### Instrumente der Sachlich-rechnerische Richtigstellung



EDV-technische Regelwerksprüfungen

Hart-Regeln

- ☑ Ca. 3800 Hartregeln
- ☑ Es handelt sich um durch das Regelwerk identifizierte Abrechnungsfehler, die durch das Regelwerk automatisiert korrigiert werden.

Fehler-Regeln

- ☑ Ca. 400 Fehlermeldungen
- ☑ Es handelt sich um durch das Regelwerk identifizierte Abrechnungsfehler, die dem Sachbearbeiter zur weiteren Überprüfung angezeigt werden. Bei diesen Fehlermeldung ist eine Korrektur zwingend erforderlich (ansonsten ist die weitere Bearbeitung nicht möglich)

**EDV** 

- Hinweis
  Regeln

  ✓ Ca. 200 Fehlermeldungen
  ✓ Es handelt sich um durch
  - ☑ Es handelt sich um durch das Regelwerk identifizierte "mögliche" Abrechnungsfehler, die dem Sachbearbeiter zur weiteren Überprüfung angezeigt werden. Bei diesen Hinweismeldung kann ggf. eine Korrektur erfolgen.



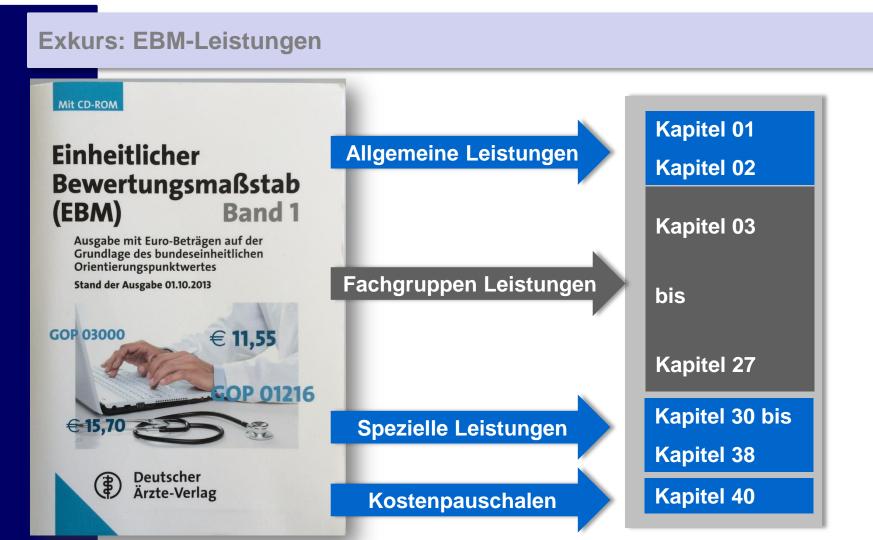
**Exkurs: Online-Testabrechnung der KV Saarland** 

Beginn des Ende des Abgaber Ouartals Abrechnungs-bearbeitung

#### Möglichkeit Online-Testabrechnungen einzureichen

- ☑ Der Praxis werden online die Regelwerksfehler und Hinweise angezeigt. Daher ist jederzeit eine Korrektur möglich.
- ✓ Zum Abgabetermin muss die endgültige Datei versendet werden







#### Exkurs: EBM-Leistungen – Beispiel "kardiologische Pauschale"

#### 13550 Zusatzpauschale Kardiologie II

Obligater Leistungsinhalt

- Duplex-Echokardiographische Untersuchung (Nr. 33022)

#### und/oder

 Zweidimensionale echokardiographische Untersuchung in Ruhe und unter physikalisch definierter und reproduzierbarer Stufenbelastung (Stressechokardiographie), (Nr. 33030)

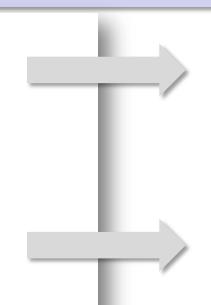
#### und/oder

- Zweidimensionale echokardiographische Untersuchung in Ruhe und unter standardisierter pharmakologischer Stufenbelastung (Stressechokardiographie), (Nr. 33031),
- Druckmessung(en),

#### Fakultativer Leistungsinhalt

- Infusion(en) (Nr. 02100),
- Arterielle Blutentnahme (Nr. 02330),
- Intraarterielle Injektion (Nr. 02331),
- Belastungs-EKG (Nr. 13251),
- Aufzeichnung Langzeit-EKG (Nr. 13252),
- Computergestützte Auswertung Langzeit-EKG (Nr. 13253),
- Langzeit-Blutdruckmessung (Nr. 13254),
- Echokardiographische Untersuchung (Nr. 33020),
- Doppler-Echokardiographische Untersuchung (Nr. 33021),
- Untersuchung mittels Einschwemmkatheter in Ruhe,
- Untersuchung mittels Einschwemmkatheter in Ruhe sowie während und nach physikalisch definierter und reproduzierbarer Belastung,
- Laufbandergometrie(n),
- Intraluminale Messung(en) des Arteriendrucks oder des zentralen Venendrucks.
- Messung(en) von Herzzeitvolumen und/oder Kreislaufzeiten,
- Applikation der Testsubstanz(en),

einmal im Behandlungsfall



Obligater Teil
MUSS erbracht
werden

Fakultativer Teil KANN erbracht werden (ist dann aber auch mit der Bewertung abgegolten)

85,36 € 831 Punkte



Exkurs: EBM-Leistungen - Krebsfrüherkennungsuntersuchung

01730 Untersuchung zur **Früherkennung von Krebserkrankungen bei der Frau** gemäß Abschnitt B. II. §§ 6 und 8 der
Krebsfrüherkennungs-Richtlinie

18,49 € 180 Punkte



#### Krebsfrüherkennungs-RL



51 Seiten42 Paragraphen7 Anlagen



#### **Exkurs: EBM-Leistungen - Chronikerpauschale**

03220

Die Gebührenordnungsposition 03220 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35111 bis 35113, 35120, 35130, 35131, 35140 bis 35142 und 35150 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 30.5, 30.7, 30.9 und 35.2 berechnungsfähig. Diese Ausschlüsse finden in versorgungsbereichsübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten keine Anwendung, sofern diese Leistungen von Vertragsärzten des fachärztlichen Versorgungsbereiches erbracht werden.

Die Gebührenordnungsposition 03220 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03370 bis 03373 berechnungsfähig.

anzugeben.

- E A - Ü d n Die Gebührenordnungsposition 03220 ist bei Überweisung durch einen in der Präambel 3.1 Nr. 1 genannten Vertragsarzt zur spezialisierten Behandlung eines an HIV-/AIDS-erkrankten Patienten gemäß Abschnitt 30.10 in HIV-Schwerpunktpraxen auch neben der Gebührenordnungsposition 03010 berechnungsfähig. Die entsprechende Kodierung nach ICD-10-GM ist bei der Überweisung anzugeben.



**Exkurs: EBM-Leistungen - Chronikerpauschale** 

#### Präambel 3.2.2

#### 3.2.2 Chronikerpauschalen, Gesprächsleistung

Die Gebührenordnungspositionen 03220 und 03221 sind nur bei Patienten berechnungsfähig, die folgende Kriterien erfüllen:

- Vorliegen mindestens einer lang andauernden, lebensverändernden Erkrankung,
- Notwendigkeit einer kontinuierlichen ärztlichen Behandlung und Betreuung.

Eine kontinuierliche ärztliche Behandlung liegt vor, wenn im Zeitraum der letzten vier Quartale wegen derselben gesicherten chronischen Erkrankung(en) jeweils mindestens ein Arzt-Patienten-Kontakt gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen pro Quartal in mindestens drei Quartalen in derselben Praxis stattgefunden hat. Hierbei müssen in mindestens zwei Quartalen persönliche Arzt-Patienten-Kontakte stattgefunden haben. Die Gebührenordnungspositionen 03220 und 03221 können bei Neugeborenen und Säuglingen auch ohne die Voraussetzung der kontinuierlichen ärztlichen Behandlung berechnet werden. Eine kontinuierliche ärztliche Behandlung liegt auch vor, wenn der Patient mit mindestens einer lebensverändernden chronischen Erkrankung seinen ihn betreuenden Hausarzt gewechselt hat. In diesem Fall muss der die hausärztliche Betreuung übernehmende Hausarzt die bei einem anderen Hausarzt stattgefundenen Arzt-Patienten-Kontakte dokumentieren. Die Dokumentation ist mit der Abrechnung mittels einer kodierten Zusatznummer nachzuweisen.



#### **Exkurs: EBM-Leistungen - Nachbetreuungspauschale**

25214 Konsiliarpauschale nach strahlentherapeutischer Behandlung gemäß Richtlinie nach der Verordnung über den Schutz vor Schäden durch ionisierende Strahlen (Strahlenschutzverordnung)

Obligater Leistungsinhalt

Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt

Fakultativer Leistungsinhalt

- Geeignete Nachuntersuchung(en),
- Dokumentation(en),
- Einleitung einer geeigneten Behandlung

einmal im Behandlungsfall

9,24 € 90 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 25214 ist innerhalb der ersten 4 Quartale nach Beendigung der Strahlenbehandlung insgesamt bis zu dreimal berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 25214 ist mit Beginn des zweiten Jahres nach Beendigung der Strahlenbehandlung für weitere 4 Jahre einmal im Krankheitsfall berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 25214 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01600 bis 01602, 25210 und 25211 berechnungsfähig.



# 2. Schritt

## Abrechnungsprüfung / Plausibilität



#### Plausibilitätsprüfung vs. Wirtschaftlichkeitsprüfung



#### Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 SGB V

Zuständig: Gemeinsame Prüfeinrichtung (KV & Kassen)

- Statistische Mengenprüfung
- Prüfung der Einhaltung des in § 12 SGB V verankerten Wirtschaftlichkeitsgebotes



#### Plausibilitätsprüfung nach § 106a SGB V

**Zuständig: NUR KV** 

- ⇒ Fehlerhaftigkeit der ärztlichen Abrechnung
- Ist die Abrechnung annehmbar, einleuchtend und plausibel
- Ist eine Leistung ohne Verstoß gegen gesetzliche, vertragliche oder satzungsrechtliche Bestimmungen erbracht







#### Ablauf einer Plausibilitätsprüfung

Prüfverfahren

- Plausibilitätsprüfung ausgelöst bzw. veranlasst
- 2 Bearbeitung durch Plausibilitätsausschuss
- 3 Beschlussempfehlung an den Vorstand
- 4 Entscheidung durch Vorstand und Versand des Erstbeschlusses

Widerspruch

- Widerspruch (Frist 1 Monat
- Durchführung Widerspruchsverfahren sowie Beschlussempfehlung an Vorstand
- 3 Widerspruchsbeschluss

Klage

1

Klage vor dem Sozialgericht (Frist 1 Monat)

- 2
- Sozialgerichtsverfahren



#### Prüfmethoden

#### Prüfmethoden:

- Einzelfallprüfung (20% der Abrechnung)
- individuelle Prüfung (Sachverhalt bezogen)
- Anhörung (persönlich oder schriftlich)

#### Schadensermittlungen:

- Berechnungsmethoden gem. Verfahrensordnung
- Pauschalberechnungen
- Auf FG-Durchschnitt

Auswertung und
Festsetzung der
Regreßsumme und ggf.
Vorschlag weiterer
Maßnahmen und Bericht
an den Vorstand

Vorstandsentscheidung und ggf. Einleitung weiterer Maßnahmen



#### Routinemäßige Plausibiltätsprüfungen

#### Zeitprofil



- ☑ Das Zeitprofil ist kein Budget (nur Aufgreifkriterium)
- ☑ Quartalsprofil: 780 Stunden (bei erm.Ärzten 156 Stunden)
- ☑ Tagesprofil: an mind. 3 Tagen mehr als 12 Stunden
- ☑ Werden die Grenzen überschritten, so MUSS die KV ein Plausibilitätsprüfungsverfahren ("ergebnisoffen") durchführen

#### Ident.Pat.



- ☑ Abgleich ALLER Abrechner mit ALLEN anderen Abrechnern
- ☑ Prüfverfahren, wenn Anteil gleicher Patienten >20% liegt (bei Fachgleichheit)
- ☑ Prüfverfahren, wenn Anteil gleicher Patienten >30% liegt (bei verschiedenen Fachrichtungen)
- ☑ Prüfverfahren werden "ergebnisoffen" durchgeführt

#### **Stichprobe**



- ✓ Auswahl der zu prüfenden Ärzte nach "Zufallsgenerator"
- ☑ 2% aller abrechnender Ärzte
- ☑ Für die ausgewählten Praxen wird ein Plausibilitätsprüfungsverfahren "ergebnisoffen" durchgeführt

#### Honorarberechnung der KV Saarland



# 3. Schritt

## Honorarberechnung







Überblick über Budgetsystematik seit 2007

- I. 3/1997 bis 2/2003 Praxisbudgets
- II. 3/2003 bis 1/2005 Leistungsobergrenze IV-RV
- III. 2/2005 bis 4/2008 Individual- und Restvolumen
- IV. 1/2009 bis 4/2014 Regelleistungsvolumina
- V. seit 1/2015 Praxisbudgets



#### **Budgetsystematik seit 2009**

Gesamtvergütung

Vorhersehbare morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV)

Vergütung für außerbudgetäre Leistungen

onorar

Regelleistungsvolumen (RLV)

bis 2/2010

Zusatzbudgets

Leistungen außerhalb RLV/ZB

Regelleistungsvolumen (RLV)

bis 4/2014

QZV

Leistungen außerhalb RLV/QZV

Praxisbudgets

ab1/2015

Leistungen außerhalb Praxisb.

Einzel-Leistungen



#### **Einzelleistungen (außerhalb MGV)**

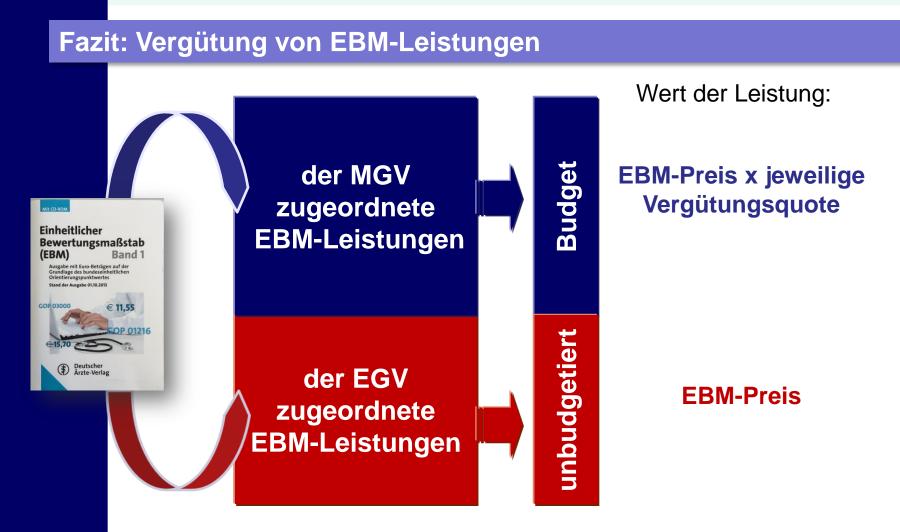
- Substitutionsbehandlung
- Leistungen der künstlichen Befruchtung
- Wegegelder teilweise
- Strahlentherapie (Kapitel 25) und Sachkosten Strahlentherapie
- Onkologiepauschalen nach Onkologievereinbarung
- Sozialpsychiatrievereinbarung
- DMP Verträge (Diabetes, KHK, Brustkrebs, Asthma, COPD)
- Katarakt-OP It. Kataraktvertrag
- Kapitel 31 sowie GOP 04514, 04515, 04518, 04520, 13421 bis 13431
- Kostenpauschalen für endoskopische Gelenkeingriffe (GOP 40750 bis 40754)
- Phototherapeutische Keratektomie
- Kapitel 36 sowie 13311, 17370, Geburtshilfe (08410 bis 08416)
- Dialysesachkosten, Heimdialyse, LC-Dialyse
- Prävention nach Abschnitte 1.7.1 bis 1.7.4 EBM
- Vakuumstanzbiopsien, suprapubische Katheter
- Hautkrebsscreening
- Dialysesachkosten
- Richtlinien-Psychotherapie Kapitel 35.2 EBM alle Ärzte
- Probatorische Sitzungen GOP 35150 EBM
- Nephrologische Leistungen Kap. 4.5.4 bzw. 13.3.6 EBM
- NEU: ab 01.01.2015 VERAH, PFG-Zuschläge



#### Leistungen außerhalb RLV/QZV bzw. Praxisbudgets

- Laborgrundpauschalen und Laborkosten
- Leistungen im organisierten Notfalldienst (Bereitschaftsdienst)
- Pauschale für fachärztliche Grundversorgung (PFG)
- Leistungen genetisches Labor
- Kostenpauschalen Kapitel 40 EBM (z.B. Portokosten, etc...)
- Hausbesuche
- Hausärzte: Geriatie/Palliativmedizin/Sozialpädiatrie nur bis 4/2014
- Pathologische Leistungen Kapitel 19 EBM







### Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!