

Hinweise zur Abrechnung der KV Baden-Württemberg

ABRECHNUNGSQUARTAL 3 / 2017

Alles Gute.



Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Sehr verehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,

zunächst möchte ich Ihnen ein gutes und erfolgreiches Jahr 2018 wünschen.

Mit diesem ersten Honorarversand im neuen Jahr erhalten Sie die Honorarabrechnung sowie die Hinweise zur Abrechnung für das Quartal **3/2017**. Eine Honorarabrechnung mit der das Jahr 2018 ganz gut startet und wir Ihnen gleich zu Beginn des Jahres wieder positive Nachrichten übermitteln können:

Die Honorarauszahlung für dieses Quartal basiert weiterhin auf dem guten Honorarabschluss der KVBW mit den Krankenkassen des Landes für das Jahr 2017.

Gegenüber dem Vorjahresquartal ist gesamthaft eine Honorarsteigerung von **rund 3%** festzustellen, so dass die Honorarergebnisse in den einzelnen Fachgruppen ein sehr stabiles und erfreuliches Bild zeigen – natürlich immer praxisindividuell abhängig vom Leistungsumfang und Leistungsspektrum von z.B. extrabudgetären Leistungen oder von strukturellen Förderleistungen und unter Berücksichtigung der Bereinigung infolge Selektivverträge.

Im **hausärztlichen Versorgungsbereich** werden **alle abgerechneten und anerkannten** Leistungen mit den festen Preisen der Euro-Gebührenordnung – also **zu 100%** – ausbezahlt. Trotz Bereinigung durch die Selektivverträge konnte für diesen Bereich eine **Honorarsteigerung von 3% (ca. 10 Mio. Euro)** festgestellt werden.

Im **fachärztlichen Bereich** führen weiterhin die umfangreichen extrabudgetären Leistungen zu sehr **positiven Honorarentwicklungen** – mit einem **Plus von 3,3% (ca. 24 Mio. Euro)** trotz Bereinigung durch die Selektivverträge.

Herzlichst

Ihr



Dr. med. Norbert Metke
Vorsitzender des Vorstandes

Hinweis zur Verordnungsweise

Die vom Gesetzgeber vorgegebene **Wirtschaftlichkeitsprüfung** bei veranlassten Leistungen, insbesondere im Bereich der **Arzneimitteltherapie**, führt jährlich zu zahlreichen Prüfverfahren, wenn beispielsweise Ihr Praxisindividueller Richtwert (PIRW) um mehr als 25% überschritten wird. Ebenso sind wir bedauerlicherweise mit zahlreichen **Einzelfallprüfanträgen der Krankenkassen** konfrontiert (z.B. bei Verstoß gegen die Arzneimittelrichtlinie, der Rezeptur sog. fiktiver Arzneimittel und weiteren).

Um Ihnen größtmögliche Sicherheit vor einem ggf. hieraus hervorgehenden Regress in teilweise erheblicher Höhe geben zu können, beinhaltet der Ihnen vorliegende Honorarbescheid eine Frühinformation Ihres Verschreibungsverhaltens bei Arzneimitteln und im Sprechstundenbedarf (Anlagen 71 und 76) mit wertvollen Hinweisen auf die Einhaltung des Praxisindividuellen Richtwertes und ggf. Hinweise auf Verstöße gegen die Arzneimittelrichtlinie oder die Sprechstundenvereinbarung. Wir bitten Sie dringend diese Hinweise zu beachten, um Ihnen eine rechtzeitige Überprüfung Ihres Verschreibungsverhaltens zu ermöglichen.

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

Fragen zu Arzneimitteln

(Frühinformation Arzneimittel Anlage 71, Fehlerliste Einzelverordnungen Anlage 76):
Tel.: 0711/7875-3663

Fragen zu Sprechstundenbedarf

(Fehlerliste Anlage 76):
Tel.: 0711/7875-3660

Hinweise zur Abrechnung – Quartal 3/2017

Mit diesem Honorarversand erhalten Sie den Honorarbescheid für das Quartal 3/2017 sowie die dazugehörigen Abrechnungsunterlagen. Zum besseren Verständnis geben wir Ihnen die folgenden Hinweise:

1. Für das Quartal 3/2017 werden Ihnen folgende weitere **Honorarzahlungen** 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 3/2017 gutgeschrieben.
 - Prüfergebnisse Krankenkassen
Sie erhalten mit der vorliegenden Abrechnung ggf. Belastungen für Korrekturen früherer Quartale. Im Rahmen der Übermittlung ihrer Prüfergebnisse hatten Kassen 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.
 - Rückwirkende Änderung im Kapitel 35 EBM
Im EBM-Kapitel 35 ergaben sich rückwirkende Änderungen zur Nachbesserung der bereits getroffenen Beschlüsse aufgrund der Neufassung der Psychotherapie-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Zum 1. April 2017 wurden die sitzungsbezogenen Abrechnungsausschlüsse der GOP 35141 (vertiefte Exploration) und GOP 35142 (Zuschlag für die Erhebung ergänzender neurologischer und psychiatrischer Befunde) gegen folgende genehmigungspflichtige psychotherapeutische Leistungen des Abschnitts 35.2 wieder aufgehoben: GOP 35200 bis 35203, 35205, 35208, 35210 bis 35212 und 35220 bis 35225.
 - Ermittlung Speziallaborbudget im Rahmen Selektivvertrag GOP 88192
In den Abrechnungsquartalen 1/2017 und 2/2017 wurden nicht alle Selektivvertragsfälle, welche über die KVBW mit dem Ansatz der GOP 88192 abgerechnet wurden zur Ermittlung des Speziallaborbudgets herangezogen. Die Nachzahlungsbeträge sind im Honorarbescheid 3/2017 gutgeschrieben.
 - Sonstige Korrekturen
Für die Quartale 1/2012 bis 2/2017 wurden nachträglich sachlich-rechnerische Berichtigungen, HVM- und/oder Widerspruchsentscheidungen umgesetzt. Marginale Veränderungen von +/- 1,00 Euro, die gegebenenfalls aus Rundungsdifferenzen resultieren, wurden nicht verbucht.

Honorarunterlagen zu Quartalen, in denen diese Korrekturen erfolgten, können Sie von unserem Mitgliederportal (siehe Startseite www.kvbawue.de rechts oben) mit Hilfe Ihrer persönlichen Kennung herunterladen.
2. Zum 31.12.2016 endete – wie bereits mit Schreiben vom März 2017 angekündigt – die besondere Förderung bestimmter **ambulanter Operationen (K-Katalog)**. Ab dem 01.01.2017 abgerechnete Gebührenordnungspositionen (GOP) mit „K“ wurden deshalb KV-seitig in der Abrechnung in die entsprechenden GOP ohne „K“ umgesetzt. Jedoch hatte sich der Vorstand entschlossen, als Stützungsmaßnahme **letztmalig für das Jahr 2017** einen Strukturzuschlag im Zusammenhang mit ambulanten Operationen (Operationen, Anästhesien, Postoperative Behandlungskomplexe) auszuführen. Der jeweilige Strukturzuschlag wird für die Quartalsabrechnungen 1 bis 4/2017 automatisch in der Abrechnung zugesetzt, wenn die maßgeblichen OPS gemäß bisherigem K-Katalog angegeben wurden.

3. Zu der auf der Abrechnungsunterlage **Kennzahlenblatt 3. Quartal 2017** 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 Gesamtbeurteilung des Honorarergebnisses mit einbezogen werden.

4. Als **Anlagen** zu den Hinweisen zur Abrechnung des Quartals 3/2017 finden Sie:

- Auszahlungsquoten infolge der Honorarverteilung und Mengensteuerung 3/2017
- Auszahlungsübersicht 3/2017

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@kvbwue.de

Ihr 
Cornel-Andreas Güss
Leiter des Geschäftsbereichs Abrechnung

Auszahlungsquoten – Quartal 3/2017

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 des organisierten Notfalldienstes, 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, organisierter Notfalldienst, fachärztliche Grundversorgung (PFG) und Humangenetik (Genetisches Labor) verteilt. Die Leistungsanforderungen für Labor, organisierter Notfalldienst, 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, im hausärztlichen Versorgungsbereich die Leistungen zur Förderung der geriatrischen und palliativen Versorgung sowie der Versorgung von Kindern mit chronischen Erkrankungen und/oder Behinderungen, im fachärztlichen Versorgungsbereich die Laborgrundpauschale für Nicht-Laborärzte (GOP 12225, 01701 EBM) und die pathologischen und zytologischen Leistungen Kapitel 19 EBM. Dabei werden die belegärztlichen Leistungen mit einer Quote von 100% honoriert. 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 %
Laborpauschalen 12210, 12220 (für Fachgruppen gem. Abschnitt 12.1 u. 12220)	144,58
Laborwirtschaftlichkeitsbonus 32001	100,00
GOP 32025, 32026, 32027, 32035, 32036, 32037, 32038, 32039, 32097, 32150	100,00
Restliche Laborleistungen Kap. 32.2 u. 32.3	91,58
Leistungen im organisierten Notfalldienst	100,00

Hausärztlicher Versorgungsbereich	Quote in %
Kurativ-stationäre Leistungen außerhalb Kap. 36	100,00
Geriatric/Palliativmedizin/Sozialpädiatrie	100,00

Fachärztlicher Versorgungsbereich	Quote in %
Kurativ-stationäre Leistungen außerhalb Kap. 36	100,00
Laborpauschalen 12225, 01701 (für Fachgruppen gem. Abschnitt 12.1 u. 12225, 01701)	82,34
Pathologische und zytologische Leistungen Kap. 19	72,90
Genetisches Labor – Beurteilungsleistungen 11230, 11233-11236, 19402	80,00 *
Genetisches Labor – Molekulargen. Leistg. 32860-32864, tlw. Abschnitt 11.4, 19.4 u. 32.3.15	72,90
Pauschale für fachärztliche Grundversorgung (PFG)	85,20

(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 Volumen 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	29,74
Augenheilkunde	30,50
Chirurgie, Kinderchirurgie, Plastische Chirurgie, Herzchirurgie	15,86
Neurochirurgie	12,85
Frauenheilkunde mit u. ohne fakultativer WB Endokrinologie u. Reproduktionsmedizin	17,59
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	16,98
Haut- und Geschlechtskrankheiten	46,18
Innere Medizin ohne Schwerpunkt, fachärztlicher Versorgungsbereich	23,68
Angiologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	20,37
Endokrinologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	15,36
Gastroenterologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	19,17
Hämato-/Onkologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	12,57
Kardiologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	12,58
Kardiologie u. invasiver Tätigkeit, Innere Medizin mit Schwerpunkt	17,25
Pneumologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	20,42
Rheumatologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	9,11
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	50,44
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie mit Teilnahme an der SPV	36,62
Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	9,88
Nervenheilkunde, Neurologie	24,20
Nuklearmedizin ohne Genehmigung für MRT	8,41
Nuklearmedizin mit Genehmigung für MRT	11,46
Orthopädie	26,50
Phoniatrie und Pädaudiologie	87,31
Psychiatrie und Psychotherapie	32,89
Diagnostische Radiologie ohne Vorhaltung von CT und MRT	54,29
Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT	16,28
Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von MRT	12,25
Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT und MRT	8,57
Urologie	53,41
Physikalisch-Rehabilitative Medizin	14,56

(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
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

Fachärztlicher Versorgungsbereich, Fachärzte für	Quote in %
Anästhesiologie	
Akupunktur	100,00
Narkosen bei zahnärztlicher Behandlung	100,00
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	63,03
Augenheilkunde	
Elektroophthalmologie	100,00
Fluoreszenzangiographie	78,84
Kontaktlinsenanpassung	100,00
Strukturpauschale für konservative Augenärzte	80,90
Chirurgie, Kinderchirurgie, Plastische Chirurgie, Herzchirurgie	
Akupunktur	86,12
Gastroenterologie, Bronchoskopie	79,82
Phlebologie	71,35
Proktologie	73,92
Neurochirurgie	
Akupunktur	80,00
Frauenheilkunde mit und ohne fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	
Empfängnisregelung, Sterilisation oder Schwangerschaftsabbruch	72,06
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	75,65
Richtlinienpsychotherapie	100,00
Sonographie Brustdrüsen	80,00 *
Stanzbiopsie	80,00 *
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	
Kardiorespiratorische Polygraphie	78,94

Haut- und Geschlechtskrankheiten	
Dermatologische Lasertherapie	100,00
Besuche	79,46
Phlebologie	99,99
Proktologie	100,00
Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	
Gastroenterologie	82,76
Langzeit-EKG	98,02
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	83,84
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	72,14
Hämato-/ Onkologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	
Gastroenterologie	94,51
Nuklearmedizinische Leistungen	100,00
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	65,92
Kardiologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	
Kardiorespiratorische Polygraphie	82,27
Langzeit-EKG	82,75
Nuklearmedizinische Leistungen	83,74
Kardiologie und invasiver Tätigkeit, Innere Medizin mit Schwerpunkt	
Langzeit-EKG	80,00 *
Pneumologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	
Bronchoskopie	100,00
Rheumatologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	
Akupunktur	100,00
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	81,80
Nervenheilkunde und Neurologie	
Akupunktur	96,12
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	76,76
Nuklearmedizin ohne Genehmigung für MRT	
Zuschlag SPECT	70,28
Orthopädie	
Akupunktur	83,44
Phoniatrie und Pädaudiologie	
Phoniatriisch-pädaudiologische Leistungen	80,39
Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT	
CT-gesteuerte Intervention	100,00
Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT und MRT	
CT-gesteuerte Intervention	78,30
Urologie	
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	82,40
Stoßwellenlithotripsie	81,82
Urodynamik	94,08
Physikalisch-Rehabilitative Medizin	
Akupunktur	100,00
Ärzte mit Teilnahme Qualitätssicherungsvereinbarung zur SMT-Versorgung	
Zuschlag schmerztherapeutische Einrichtungen 30704	76,53
Akupunktur 30790, 30791 im Rahmen der SMT-Versorgung	82,63

(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 3/2017 gegenübergestellt. Daraus ergeben sich die jeweiligen Quoten.

Sonstige Arztgruppen	Quote in %
Ermächtigte (Krankenhaus-) Ärzte und Institute	81,80
Sonstige Arztgruppen (z.B. Nephrologen, Pathologen, Strahlentherapeuten, Laborärzte, Laborgemeinschaften, etc.), Krankenhäuser, Kliniken	80,00 *

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	88,29

* Mindestquote

Auszahlungsübersicht: Gesamthonorarar GKV kollektiv

1.087.059.410 €

Leistungen außerhalb der MGV 379.916.550 €		Leistungen innerhalb der MGV 707.142.860 €	
HA	FA/PT	HA	FA/PT
Leistung u. Begleitstg. § 115b 204.319 € 68.908.951 €		Labor 5.482.829 € 67.565.008 €	
Ambulantes Operieren 917.678 € 14.378.311 €		Organisierter Notfalldienst 3.511.866 € 17.744.786 €	
Prävention 17.648.085 € 47.271.825 €		RLV/QZV 257.697.194 €	RLV/QZV 258.171.685 €
Psychotherapie ¹ 984.522 € 60.259.556 €		FL 14.015.645 €	FL 63.223.575 €
DMP 15.541.110 € 3.246.477 €		PFG 11.981.664 €	
Belegärztliche Leistungen 25.421 € 4.428.634 €		Genetisches Labor 7.748.608 €	
Methadon 1.921.215 € 899.882 €			
Sonstige/regionale Leistungen 23.933.410 € 119.347.154 €			

Hinweise:

- ohne Honorarumsätze aus Selektivverträgen, welche nicht über die KVBW abgerechnet werden
- berücksichtigt sind Leistungen gegenüber bereichseigenen und bereichsfremden Versicherten
- inkl. Dialysesachkosten, ohne Ausbildungsinstitute
- ¹ 35151, 35152, 35.2 EBM aller Arztgruppen; 35150 EBM von in § 87b Abs. 2 S. 4 SGB V genannten Arztgruppen; 22220, 23220 EBM
- FA/PT = Fachärztlicher Versorgungsbereich und psychotherapeutische Versorgung
 FL = Freie Leistungen, GKV = Gesetzliche Krankenversicherung, HA = Hausärztlicher Versorgungsbereich
 MGV = Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, PFG = Pauschale für fachärztliche Grundversorgung
 QZV = Qualifikationsgebundene Zusatzvolumen, RLV = Regelleistungsvolumen