

Hinweise zur Abrechnung der KV Baden-Württemberg

ABRECHNUNGSQUARTAL 3 / 2023

Alles Gute.



Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

zuerst möchte ich Ihnen ein gutes und gesundes, glückliches und erfolgreiches neues Jahr 2024 wünschen und hoffe, dass Sie gut gestartet sind.

Mit diesem ersten Brief im neuen Jahr erhalten Sie die Honorarabrechnung sowie die Hinweise zur Abrechnung für das Quartal **3/2023**.

Folgende Honorarentwicklungen sind im Quartal **3/2023** festzustellen:

Im Vergleich zum Vorjahresquartal (3/2022) ist im **Quartal 3/2023** beim Gesamthonorar über beide Versorgungsbereiche (Hausärzte und Fachärzte) **erfreulicherweise ein Honorarplus** von rund **+3,3% (ca. 41 Mio. Euro)** im GKV-Bereich festzustellen, im Vergleich mit den aktuellen Inflationsraten allerdings weiterhin deutlich darunter liegend! Im **fachärztlichen Versorgungsbereich** ist das **Honorar dabei um +5,9% angestiegen**, im **hausärztlichen Versorgungsbereich** dagegen ergibt sich auch in diesem Quartal **ein Minus von -2,2%**. Beim Vergleich zum Vorjahresquartal ist dabei im hausärztlichen Bereich insbesondere zu beachten, dass darin die Coronaimpf- und Testhonorare enthalten sind, die sich im 3. Quartal 2022 immer noch leicht positiv auf das Honorarergebnis auswirkten und nun nicht mehr. Wir sehen mit Sorge aufsteigende Coronafallzahlen in den letzten Wochen und können daher nur dazu ermutigen, das Thema Coronaimpfungen aktiv zu begleiten.

Das Honorarergebnis ist insgesamt betrachtet weiterhin nicht ausreichend leistungsgerecht, insbesondere für den hausärztlichen Versorgungsbereich, und relativiert sich auch nur leicht **beim Vergleich des 2. Quartals des Jahres mit dem des Jahres 2019 (Vor-Corona-Zeit)**. Bei diesem Vergleich kommen wir sowohl **im haus- als auch im fachärztlichen Versorgungsbereich jeweils nur auf ein Honorarplus – nach 4 Jahren (!) – von +11,5%**.

Positiv zu erwähnen ist an dieser Stelle, dass wir im **hausärztlichen Versorgungsbereich** in Baden-Württemberg auch im 3. Quartal 2023 noch alle abgerechneten und angeforderten Leistungen mit festen Preisen nach der Euro-GO ohne Quotierung zu 100% bezahlen können. Um dies auch künftig gewährleisten zu können, steht die vom Gesundheitsminister Lauterbach im Koalitionsvertrag niedergelegte und mehrfach angekündigte „Entbudgetierung“ analog zu den Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzten weiterhin an oberster Priorität.

Nach dem Wegfall der Neupatientenregelung im **fachärztlichen Versorgungsbereich** überrascht auch im 3. Quartal 2023 das **Honorarplus von +5,9%** gegenüber dem Vorjahresquartal (inkl. der PCR-Testungen von Laborärzten im Vorjahresquartal). Ohne Berücksichtigung insbesondere der PCR-Testungen von Laborärzten ergibt sich sogar ein **Honorarplus von rund +7%**. Die **ersten Honoraranalysen** für das 3. Quartal 2023 zeigen, dass bei den beiden aus dem TSVG verbliebenen Kompensationsmöglichkeiten, dem **Hausarztvermittlungsfall und dem Angebot der offenen Sprechstunde, Honorarsteigerungen festzustellen sind**, insbesondere aber **bei der offenen Sprechstunde noch weiteres Kompensationspotential gesehen wird**.

Speziell bei der offenen Sprechstunde ist dennoch wichtig und zu beachten:

1. Die praxisindividuelle **Obergrenze liegt weiterhin bei 17,5% der Arztgruppenfälle in der Praxis**. Wenn eine Praxis mehr Fälle in der offenen Sprechstunde abrechnet, entscheidet ein Zufallsgenerator, welche Fälle zu den vorteilhaften Bedingungen der offenen Sprechstunde vergütet werden.
2. **Steigert die Fachgruppe den angeforderten Leistungsbedarf um mehr als 3%** im Vergleich zum Vorjahresquartal muss deren Honorarvolumen – nicht das der einzelnen Praxis – im Folgejahr um diesen Betrag **bereinigt** werden. In den ersten beiden Quartalen im Jahr 2023 haben bereits alle Fachgruppen, die offene Sprechstunde anbieten müssen, diese Grenze überschritten und lösen die Bereinigung im Folgejahr aus. Insofern zeichnen die Zahlen ein etwas zu positives Bild von der Honorarsituation 3/2023, da sich in den entsprechenden Quartalen des Folgejahrs

durch die Bereinigungssumme ein Absinken des RLV-/QZV-Volumens ergeben wird. Zwischenzeitlich überbrückt die KVBW die vorzunehmenden Bereinigungen für Ihre Fachgruppe aus Versorgungsbereichsspezifischen Rückstellungen.

Nachteilig ist die Bereinigungs-Regelung insbesondere für Praxen mit praxisindividuell wenig, aber in der Fachgruppe vielen Leistungen in der offenen Sprechstunde. Diese zu bereinigenden Anteile des fachärztlichen Honorarplus werden im Folgejahr (erstmalig im Quartal 1/2024) die Honorarerwartungen zu Lasten der gesamten Fachgruppe, nicht praxisindividuell, reduzieren. Wichtig ist auch weiterhin der Hinweis, das erreichte **Fallzahlniveau** bei den verbliebenen TSVG-Fallkonstellationen im Verlauf nach Möglichkeit **nicht zu senken, da die so erbrachten Fälle im Folgejahr kein RLV/QZV auslösen.**

Bei mittlerweile rückläufigen Inflationsraten, der für 2024 höchsten je verhandelten Steigerung des Orientierungswertes um +3,85% und unserem demgegenüber nochmals besseren Honorarabschluss auf Landesebene mit einem Gesamthonorarplus von 6,1% in Bezug auf die MGV gehen wir vorsichtig optimistisch ins neue Jahr. Dennoch müssen wir die Forderungen der Kampagne #PraxenKollaps, insbesondere hinsichtlich tragfähiger Finanzierung unserer Praxen und Entbudgetierung aller Fachgruppen, weiter aufrechterhalten. Das Quorum der Bundestagspetition bei der KBV wurde im Dezember mit über 70.000 Unterschriften erfreulicherweise erreicht. Vielen Dank für Ihre Beteiligung. Wir werden uns auch im neuen Jahr weiterhin für Ihre Interessen und eine funktionierende Gesundheitsversorgung im Land Baden-Württemberg einsetzen!

Mit freundlichen kollegialen Grüßen
Ihr



Dr. med. Karsten Braun, LL. M.
Vorsitzender des Vorstandes

INFORMATION AGILES FRÜHWARNSYSTEM ARZNEIMITTEL

Mit der Einführung des Agilen Frühwarnsystems Baden-Württemberg im 3. Quartal 2022 wurde ein Informationssystem geschaffen, das der Ärzteschaft helfen soll, sich vor Einzelfallprüfungen im Arzneimittelbereich zu schützen. Die Zunahme dieser Prüfanträge in den vergangenen Quartalen ist ein Ärgernis für alle Praxen.

Die umgestaltete Frühinformation Arzneimittel (siehe Anlage 71) kommuniziert im modernen Layout gezielt die wichtigen Inhalte. Die ehemalige, dem Honorarbescheid beigelegte Fehlerliste Verordnungen (Anlage 76) wurde durch themenspezifische neue Berichte, die sogenannten **Verordnungshinweise** ersetzt:

- Verordnungshinweis – Arzneimittel-Richtlinie
- Verordnungshinweis – Bezugsweg Impfstoffe
- Verordnungshinweis – Sprechstundenbedarf
- Verordnungshinweis – Zielvereinbarungen

So können wir Sie noch gezielter auf Verordnungen hinweisen, die ein Risiko für eine Einzelfallprüfung darstellen. In der Frühinformation Arzneimittel zeigt der Abschnitt 1, ob Verordnungshinweise vorhanden sind.

Diese Verordnungshinweise sind nur noch im Mitgliederportal einsehbar und nicht mehr als Printversion im Honorarversand enthalten. Dies erlaubt uns, schnell auf neuartige Themenfelder im Prüfgeschehen mit einem neuen Bericht zu reagieren.

Bitte rufen Sie die Verordnungshinweise mit den für Ihre Praxis wichtigen Informationen online im Mitgliederportal ab und besprechen Sie diese bei Bedarf mit Ihrem Praxisteam. Die Verordnungshinweise im Mitgliederportal helfen Ihnen, künftige Verordnungsfehler und damit Einzelfallprüfungen und Nachforderungen zu vermeiden.

Weitere Informationen:

www.kvbawue.de » Mitgliederportal

www.kvbawue.de/anleitung-da » Anleitung zum Abrufen der Verordnungshinweise

Bei Fragen zu Verordnungen:

Verordnungsberatung Arzneimittel

0711 7875-3663 oder verordnungsberatung@kvbawue.de

Hinweise zur Abrechnung – Quartal 3/2023

Mit diesem Honorarversand erhalten Sie den Honorarbescheid für das Quartal 3/2023 sowie die dazugehörigen Abrechnungsunterlagen. Zum besseren Verständnis geben wir Ihnen die folgenden Hinweise:

1. Für das Quartal 3/2023 werden Ihnen folgende weitere **Honorarzahlen** im Honorarbescheid ausgewiesen, sofern Sie vom jeweiligen Sachverhalt betroffen sind und einen entsprechenden Bescheid erhalten haben:

- Härtefallzahlungen
Die aus Härtefallregelungen resultierenden Nachzahlungen sind im Honorarbescheid 3/2023 gutgeschrieben.
- Prüfergebnisse Krankenkassen
Sie erhalten mit der vorliegenden Abrechnung ggf. Belastungen für Korrekturen früherer Quartale. Die Kassen hatten im Rahmen der Übermittlung ihrer Prüfergebnisse mitgeteilt, dass für bestimmte Leistungen bzw. Patienten keine Leistungspflicht bestehen würde. Zur Umsetzung dieser Angaben wurden wir verpflichtet. Die entsprechenden Berichtigungsbescheide gingen Ihnen bereits gesondert zu.
- Sonstige Korrekturen
Für die Quartale 4/2018 bis 2/2023 wurden nachträglich sachlich-rechnerische Berichtigungen, HVM- und/oder Widerspruchsentscheidungen umgesetzt. Geringe Veränderungen von +/- 1,00 Euro, die gegebenenfalls aus Rundungsdifferenzen resultieren, wurden nicht verbucht.

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

2. TI-Sanktionen

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

3. TI-Musterverfahren

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

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

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

4. **TSS- und Hausarzt-Vermittlungsfall immer als Überweisungsfall abrechnen (außer überweisungsfreie Fachgruppen)**

Um Abrechnungskorrekturen zu vermeiden und von der unbudgetierten Vergütung zu profitieren beachten Fachärzte bitte, dass beim TSS-Vermittlungsfall immer eine Überweisung vorgelegt (außer bei den überweisungsfreien Fachgruppen – das sind Haus- und Kinderärzte, Augenärzte, Frauenärzte sowie Psychotherapeuten – sowie Akutfälle) und auch entsprechend über diesen Überweisungsfall abgerechnet werden muss.

5. Zu der auf der Abrechnungsunterlage **Kennzahlenblatt 3. Quartal 2023** ausgewiesenen Quote GKV (Quote der nicht honorierten Leistungen) geben wir Ihnen folgende weitere Erläuterungen:

Die ausgewiesene Quote stellt den prozentualen Anteil des nicht honorierten Leistungsbedarfs am angeforderten Leistungsbedarf für Ihre Praxis dar.

Dabei ist zu berücksichtigen, dass sich die RLV-/QZV-Grenzvolumen weiterhin im Rahmen einer budgetierten Gesamtvergütung

(MGV) und unter dem Grundsatz eines „kalkulierbaren und planbaren Honorars“ entsprechend den Regelungen in unserem HVM auf der Basis der RLV-relevanten Fallzahlen des Vorjahresquartals berechnen.

Feste Preise (100%-Auszahlung) können deshalb nur im Rahmen des Ihnen für Ihre Praxis vor Quartalsbeginn zugewiesenen RLV-/QZV-Grenzvolumens und nur bis zu den im Vorjahresquartal erbrachten RLV-relevanten Fallzahlen garantiert werden – vorausgesetzt der Leistungsbedarf wird entsprechend angefordert.

Für den über das RLV-/QZV-Grenzvolumen hinaus angeforderten Leistungsbedarf stellen die Krankenkassen keine zusätzlichen Finanzmittel für eine adäquate Honorierung zur Verfügung. Einer praxisindividuellen Fallzahlsteigerung im Abrechnungsquartal kann deshalb in Bezug auf das Honorar nicht Rechnung getragen werden und führt zwangsläufig zu einem höheren Anteil nicht honorierter Leistungen und zu einem rückläufigen praxisindividuellen (Honorar-) Scheinwert.

Wir möchten an dieser Stelle darauf hinweisen, dass sich das Honorar einer Praxis aus mehreren Komponenten zusammensetzt. Neben den Leistungen innerhalb der MGV (RLV, QZV und Freie Leistungen – z.B. Akupunktur) sind auch die Leistungen außerhalb der MGV (sog. Einzelleistungen, die nicht einer Mengenbegrenzung unterliegen – z.B. Prävention, ambulantes Operieren, DMP) ein wichtiger Bestandteil des Honorars und müssen in die Gesamtbetrachtung des Honorarergebnisses mit einbezogen werden.

6. Als **Anlagen** zu den Hinweisen zur Abrechnung des Quartals 3/2023 finden Sie:

- Auszahlungsquoten infolge der Honorarverteilung und Mengensteuerung 3/2023
- Auszahlungsübersicht 3/2023

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

Telefon: 0711/7875 - 3397

E-Mail: abrechnungsberatung@kvbawue.de

Ihr



Cornel-Andreas Güss

Leiter des Geschäftsbereichs Abrechnung

Auszahlungsquoten – Quartal 3/2023

infolge der Honorarverteilung und Mengensteuerung von Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV)

Hinweis: Aus Gründen der Übersichtlichkeit wird in der tabellarischen Darstellung bei der Angabe der 5-stelligen Gebührenordnungspositionen i.d.R. auf die Angabe der zugrundeliegenden Gebührenordnung (EBM) verzichtet. Ebenfalls entfällt die Aufführung der Abkürzung für Gebührenordnungsposition (GOP).

(1.) Quote für die Honorierung von Leistungen aus den Vergütungsvolumen für Laborleistungen, für Leistungen im Bereitschaftsdienst und Notfall, für die fachärztliche Grundversorgung und für die Leistungen der Humangenetik sowie aus Vorwegabzügen innerhalb der Versorgungsbereiche

Die von den Krankenkassen/Verbänden für die Honorarverteilung zur Verfügung gestellte MGV wird entsprechend der bundeseinheitlichen Vorgaben auf den haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich sowie die Leistungsbereiche Labor (ausschließlich Wirtschaftlichkeitsbonus und auf Muster 10 veranlasste Laboruntersuchungen), Bereitschaftsdienst und Notfall, Kinder- und Jugendärzte (Kap. 4 ohne GOP 04003-04005 EBM), fachärztliche Grundversorgung (PFG) und Humangenetik (Genetisches Labor) verteilt. Die Leistungsanforderungen für Labor, Bereitschaftsdienst und Notfall, Kinder- und Jugendärzte, 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 Labor (eigenerbracht oder bei hausärztlicher Veranlassung über Muster 10A) sowie regionale Zuschläge beispielsweise für nichtärztliche Praxisassistenten (GOP 99981 EBM); im fachärztlichen Versorgungsbereich Labor (Laborpauschale GOP 01700, 01701, 12210, 12220, 12225 EBM, eigenerbracht oder bei fachärztlicher Veranlassung über Muster 10A), die pathologischen und zytologischen Leistungen Kapitel 19 EBM sowie regionale Zuschläge beispielsweise für onkologische/immunologische Betreuung und psychiatrische Behandlung (GOP 99983, 99996 EBM).

Dabei werden die belegärztlichen Leistungen mit einer Quote von 100% honoriert. Die regionalen Zuschläge werden in der mit den Krankenkassen in der jeweiligen Vergütungsvereinbarung gemäß § 9 abgestimmten Höhe vergütet. Bei den übrigen Leistungen wird das Vergütungsvolumen durch die abgerechneten und anerkannten Honoraranforderungen der betreffenden Ärzte im jeweiligen Abrechnungsquartal geteilt und ergibt die jeweilige Quote für diese Leistungen.

Versorgungsbereichsübergreifend	Quote in %
Laborwirtschaftlichkeitsbonus 32001, Laborveranlassung Muster 10	91,58 **
Leistungen im Bereitschaftsdienst und Notfall	100,00

Hausärztlicher Versorgungsbereich	Quote in %
Kurativ-stationäre Leistungen außerhalb Kap. 36	100,00
Labor eigenerbracht oder bei hausärztlicher Veranlassung über Muster 10A	100,00
Kinder- und Jugendärzte Kap. 4 ohne 04003-04005	100,00

Fachärztlicher Versorgungsbereich	Quote in %
Kurativ-stationäre Leistungen außerhalb Kap. 36	100,00
Laborpauschalen 01699, 01700, 01701, 12210, 12220, 12225, 12230	89,00 *
Labor eigenerbracht oder bei fachärztlicher Veranlassung über Muster 10A	
Pathologische und zytologische Leistungen Kap. 19 und 08315	77,12
Genetisches Labor – tlw. Abschnitt 11.4, 19.4	72,76
Pauschale für fachärztliche Grundversorgung (PFG)	91,67
Humangenetische Beurteilung 01841, 01842, 11230, 11233-11236	83,99

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

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

Arztgruppe / Fachärzte für	Quote in %
Innere u. Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Prakt. Ärzte, Innere Medizin (HÄ VB)	100,00
Anästhesiologie	23,23
Augenheilkunde	34,85
Chirurgie, Kinderchirurgie, Plastische Chirurgie, Herzchirurgie	21,61
Neurochirurgie	11,23
Frauenheilkunde mit u. ohne fakultativer WB Endokrinologie u. Reproduktionsmedizin	23,40
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	21,18
Haut- und Geschlechtskrankheiten	72,53
Innere Medizin ohne Schwerpunkt, fachärztlicher Versorgungsbereich	39,77
Angiologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	32,38
Endokrinologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	9,06
Gastroenterologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	25,24
Hämato-/Onkologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	11,91
Kardiologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	14,55
Kardiologie u. invasiver Tätigkeit, Innere Medizin mit Schwerpunkt	23,29
Pneumologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	19,71
Rheumatologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	8,48
Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	4,31
Nervenheilkunde, Neurologie	17,78
Nuklearmedizin ohne Genehmigung für MRT	15,41
Nuklearmedizin mit Genehmigung für MRT	15,53
Orthopädie	37,60
Phoniatrie, Pädaudiologie und Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen	47,56
Psychiatrie und Psychotherapie	14,24
Diagnostische Radiologie ohne Vorhaltung von CT und MRT	15,56
Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT	22,07
Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von MRT	17,65
Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT und MRT	12,85
Urologie	62,50
Physikalisch-Rehabilitative Medizin	14,21

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

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

Hausärztlicher Versorgungsbereich, Fachärzte für	Quote in %
Innere u. Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Innere Medizin (HÄ VB)	
Akupunktur	100,00
Kleinchirurgie	100,00
Langzeit-EKG	100,00
Nicht-ärztliche Praxisassistenten	100,00
Phlebologie	100,00
Proktologie	100,00
Übrige psychotherapeutische Leistungen	100,00
Sonographie II	100,00
Teilradiologie	100,00
Kinder- und Jugendmedizin	
Übrige Leistungen	100,00
Fachärztlicher Versorgungsbereich, Fachärzte für	Quote in %
Anästhesiologie	
Akupunktur	100,00
Narkosen (bei zahnärztlicher Behandlung)	80,00
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	80,00
Augenheilkunde	
Elektroophthalmologie	90,94
Fluoreszenzangiographie	80,00
Kontaktlinsenanpassung	80,00
Strukturpauschale für konservative Augenärzte	85,92
Chirurgie, Kinderchirurgie, Plastische Chirurgie, Herzchirurgie	
Akupunktur	100,00
Gastroenterologie, Bronchoskopie	95,77
Phlebologie	80,00
Proktologie	100,00
Neurochirurgie	
Akupunktur	80,00
Frauenheilkunde mit und ohne fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	
Empfängnisregelung, Sterilisation oder Schwangerschaftsabbruch	81,09
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	80,00
Übrige psychotherapeutische Leistungen	80,00 *
Sonographie Brustdrüsen	82,21
Stanzbiopsie	94,21
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	
Kardiorespiratorische Polygraphie	80,00

Haut- und Geschlechtskrankheiten	
Dermatologische Lasertherapie	100,00
Besuche	100,00
Phlebologie	100,00
Proktologie	100,00
Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	
Gastroenterologie	100,00
Langzeit-EKG	82,50
Nuklearmedizinische Leistungen	80,00
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	100,00
Endokrinologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	
Nuklearmedizinische Leistungen	80,00
Gastroenterologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	
Gastroenterologie	94,65
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	80,00
Hämato-/ Onkologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	
Gastroenterologie	100,00
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	80,00
Kardiologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	
Kardiorespiratorische Polygraphie	80,00
Langzeit-EKG	80,00
Nuklearmedizinische Leistungen	100,00
Kardiologie und invasiver Tätigkeit, Innere Medizin mit Schwerpunkt	
Langzeit-EKG	100,00
Pneumologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	
Bronchoskopie	100,00
Rheumatologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	
Akupunktur	98,77
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	80,00
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	
Übrige Leistungen	86,65
Nervenheilkunde und Neurologie	
Akupunktur	80,00
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	80,00
Nuklearmedizin ohne Genehmigung für MRT	
Zuschlag SPECT	80,00
Orthopädie	
Akupunktur	100,00
Phoniatrie, Pädaudiologie und Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen	
Phoniatrisch-pädaudiologische Leistungen	100,00
Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT	
CT-gesteuerte Intervention	80,00
Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT und MRT	
CT-gesteuerte Intervention	80,00
Urologie	
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	100,00
Stoßwellenlithotripsie	80,00 *
Urodynamik	100,00
Physikalisch-Rehabilitative Medizin	
Akupunktur	89,27
Ärzte mit Teilnahme Qualitätssicherungsvereinbarung zur SMT-Versorgung	
Zuschlag schmerztherapeutische Einrichtungen 30704	84,96 **
Akupunktur 30790, 30791 im Rahmen der SMT-Versorgung	80,00 **

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

Den Honorartöpfen für nachfolgende Fachgruppen und Leistungsbereiche wird – nach Vergütung der abgerechneten und anerkannten Kostenpauschalen (Kapitels 40 EBM) und Delegationsfähigen Leistungen (Kapitel 38 EBM) in voller Höhe – der tatsächliche Leistungsbedarf aus dem Abrechnungsquartal 3/2023 gegenübergestellt. Daraus ergeben sich die jeweiligen Quoten.

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

Sonstige Arztgruppen	Quote in %
Ermächtigte (Krankenhaus-) Ärzte und Institute	95,36
Sonstige Arztgruppen (z.B. Nephrologen, Pathologen, Strahlentherapeuten, Laborärzte, Laborgemeinschaften, etc.), Krankenhäuser, Kliniken	84,40

Psychotherapeuten	Quote in %
(Restliche) Leistungen von Psychotherapeuten die innerhalb der MGV vergütet werden	76,65

* Mindestquote

** Tatsächliche Auszahlungsquote für den hausärztlichen Versorgungsbereich ist 100%

Auszahlungsübersicht: Gesamthonorar GKV kollektiv

1.291.312.317 €

Leistungen außerhalb der MGV 503.311.881 €		Leistungen innerhalb der MGV 788.000.436 €	
HA	FA/PT	HA	FA/PT
Leistg. u. Begleitstg. § 115b 255.392 € 83.522.099 €		Labor² 3.511.774 € 52.511.734 €	
Ambulantes Operieren 734.425 € 14.084.597 €		Bereitschaftsdienst und Notfall 2.332.720 € 23.426.674 €	
Prävention 19.172.980 € 63.157.287 €		Kinder- u. Jugendärzte 39.799.147 €	
Psychotherapie ¹ 1.235.212 € 82.302.500 €		Labor ³ 6.320.355 €	Labor ⁴ 16.379.211 €
DMP 17.416.635 € 4.024.932 €		RLV/QZV 261.958.064 €	RLV/QZV 273.201.949 €
Belegärztliche Leistungen 47.706 € 3.026.461 €		FL 8.790.152 €	FL 73.528.137 €
Leistungen TSVG 1.053.281 € 38.662.889 €		PFG 13.041.036 €	
Sonstige/regionale Leistungen 37.044.034 € 137.571.451 €		Genetisches Labor 13.199.483 €	

Hinweise:

- ohne Honorarumsätze aus Selektivverträgen, welche nicht über die KVBW abgerechnet werden
- berücksichtigt sind Leistungen gegenüber bereichseigenen und bereichsfremden Versicherten
- inkl. Dialysesachkosten, ohne Honorarumsätze von Zentren für Psychiatrie (Auftragsabrechnung)
- ¹ Alle Leistungen der Psychotherapie die außerhalb der MGV vergütet werden
- ² Wirtschaftlichkeitsbonus, Allg. u. Spez. Untersuchungen bei Veranlassung über Muster 10
- ³ Allg. u. Spez. Untersuchungen (bei hausärztlicher Veranlassung ü. Muster 10 A o. eigenerbracht)
- ⁴ Allg. u. Spez. Untersuchungen (bei fachärztlicher Veranlassung ü. Muster 10 A o. eigenerbracht), Laborpauschalen
- FA/PT = Fachärztlicher Versorgungsbereich und psychotherapeutische Versorgung
- HA = Hausärztlicher Versorgungsbereich, GKV = Gesetzliche Krankenversicherung
- RLV = Regelleistungsvolumen, QZV = Qualifikationsgebundene Zusatzvolumen, FL = Freie Leistungen/Vorwegabzug
- MGV = Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, PFG = Pauschale für fachärztliche Grundversorgung