

Hinweise zur Abrechnung der KV Baden-Württemberg

ABRECHNUNGSQUARTAL 1 / 2014

Alles Gute.



Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Sehr verehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,

mit diesem Versand erhalten Sie die Honorarabrechnung sowie die Hinweise zur Abrechnung für das Quartal 1/2014.

Die Honorarauszahlung für dieses Quartal erfolgt unter Berücksichtigung der geänderten HVM-Regelungen, die zum 01.01.2014 in Kraft getreten sind, sowie unter Berücksichtigung des **Vertragsabschlusses mit den Krankenkassen zum Honorar 2014**, über den wir Sie mit getrennter Post bereits informierten.

Im Gesamtergebnis ist gegenüber dem Vorjahresquartal eine Honorarsteigerung von über 5% festzustellen, die sich in den Honorarergebnissen bei nahezu allen Fachgruppen positiv ausdrückt, aber natürlich praxisindividuell vom Leistungsumfang und Leistungsspektrum (z.B. extrabudgetäre Leistungen) abhängig ist. Dies sind auf der Basis der vom Vorstand abgeschlossenen Honorarverträge knapp 50 Mio. Euro mehr Honorar im Quartal 1/2014 im Vergleich zum Vorjahresquartal, zuzüglich der Vergütung der neuen Notfalldienst-Strukturen von ca. 2 Mio. Euro.

Im **hausärztlichen Versorgungsbereich** ist es im Quartal 1/2014 erneut gelungen **alle abgerechneten und anerkannten Leistungen** mit den **festen Preisen** der Euro-Gebührenordnung – also **zu 100%** – auszubezahlen. Das kommt in jeder Praxis an, wissend dass die im EBM hinterlegte Preisfindung nicht dem Leistungsspektrum der Ärzte entspricht. Darüber hinaus werden zur Förderung der geriatrischen und palliativen Versorgung sowie der Versorgung von Kindern mit chronischen Erkrankungen und / oder Behinderungen zusätzlich 7 Mio. Euro Honorar mehr ausbezahlt.

Im **fachärztlichen Versorgungsbereich** kann **alleine** durch die "Pauschale für fachärztliche Grundversorgung" (**PFG**) **knapp 11 Mio. Euro mehr Honorar** ausbezahlt werden. Darüber hinaus werden alle Leistungen des ambulanten Operierens und stationärsersetzender Eingriffe sowie alle Begleitleistungen nach dem Vertrag des § 115b SGB V zu festen Preisen der Euro-Gebührenordnung (zu 100%) ausbezahlt.

Ich darf Ihnen für die bevorstehende Urlaubszeit alles Gute wünschen, hoffe, dass Sie gut und gesund aus dem Urlaub zurückkommen und versichere Ihnen, dass wir unablässig intensiv und leidenschaftlich an einer Verbesserung der Rahmenbedingungen ärztlicher und psychotherapeutischer Tätigkeit auch in den heißen Sommermonaten, die uns aufgrund des zu erwartenden Entwurfes einer erneuten "Gesundheitsreformgesetzgebung" bevorstehen, weiter arbeiten werden.

Mit freundlichen Grüßen, schönen Sommer, chillen Sie, Sie haben es verdient

Ihr



Dr. med. Norbert Metke
Vorsitzender des Vorstands

Honorarabrechnung Quartal 1/2014

Mit diesem Honorarversand erhalten Sie den Honorarbescheid für das Quartal 1/2014 sowie die dazugehörigen Abrechnungsunterlagen. Zum besseren Verständnis geben wir Ihnen die folgenden Anmerkungen:

1. Für das Quartal 1/2014 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 1/2014 gutgeschrieben.
- **Sonstige Korrekturen**
Für die Quartale 1/2009 bis 4/2013 wurden nachträglich sachlich-rechnerische Berichtigungen, HVV- 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. Zu der auf der Abrechnungsunterlage **Kennzahlenblatt 1. Quartal 2014** ausgewiesenen Quote GKV (Anteil nicht honorierter Leistungen) geben wir Ihnen folgende weitere Erläuterungen:

Die ausgewiesene Quote stellt den prozentualen Anteil des 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-Grenzvolumen 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.

3. Abgleich von Abrechnung und DMP-Dokumentationen ab Quartal 1/2014

Seit dem Abrechnungsquartal 1/2014 erhält die KVBW die Gültigkeitsinformationen der Datenannahmestellen Interforum (für die AOK BW) und Swiss Post Solutions GmbH (für BKKen, IKKen, Knappschaft und Ersatzkassen) für einen quartalsgleichen Abgleich der dort vorliegenden DMP-Dokumentationen mit den über die KVBW abgerechneten Leistungspositionen.

Arbeitserleichterung durch zeitnahen Prüfmechanismus

Damit kommt die KVBW dem Wunsch zahlreicher DMP-Praxen nach. Werden die Daten erst nachgehend von den Kassen beanstandet, sind in den Praxen jeweils aufwändige Recherchen erforderlich. Mit den quartalsgleichen Prüfungen sollen entsprechende Kassenanträge vermieden werden.

Mögliche Fehlerquellen der Praxis bei Berichtigung durch KVBW

Eingangsbestätigung vorhanden?

Bei Berichtigung durch die KVBW sollte von der Praxis geprüft werden, ob Eingangsbestätigungen für die betreffenden Fälle / Dokumentationen vorliegen. Die Bestätigungen sollten einen Barcode enthalten.

Übermittlungsprotokoll nicht ausreichend

Die Übermittlungsprotokolle der Praxissoftware sind nicht ausreichend, da dort lediglich der Versand, aber nicht der Erhalt protokolliert ist. Tests für das Quartal 4/2013 ergaben verschiedene Fehlerquellen beim Übermittlungsvorgang.

Erstdokumentationen zeitnah an die Datenannahmestelle übermitteln

Die Leistungspositionen für die Erstdokumentationen werden ebenfalls quartalsgleich geprüft, obwohl die Nachreichungsfrist für diese Dokumentationsart noch nicht abgelaufen ist, da fast alle Praxen sämtliche Erstdokumentationen bereits innerhalb des zur Durchführung des Prüfalgorithmus der KVBW notwendigen Zeitrahmens einreichen.

Empfehlung der KVBW

Zeitlich korrelierende Abrechnung der Fälle mit der KV und Übermittlung der Dokumentation an die Datenannahmestelle

Da die quartalsgleiche Prüfung durchgeführt wird, sollten Praxen zeitgerecht mit dem Übermitteln der Dokumentationen an die Datenannahmestelle auch die Behandlungsfälle abrechnen. Würden nämlich die Leistungen als Nachzüglerfall in einem Folgequartal abgerechnet, könnte die (quartalsgleiche) Gültigkeitsinformation nicht mehr greifen.

Widerspruch gegen Berichtigung in definierten Fällen sinnvoll

Ein Widerspruch erscheint insbesondere dann aussichtsreich, wenn eine Berichtigung mit der Begründung fehlender Dokumentation erfolgt, obwohl eine fristgerechte Eingangsbestätigung vorliegt (z. B. wenn spät aber noch fristgerecht übermittelt wird).

Weitere Informationen:

Die KVBW hat ein Merkblatt „DMP-Abrechnungsprüfung“ entwickelt und auf deren Homepage eingestellt.

4. Als **Anlagen** zu den Hinweisen zur Abrechnung 1/2014 finden Sie:

- Auszahlungsquoten infolge der Honorarverteilung und Mengensteuerung
- Auszahlungsübersicht 1/2014

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

Tel. → 0711/7875-3397

E-Mail: abrechnungsberatung@kvbawue.de

Ihr 

Cornel-Andreas Güss
Leiter des Geschäftsbereichs Abrechnung

Aktuelle Veranstaltungstermine und sonstige Informationen erhalten Sie mit einem gesonderten Rundschreiben in Kürze!

Auszahlungsquoten infolge der Honorarverteilung und Mengensteuerung von Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) Quartal 1/2014

(1.) Quote für die Honorierung von Leistungen aus Vorwegabzügen

Die von den Krankenkassen/Verbänden für die Honorarverteilung zur Verfügung gestellte MGV wird entsprechend der bundeseinheitlichen Vorgaben auf den haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich verteilt. Im Zuge der Ermittlung des trennungsrelevanten Verteilungsvolumens werden Vorwegabzüge für Laborleistungen und für Leistungen des organisierten Notfalldienstes gebildet. Die Anforderungen aus diesen Leistungsbereichen werden mit den nachstehenden Quoten honoriert.

Ebenfalls im Rahmen eines Vorwegabzugs honoriert werden je Versorgungsbereich die Leistungsanforderungen für belegärztliche Leistungen außerhalb Kapitel 36 EBM, im hausärztlichen Versorgungsbereich die im Rahmen des Hausarzt-EBM neu eingeführten 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), die pathologischen und zytologischen Leistungen Kapitel 19 EBM, das genetische Labor sowie die Pauschale für fachärztliche Grundversorgung (PFG). Dabei werden die belegärztlichen Leistungen mit einer Quote von 100% honoriert. Bei den übrigen Leistungen wird das Vergütungsvolumen des Vorwegabzuges durch die abgerechneten und anerkannten Honoraranforderungen der betreffenden Ärzte im jeweiligen Abrechnungsquartal geteilt und ergibt die jeweilige Quote für diese Leistungen.

Versorgungsbereichsübergreifend:	Quote in %
Grundleistungen für Laborärzte (GOP 12210, 12220)	144,58
Laborwirtschaftlichkeitsbonus (GOP 32001)	100,00
GOP 32025, 32026, 32027, 32035, 32036, 32037, 32038, 32039, 32097, 32150	100,00
restliche Laborleistungen Kap. 32.2 und 32.3 EBM	91,58
Leistungen im organisierten Notfalldienst	100,00

Hausärztlicher Versorgungsbereich:	Quote in %
Kurativ-stationäre Leistungen außerhalb Kapitel 36 EBM	100,00
Geriatric/Palliativmedizin/Sozialpädiatrie	100,00

Fachärztlicher Versorgungsbereich:	Quote in %
Kurativ-stationäre Leistungen außerhalb Kapitel 36 EBM	100,00
Laborgrundpauschale für Nicht-Laborärzte (GOP 12225, 01701)	100,00
Pathologische und zytologische Leistungen Kapitel 19 EBM	70,06
Genetisches Labor (GOP 11220, 11320 bis 11322, Kap. 11.4 EBM)	58,25
Pauschale für fachärztliche Grundversorgung (PFG)	77,72

(2.) Quote für abgestaffelt zu vergütende Leistungen

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. Z.B. bedeutet dies für die Fachärzte für Augenheilkunde, dass diese Leistungen (also der über das RLV/QZV-Volumen abgerechnete Leistungsbedarf) nur noch mit einer Quote in Höhe von 13,61%, was nur noch einem Punktwert von 1,379 Cent entspricht, honoriert werden.

RLV / QZV:	Quote in %
Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, hausärztlicher Versorgungsbereich	100,00
Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	100,00
Fachärzte für Anästhesiologie	11,84
Fachärzte für Augenheilkunde	13,61
Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie und für Herzchirurgie	13,75
Fachärzte für Neurochirurgie	15,56
Fachärzte für Frauenheilkunde mit und ohne fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	15,03
Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	8,80
Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten	23,97
Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, fachärztlicher Versorgungsbereich	17,39
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie	6,05
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Endokrinologie	22,66
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie	18,49
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/Onkologie	14,30
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie	8,25
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie und invasiver Tätigkeit	7,17
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie	8,86
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie	7,44
Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	13,43
Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie mit Teilnahme an der Sozialpsychiatrischen Vereinbarung	8,66
Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	4,39
Fachärzte für Nervenheilkunde und Fachärzte für Neurologie	34,91
Fachärzte für Nuklearmedizin ohne Genehmigung für MRT	12,06
Fachärzte für Nuklearmedizin mit Genehmigung für MRT	6,60
Fachärzte für Orthopädie	18,63
Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie	12,39
Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie	23,57
Fachärzte für Diagnostische Radiologie ohne Vorhaltung von CT und MRT	72,37
Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT	26,82
Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von MRT	7,79
Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT und MRT	8,26
Fachärzte für Urologie	22,10
Fachärzte für Physikalisch-Rehabilitative Medizin	11,90

(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 (vgl. Fußnote *).

Hausärztlicher Versorgungsbereich:	Quote in %
Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, hausärztlicher Versorgungsbereich	
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
Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	
Richtlinienpsychotherapie	100,00
Hyposensibilisierung	100,00

Fachärztlicher Versorgungsbereich:	Quote in %
Fachärzte für Anästhesiologie	
Akupunktur	52,93
Narkosen bei zahnärztlicher Behandlung	76,43
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	100,00
Fachärzte für Augenheilkunde	
Elektroophthalmologie	75,16
Fluoreszenzangiographie	85,99
Kontaktlinsenanpassung	86,10
Strukturpauuschale für konservative Augenärzte	80,00 *
Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie und für Herzchirurgie	
Akupunktur	60,12
Gastroenterologie, Bronchoskopie	77,08
Phlebologie	63,57
Proktologie	71,41
Fachärzte für Neurochirurgie	
Akupunktur	42,87
Fachärzte für Frauenheilkunde mit und ohne fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	
Empfängnisregelung, Sterilisation oder Schwangerschaftsabbruch	69,29
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	52,34
Richtlinienpsychotherapie	80,00 *
Sonographie Brustdrüsen	67,98
Stanzbiopsie	80,00 *

Fachärztlicher Versorgungsbereich (Fortsetzung):	Quote in %
Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	
Kardiorespiratorische Polygraphie	62,30
Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten	
Dermatologische Lasertherapie	79,88
Besuche	100,00
Phlebologie	91,31
Proktologie	99,78
Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbe- reich angehören	
Gastroenterologie	65,34
Langzeit-EKG	100,00
Nuklearmedizinische Leistungen	99,42
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	42,98
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Endokrinologie	
Nuklearmedizinische Leistungen	100,00
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie	
Gastroenterologie	58,38
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	65,10
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/Onkologie	
Gastroenterologie	71,52
Nuklearmedizinische Leistungen	100,00
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	65,53
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie	
Kardiorespiratorische Polygraphie	89,07
Langzeit-EKG	79,26
Nuklearmedizinische Leistungen	55,16
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie und invasiver Tätigkeit	
Herzkatheteruntersuchung inkl. Beobachtungs- und Betreuungsleistungen	80,00 *
Langzeit-EKG	58,28
Serienangiographie inkl. Beobachtungs- und Betreuungsleistungen	67,81
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie	
Bronchoskopie	100,00
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie	
Akupunktur	91,17
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	65,48
Fachärzte für Nervenheilkunde und Fachärzte für Neurologie	
Akupunktur	100,00
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	67,71
Fachärzte für Nuklearmedizin ohne Genehmigung für MRT	
Zuschlag SPECT	73,04
Fachärzte für Orthopädie	
Akupunktur	72,58
Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie	
Phoniatrisch-pädaudiologische Leistungen	63,47

Fachärztlicher Versorgungsbereich (Fortsetzung):	Quote in %
Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT	
CT-gesteuerte Intervention	100,00
Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT und MRT	
CT-gesteuerte Intervention	100,00
Fachärzte für Urologie	
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	66,48
Stoßwellenlithotripsie	80,00 *
Urodynamik	100,00
Zystoskopie	87,50
Fachärzte für Physikalisch-Rehabilitative Medizin	
Akupunktur	70,73
Ärzte mit Teilnahme an der Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung	
Zuschlag schmerztherapeutische Einrichtungen (GOP 30704)	84,15
Akupunktur (GOP 30790, 30791) im Rahmen der schmerztherapeutischen Versorgung	79,23

(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 des Kapitels 40 EBM in voller Höhe – der tatsächliche Leistungsbedarf aus dem Abrechnungsquartal 1/2014 gegenübergestellt. Daraus ergeben sich die jeweiligen Quoten.

Sonstige Arztgruppen	
Ermächtigte (Krankenhaus-) Ärzte und Institute	80,00 *
Sonstige Arztgruppen (z.B. Nephrologen, Pathologen, Strahlentherapeuten, Laborärzte, Laborgemeinschaften, etc.), Krankenhäuser, Kliniken	80,00 *
Psychotherapeuten	
Nicht antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen Kapitel 35.1 (ohne GNR 35150 EBM) und 35.3 EBM sowie restliche Leistungen von Psychotherapeuten	80,00 *

* Mindestquote

GKV-Abrechnung 1/2014 - KV BW - bereichseigene und bereichsfremde Versicherte¹⁾
 1.063.317.824 € (einschließlich Leistungen außerhalb MGV, inkl. Dialysesachkosten, exkl. Ausbildungsinstitute)

morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV)
 706.811.401 €

Vorwegabzug von der MGV Hausärzte und Fachärzte und Psychotherapeuten	org. Notfalldienst 3.220.337 € 16.066.031 €	Labor 6.101.264 € 66.835.387 €
Leistungen außerhalb RLV nach Hausarzt-/Facharzt-Trennung Hausärzte und Fachärzte und Psychotherapeuten	freie Leistungen 13.199.283 € 83.918.707 €	
Leistungen innerhalb RLV (inkl. QZV) Hausärzte und Fachärzte und Psychotherapeuten	RLV-/QZV-Leistungen 264.034.855 € 253.435.537 €	

Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (a MGV)
 356.506.423 €

Hausärzte und Fachärzte und Psychotherapeuten	Leistungen im Rahmen besonderer Verträge (z. B. DMP, etc.) 14.317.962 € 3.154.806 €	Sonstige und regional vereinbarte Leistungen 16.075.565 € 111.669.158 €	Psychotherapie (z. B. Kapitel 35.2 EBM, GNR 35150 EBM) 844.593 € 56.471.933 €	Ambulantes Operieren Kapitel 31, GNRn 13421 bis 13431 sowie 04514, 04515, 04518 und 04520 1.613.371 € 23.443.822 €
Hausärzte und Fachärzte und Psychotherapeuten	Prävention: Leistungen der Abschnitte 1.7.1 bis 1.7.4 19.994.256 € 47.424.438 €	Belegärztliche (kurativ-stationäre) Leistungen 85.772 € 5.832.172 €	Methadon 1.503.622 € 793.759 €	Leistungen nach § 115b SGB V 91.540 € 53.189.654 €

1) Auswertung nach Abzug Bereinigung Selektivvertrag