

Hinweise zur Abrechnung der KV Baden-Württemberg

ABRECHNUNGSQUARTAL 1 / 2019

Alles Gute.



Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Sehr verehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,

mit diesem Honorarversand erhalten Sie die Honorarabrechnung sowie die Hinweise zur Abrechnung für das Quartal **1/2019**.

Die Honorarauszahlung für das Quartal 1/2019 basiert auf dem guten Honorarabschluss der KVBW mit den Krankenkassen des Landes für das Jahr 2019. Über das Verhandlungsergebnis für das Jahr 2019 haben wir Sie bereits ausführlich informiert. Die konkreten Informationen hierzu finden Sie unter www.kvbawue.de.

Das Honorarergebnis für das Quartal 1/2019 zeigt wieder ein erfreuliches Bild.

Gegenüber dem Vorjahresquartal ist gesamthaft eine Honorarsteigerung von knapp **+3%** festzustellen, die sich in den Honorarergebnissen bei nahezu allen Fachgruppen positiv ausdrückt – natürlich immer praxisindividuell abhängig vom Leistungsumfang und Leistungsspektrum von z.B. extrabudgetären Leistungen oder von strukturellen Förderleistungen und unter Berücksichtigung der Bereinigung infolge der Teilnahme an Selektivverträgen.

Im **hausärztlichen Versorgungsbereich** werden bei Wegfall **aller** Mengenbegrenzungsmaßnahmen – einschließlich der Fallzahlbegrenzungsregelung – **weiterhin alle abgerechneten und anerkannten** Leistungen mit den festen Preisen der Euro-Gebührenordnung – also **zu 100%** – ausbezahlt.

Auch im **fachärztlichen Bereich** führen die umfangreichen extrabudgetären Leistungen zu einer **positiven Honorarentwicklung** – trotz Bereinigung durch die Selektivverträge.

Wichtige Hinweise zur Telematik-Infrastruktur (TI) sowie zur Vergütung neuer Leistungen infolge des TSVG:

Den Honorarunterlagen ist einmal eine Stellungnahme der KBV zur Sicherheit der TI-Anbindungen beigelegt. Alle diesem Rundschreiben beiliegenden Dokumente befinden sich auf der Seite der KBV „Technische Ausstattung für die TI“ (<https://www.kbv.de/html/30722.php>). Dort finden Sie auch weiterführende Informationen zur fachgerechten Installation der TI-Komponenten in Ihrer Praxis (Muster-Installationsprotokoll im Sinne einer Checkliste für Technikereinsatz vor Ort).

Ebenfalls beigelegt ist eine aktualisierte Fassung des Merkblatts der KVBW zur Abrechnung neuer Leistungen infolge des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (Stand 07. Juli 2019).

Herzlichst

Ihr



Dr. med. Norbert Metke
Vorsitzender des Vorstandes

Bekanntmachungen

Änderungen in der Honorarverteilung zum 1. April 2019 und zum 1. Juli 2019

Zum 11. Mai 2019 ist das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) in Kraft getreten. Für einige im TSVG neu installierte Vergütungsregelungen erfolgt nach den Vorgaben des Gesetzgebers eine Bereinigung zu Lasten der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) mit den arztgruppenspezifischen Auszahlungsquoten des jeweiligen Vorjahresquartals.

Infolgedessen hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) ihre für die Honorarverteilung der KV Baden-Württemberg bindenden Bundesvorgaben in Bezug auf die *Grundsätze der Bereinigung des zu erwartenden Honorars (Teil F)* am 15. Mai rückwirkend zum 11. Mai 2019 angepasst und das Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband zu diesen Änderungen hergestellt. Ergänzend wurden im Bewertungsausschuss mit Beschluss vom 19.06.2019 weitere Vorgaben zur Bereinigung der MGV vereinbart und u.a. für die verschiedenen TSVG-Konstellationen unterschiedliche Bereinigungszeiträume festgelegt.

Die Neuregelungen im Zuge des TSVG ziehen Anpassungen des Honorarverteilungsmaßstabs (HVM) zum 1. April 2019 nach sich.

Mit Wirkung zum 01. Juli 2019 haben die BKK Vertragsarbeitsgemeinschaft (VAG) Baden-Württemberg und die MEDIVERBUND AG einen neuen Selektivvertrag über eine besondere psychotherapeutische Versorgung von Patienten im ambulanten Bereich in Baden-Württemberg gemäß § 140a SGB V vereinbart.

Die hierzu abgestimmten Bereinigungsbeträge situativ wurden zum 1. Juli 2019 in den HVM aufgenommen.

Im Einzelnen hat die Vertreterversammlung in ihrer Sitzung am 10. Juli 2019 folgende Änderungen des HVM mit Wirkung zum 1. April bzw. 1. Juli 2019 beschlossen:

1. Änderungen zum 01. April 2019

- **Anpassungen im Anhang zu Anlage 4 HVM (Vorgaben der KBV zur Honorarverteilung)**

Mit dem Inkrafttreten des TSVG am 11. Mai 2019 erhalten weiterbehandelnde Fachärzte (incl. Psychotherapeuten) alle Leistungen in einem vom Hausarzt oder der Terminservice-stelle (TSS) als Terminfall vermittelten Behandlungsfall extrabudgetär vergütet. Gleiches gilt für Haus- sowie Kinder- u. Jugendärzten bei einer Terminvermittlung durch die TSS.

Ab September 2019 kommen mit den Zuschlägen auf die Versicherten- bzw. Grundpauschalen bei über die TSS vermittelten Terminen, den Zuschlägen für Haus- und Kinderärzte für eine dringende Terminvermittlung, der Aufnahme neuer Patienten sowie der verpflichtenden offenen Sprechstunde bei grundversorgenden Fachärzten (Eingrenzung auf 5 Stunden je Kalenderwoche) weitere Sachverhalte hinzu, die dann ebenfalls extrabudgetär vergütet werden. Für jede Vergütungsregelung findet nach den Vorgaben des Bewertungsausschusses gemäß § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V zeitlich variierend für jeweils vier Quartale eine basiswirksame Bereinigung zu Lasten der MGV statt – sog. „Entbudgetierung“ (§ 87a Abs. 3 Satz 7 SGB V). Keine Bereinigung erfolgt lediglich bei den Zuschlägen auf die Versicherten- bzw. Grundpauschale (Wartezeitzuschläge, Zuschlag Vermittlung Facharzttermin durch Hausarzt/Kinderarzt).

Aufgrund der Ausführungen des Gesetzgebers in der Begründung zum TSVG zur Durchführung geeigneter und neutraler Verfahren analog zu bisherigen bereinigungsrelevanten Tatbeständen hat die KBV ihre Vorgaben zu den Grundsätzen der Bereinigung des zu erwartenden Honorars zum 11. Mai 2019 angepasst.

Die in Teil F geänderten Vorgaben sehen zur arztseitigen Honorarbereinigung aufgrund der Entbudgetierung der MGV vor, dass von der Bereinigung ausschließlich diejenigen Ärzte betroffen sind, die die extrabudgetär gestellten Leistungen durchführen und abrechnen.

Da die KBV-Vorgaben fester Bestandteil des HVM sind, führt jede Änderung zwangsläufig zu einer Anpassung des HVM.

- **Anpassungen im Bereich der Vorwegabzüge im haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich – § 5 Abs. 3 HVM**

Für die konkrete arztseitige Bereinigung war eine regionale Regelung im HVM auszugestalten. Diese Neuregelung sieht vor, dass im maßgeblichen Bereinigungszeitraum die abgerechneten Leistungen im Behandlungsfall zu Lasten der jeweiligen Vergütungsquote der Grundbeträge, Vorwegabzüge, arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen gemäß § 5 Abs. 4, von Freien Leistungen und von arzt- und praxisbezogenen RLV sowie QZV gehen und von den einzelnen Vergütungsvolumen und Leistungsbereichen im betreffenden Abrechnungsquartal abgezogen werden.

2. Änderungen zum 01. Juli 2019

Neuer Vertrag gem. § 140a SGB V der BKK VAG

Zum 01.07.2019 hat die BKK VAG für ihre Versicherten mit der MEDIVERBUND AG einen Selektivvertrag über eine besondere psychotherapeutische Versorgung gemäß § 140a SGB V abgeschlossen.

Die für das 2. Halbjahr 2019 zutreffenden Bereinigungsbeträge situativ wurden mit dem Landesverband der Betriebskrankenkassen abgestimmt.

Sie finden die mitgeteilten Änderungen in der amtlich bekannt gemachten aktuellen Fassung des HVM auf unserer Homepage www.kvbawue.de in der Rubrik Verträge & Recht unter [Praxis/Verträge-Recht/Bekanntmachungen](#).

Zum HVM-Text gelangen Sie zudem wie gewohnt über den Link [Praxis/Verträge-Recht/Rechtsquellen/KVBW-Satzung-Rechtsquellen](#).

Allgemeine Informationen zum HVM und zur Honorarsystematik aus Fachgruppentöpfen, leistungsbezogenen Vergütungsanteilen, Freien Leistungen und einer Obergrenze aus Regelleistungsvolumen (RLV) und Qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV) halten wir für Sie bereit unter [Praxis/Abrechnung-Honorar/Arzthonorare/Archiv-Arzthonorare](#).

Bei der Gestaltung des HVM sind die *Vorgaben der KBV zur Honorarverteilung gem. § 87b Abs. 4 SGB V* zu beachten. Diese sind auf der Internetseite der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) veröffentlicht. Zudem ist dort aufgeführt, ab wann die jeweiligen KBV-Vorgaben gültig sind. Wir haben die KBV-Vorgaben für Sie auf unserer Homepage verlinkt unter [Praxis/Verträge-Recht/Rechtsquellen/KBV-Vorgaben](#).

Gerne stellen wir Ihnen im Einzelfall auf Anforderung den aktuellen HVM-Text auch in Papierform zur Verfügung. Bitte nehmen Sie diesbezüglich, oder wenn Sie Fragen haben, Kontakt mit unserer Abrechnungsberatung auf.

Sie erreichen uns unter:

Tel.: 0711 / 7875 - 3397

E-Mail: abrechnungsberatung@kvbawue.de

Dringender Hinweis zur Verordnungsweise von Arznei- und Heilmitteln zur Regressvermeidung

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 bzw. Nachforderung 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.

Aufgrund zeitversetzt zur Verfügung stehender **Heilmitteldaten** ist eine „Frühinformation“ Heilmittel nicht möglich.

Die **Heilmittel relevante individuelle Praxismorbidität** findet bei Heilmitteln in Form sog. **Besonderer Verordnungsbedarfe** und dem **Langfristigen Heilmittelbedarf** Berücksichtigung, indem Patienten mit bestimmten ICD 10 zu **definierenden Diagnosen** mit zeitlich begrenzt oder langfristig erhöhtem Behandlungsbedarf **faktisch nicht mehr in das jeweilige Verordnungsvolumen eingehen.**

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

Fragen zu Arzneimittel

(Frühinformation Arzneimittel Anlage 71, Fehlerliste Einzelverordnungen Anlage 76):

Tel.: 0711/7875-3663

<https://www.kvbawue.de/praxis/verordnungen/arzneimittel/vorsicht-nachforderung/>

<https://www.kvbawue.de/praxis/verordnungen/arzneimittel/richtwerte/>

Verordnungsforum: Nummer 42 und 44

Fragen zu Sprechstundenbedarf

(Fehlerliste Anlage 76):

Tel.: 0711/7875-3660

<https://www.kvbawue.de/praxis/verordnungen/sprechstundenbedarf/>

<https://www.kvbawue.de/praxis/verordnungen/sprechstundenbedarf/ssb-regress-nein-danke/>

Fragen zu Heilmittel

Tel.: 0711/7875-3669

<https://www.kvbawue.de/praxis/verordnungen/heilmittel/>

Verordnungsforum: Sonderausgabe Heilmittel-Richtwerte (Neuaufgabe 2018)

Hinweise zur Abrechnung – Quartal I/2019

Mit diesem Honorarversand erhalten Sie den Honorarbescheid für das Quartal I/2019 sowie die dazugehörigen Abrechnungsunterlagen. Zum besseren Verständnis geben wir Ihnen die folgenden Hinweise:

1. Für das Quartal I/2019 werden Ihnen folgende weitere **Honorarzahungen** 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 I/2019 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.
 - Angemessene Höhe der Vergütung psychotherapeutischer Leistungen
Die Verhandlungen zur Überprüfung der angemessenen Bewertung psychotherapeutischer Leistungen sind inzwischen abgeschlossen. Der daraus resultierende Beschluss des Bewertungsausschusses sieht vor, dass rückwirkend ab dem Jahr 2009 die Bewertungen psychotherapeutischer Leistungen beziehungsweise die Strukturzuschläge ab 2012, in mehreren Stufen angepasst werden. Über die Details zur Umsetzung des Beschlusses und die Zeitschiene der notwendigen Nachberechnungen haben wir Sie mit einem separaten Anschreiben Ende Juni informiert. Die daraus resultierenden Nachzahlungen der Jahre 2009 – 2011 sind im Honorarbescheid I/2019 gutgeschrieben. Die entsprechenden Bescheide gingen Ihnen bereits gesondert zu.
 - Saldierung bei Leistungsbegrenzung gem. § 101 SGB V ab dem Quartal 4/2018
Praxen, die eine Anstellung mit Leistungsbegrenzung haben oder in denen sich Ärzte einen Sitz im Rahmen des Jobsharings teilen, unterliegen je Quartal einer Obergrenze. Diese Grenze haben Sie vor dem Zulassungsausschuss anerkannt. Die festgelegte Obergrenze bezieht sich seit dem Quartal 4/2018 auf das gesamte Abrechnungsvolumen der Praxis und nicht nur auf das sog. „Jobsharing-Pärchen“. Wenn Sie diese Grenze überschreiten, werden die Mehrleistungen im betreffenden Quartal gestrichen. Nach vier vorliegenden Abrechnungen („Jobsharing-Jahr“) prüft die KV Baden-Württemberg von Amts wegen, ob innerhalb dieses Zeitraums eine Überschreitung mit einer Unterschreitung verrechnet (saldiert) werden kann. Ein Antrag Ihrerseits ist nicht erforderlich. Das Jobsharing-Jahr beginnt immer mit dem Quartal, in dem für Ihre Praxis die Leistungsbegrenzung erstmals zum Tragen kam (erste Obergrenze). Wichtig für Sie in Bezug auf die Saldierung ist, dass sich die Obergrenze am Leistungsbedarf in Euro (\neq Honorar) orientiert. Aus diesem Grund ist nach der Saldierung von Über- und Unterschreitungen im Jahresablauf eine Bewertung des saldierten Leistungsbedarfs mittels einer praxisindividuellen Honorarquote erforderlich, um den honorarmäßigen Wert der Berichtigung zu ermitteln. Die Honorarquote berechnet sich aus dem Verhältnis des ausgezahlten Honorar GKV zur anerkannten Leistungsanforderung im Jobsharing-Jahr und bildet die im Rahmen der Honorarverteilung geltenden Mengenbegrenzungsmaßnahmen (RLV, QZV, Quotierungen, etc.) ab. Der saldierte Leistungsbedarf wird schließlich mit dieser Honorarquote multipliziert und ergibt den Honorarumfang der sachlich-rechnerischen Gutschrift.

Eine entsprechende Gutschrift wird Ihnen im Honorarbescheid unter dem Buchungstext „Saldierung Jobsharing“ ausgewiesen.

Umgesetzt wird die Saldierung immer im letzten Abrechnungsquartal des Jobsharing-Jahres. Hat beispielsweise eine Praxis am 01.04.2017 einen Arzt mit Leistungsbegrenzung angestellt, dann werden mit der Abrechnung für das Quartal 1/2019 die Quartale 2/2018 bis 1/2019 (Jobsharing-Jahr) saldiert. Die Berechnung der Saldierung wird Ihnen in der Anlage 12A *Saldierung bei Leistungsbegrenzung § 101 SGBV* zum Honorarbescheid 1/2019 nachgewiesen.

Der Nachweis erfolgt auch dann, wenn sich keine Nachvergütung ergeben sollte, z.B. weil die Obergrenze immer überschritten wurde.

- Sonstige Korrekturen

Für die Quartale 1/2014 bis 4/2018 wurden nachträglich sachlich-rechnerische Berichtigungen, HVM- und/oder Widerspruchentscheidungen 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. Hinweis zur **Neuberechnung von Praxisbesonderheiten** ab dem Quartal 3/2018:

Bereits gewährte individuelle Aufschläge für die Anerkennung einer Praxisbesonderheit werden in regelmäßigen Abständen auf Basis aktueller Abrechnungsdaten überprüft. Der Aufschlag entfällt oder wird angepasst, wenn die Voraussetzungen für die Anerkennung einer Praxisbesonderheit nicht mehr erfüllt sind oder diese erfüllt werden, aber die zugrunde liegenden Leistungen in geändertem Umfang abgerechnet werden. Bisher war die Berechnung eines Aufschlags regelmäßig auf Basis der Abrechnungsergebnisse 1/2015 bis 4/2015 erfolgt.

In seiner Sitzung am 13. März 2018 hat der Vorstand der KVBW beschlossen, mit Wirkung zum Quartal 3/2018 bereits gewährte Praxisbesonderheiten auf Basis der Abrechnungsdaten 1/2017 bis 4/2017 neu zu berechnen.

Konnte erneut ein Aufschlag ermittelt werden, ist dieser bereits seit dem Quartal 3/2018 in der jeweiligen Mitteilung zur Höhe Ihres RLV-/QZV-Gesamtvolumens ausgewiesen.

Sofern der Aufschlag entfällt, wurden die betreffenden Ärzte mit einem persönlichen Anschreiben entsprechend informiert.

3. Zu der auf der Abrechnungsunterlage **Kennzahlenblatt 1. Quartal 2019** 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.

4. Als **Anlagen** zu den Hinweisen zur Abrechnung des Quartals 1/2019 finden Sie:

- Auszahlungsquoten infolge der Honorarverteilung und Mengensteuerung 1/2019
- Auszahlungsübersicht 1/2019

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@kvbawue.de

Ihr



Cornel-Andreas Güss
Leiter des Geschäftsbereichs Abrechnung

Auszahlungsquoten – Quartal I/2019

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, fachärztliche Grundversorgung (PFG) und Humangenetik (Genetisches Labor) verteilt. Die Leistungsanforderungen für Labor, Bereitschaftsdienst und Notfall, 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 sowie regionale Zuschläge für onkologische/immunologische Betreuung und psychiatrische Behandlung (GOP 99983, 99996 EBM), im hausärztlichen Versorgungsbereich regionale Zuschläge für nichtärztliche Praxisassistenten (GOP 99981 EBM) und Labor (eigenerbracht oder bei hausärztlicher Veranlassung über Muster 10A), im fachärztlichen Versorgungsbereich Labor (Laborpauschale GOP 01700, 01701, 12210, 12220, 12225 EBM, eigenerbracht oder bei fachärztlicher Veranlassung über Muster 10A) und die pathologischen und zytologischen Leistungen Kapitel 19 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	92,21
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

Fachärztlicher Versorgungsbereich	Quote in %
Kurativ-stationäre Leistungen außerhalb Kap. 36	100,00
Laborpauschalen 01700, 01701, 12210, 12220, 12225, Labor eigenerbracht oder bei fachärztlicher Veranlassung über Muster 10A	89,00 *
Pathologische und zytologische Leistungen Kap. 19	76,12
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	76,23
Pauschale für fachärztliche Grundversorgung (PFG)	84,91

(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
Kinder- und Jugendmedizin	100,00
Anästhesiologie	33,55
Augenheilkunde	19,26
Chirurgie, Kinderchirurgie, Plastische Chirurgie, Herzchirurgie	21,38
Neurochirurgie	12,42
Frauenheilkunde mit u. ohne fakultativer WB Endokrinologie u. Reproduktionsmedizin	27,54
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	12,45
Haut- und Geschlechtskrankheiten	49,74
Innere Medizin ohne Schwerpunkt, fachärztlicher Versorgungsbereich	27,30
Angiologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	28,47
Endokrinologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	22,70
Gastroenterologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	24,29
Hämato-/Onkologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	20,66
Kardiologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	10,96
Kardiologie u. invasiver Tätigkeit, Innere Medizin mit Schwerpunkt	9,89
Pneumologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	15,40
Rheumatologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	12,44
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	42,15
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie mit Teilnahme an der SPV	16,00
Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	5,06
Nervenheilkunde, Neurologie	35,93
Nuklearmedizin ohne Genehmigung für MRT	16,55
Nuklearmedizin mit Genehmigung für MRT	11,99
Orthopädie	25,78
Phoniatrie, Pädaudiologie und Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen	17,47
Psychiatrie und Psychotherapie	46,67
Diagnostische Radiologie ohne Vorhaltung von CT und MRT	27,68
Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT	17,67
Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von MRT	15,65
Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT und MRT	9,82
Urologie	34,18
Physikalisch-Rehabilitative Medizin	18,83

(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
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	99,87
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	52,98
Augenheilkunde	
Elektroophthalmologie	99,69
Fluoreszenzangiographie	65,37
Kontaktlinsenanpassung	95,39
Strukturpauschale für konservative Augenärzte	80,00 *
Chirurgie, Kinderchirurgie, Plastische Chirurgie, Herzchirurgie	
Akupunktur	59,17
Gastroenterologie, Bronchoskopie	86,73
Phlebologie	67,83
Proktologie	77,20
Neurochirurgie	
Akupunktur	100,00
Frauenheilkunde mit und ohne fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	
Empfängnisregelung, Sterilisation oder Schwangerschaftsabbruch	74,64
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	69,70
Richtlinienpsychotherapie	100,00
Sonographie Brustdrüsen	80,00 *
Stanzbiopsie	80,00 *
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	
Kardiorespiratorische Polygraphie	60,49

Haut- und Geschlechtskrankheiten	
Dermatologische Lasertherapie	81,16
Besuche	81,90
Phlebologie	100,00
Proktologie	100,00
Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	
Gastroenterologie	97,39
Langzeit-EKG	94,27
Nuklearmedizinische Leistungen	98,66
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	54,42
Endokrinologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	
Nuklearmedizinische Leistungen	74,56
Gastroenterologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	
Gastroenterologie	82,14
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	50,39
Hämato-/ Onkologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	
Gastroenterologie	100,00
Nuklearmedizinische Leistungen	100,00
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	71,41
Kardiologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	
Kardiorespiratorische Polygraphie	62,46
Langzeit-EKG	80,14
Nuklearmedizinische Leistungen	64,74
Kardiologie und invasiver Tätigkeit, Innere Medizin mit Schwerpunkt	
Langzeit-EKG	96,87
Pneumologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	
Bronchoskopie	100,00
Rheumatologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	
Akupunktur	100,00
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	100,00
Nervenheilkunde und Neurologie	
Akupunktur	100,00
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	54,41
Nuklearmedizin ohne Genehmigung für MRT	
Zuschlag SPECT	71,53
Orthopädie	
Akupunktur	77,78
Phoniatrie, Pädaudiologie und Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen	
Phoniatrisch-pädaudiologische Leistungen	84,88
Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT	
CT-gesteuerte Intervention	99,02
Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT und MRT	
CT-gesteuerte Intervention	60,49
Urologie	
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	93,76
Stoßwellenlithotripsie	100,00
Urodynamik	100,00
Physikalisch-Rehabilitative Medizin	
Akupunktur	69,96
Ärzte mit Teilnahme Qualitätssicherungsvereinbarung zur SMT-Versorgung	
Zuschlag schmerztherapeutische Einrichtungen 30704	97,21
Akupunktur 30790, 30791 im Rahmen der SMT-Versorgung	78,44

(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 1/2019 gegenübergestellt. Daraus ergeben sich die jeweiligen Quoten.

Sonstige Arztgruppen	Quote in %
Ermächtigte (Krankenhaus-) Ärzte und Institute	91,95
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	83,26

* Mindestquote

Auszahlungsübersicht: Gesamthonorar GKV kollektiv

1.225.329.267 €

Leistungen außerhalb der MGV 440.099.971 €		Leistungen innerhalb der MGV 785.229.296 €	
HA	FA/PT	HA	FA/PT
Leistung u. Begleitstg. § 115b 255.684 € 84.903.937 €		Labor² 3.912.817 € 49.543.336 €	
Ambulantes Operieren 1.139.893 € 15.572.180 €		Bereitschaftsdienst und Notfall 3.937.607 € 20.975.279 €	
Prävention 23.004.942 € 56.625.844 €		Labor ³ 7.541.436 €	Labor ⁴ 14.091.107 €
Psychotherapie ¹ 1.325.826 € 77.495.690 €		RLV/QZV 296.815.188 €	RLV/QZV 285.436.807 €
DMP 16.792.134 € 3.951.430 €		FL 7.149.308 €	FL 73.050.008 €
Belegärztliche Leistungen 35.184 € 4.847.569 €		PFG 13.085.675 €	
Methadon 2.203.974 € 969.831 €		Genetisches Labor 9.690.728 €	
Sonstige/regionale Leistungen 22.438.416 € 128.537.437 €			

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 35151, 35152, 35.2 EBM aller Arztgruppen; 35150 EBM von in § 87b Abs. 2 S. 4 SGB V genannten Arztgruppen; 22220, 23220 EBM
- 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
- FL = Freie Leistungen, GKV = Gesetzliche Krankenversicherung, HA = Hausärztlicher Versorgungsbereich
- MGV = Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, PFG = Pauschale für fachärztliche Grundversorgung
- QZV = Qualifikationsgebundene Zusatzvolumen, RLV = Regelleistungsvolumen