

Hinweise zur Abrechnung der KV Baden-Württemberg

ABRECHNUNGSQUARTAL 3 / 2022

Alles Gute.



Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die beiden Unterzeichner sind für das **Quartal 3/2022**, dessen Abrechnungsunterlagen Sie beigefügt erhalten, selbst betroffene Empfänger. Denn bis zum Jahresende 2022 waren wir in eigener Praxis freiberuflich tätig und haben Patient*innen versorgt und unsere Tätigkeit mit der KVBW abgerechnet. Wir wissen daher, wie es den Kolleg*innen geht, wenn dieser Brief eingeht: Man ist gespannt, mal überrascht, mal enttäuscht, Fragen tauchen auf und mit Interesse wird die Kommentierung des KV-Vorstandes gelesen. Und nun sind wir die Vorstände, die für Sie die Abrechnungsunterlagen kommentieren und auch politisch bewerten.

Etwas vor Ihnen haben wir die **Auswertungen** zum Quartal 3/2022 erhalten, exzellent von unserer Geschäftsführung und dem Geschäftsbereich Abrechnung aufbereitet.

Beim Vergleich der Zahlen des dritten Quartals des Jahres **2022 mit denen des Jahres 2021** fällt bei der Summe der Honorarzahlen an **Fachärzt*innen ein Minus von 3,6%**, bei den **Hausärzt*innen ein Minus von 6,6%** auf. Beim Vergleich der Jahre **2022 gegenüber 2019** ist allerdings ein **Plus von 5,8% bei den Fachärzt*innen und 11,9% bei den Hausärzt*innen** zu verzeichnen. Diese Zahlen schließen jeweils **Impfhonorare und Ausgleichszahlungen** während der Coronapandemie 2020/2021 ein.

Sollten Sie im **hausärztlichen Versorgungsbereich** in Ihrer Abrechnung also aktuell ein Minus verzeichnen, dürfte dies in den meisten Fällen auf nicht mehr oder in geringerer Zahl durchgeführte **Coronaimpfungen** zurückzuführen sein, die am hausärztlichen Gesamthonorar im Jahr 2021 einen Anteil von rund 37 Mio. € hatten. In Anbetracht eher niedriger Covid-Impfzahlen im Land richten wir die **Bitte an Sie, sich weiter fürs Impfen zu engagieren**.

In einzelnen Fällen mag es auch andere Gründe geben. Das Honorarvolumen der **eigentlichen GKV-Leistungen** (ohne Impfungen und ohne Ausgleichszahlungen) über alle Hausärzt*innen in Baden-Württemberg ist dennoch gegenüber 3/2020 **um 6,3% gestiegen, über alle Leistungen im Vergleich zu 3/2019 sogar um 11,9%**. Darüber hinaus wurden im hausärztlichen Versorgungsbereich auch im 3. Quartal 2022 weiterhin **alle** abgerechneten und anerkannten Leistungen mit festen Preisen der Euro-Gebührenordnung – also zu **100% unbudgetiert – ausgezahlt**. So sollte es sein, zu perfektionieren nur noch durch Abrechnungsziffern, die Ihre Leistungen auch tatsächlich abbilden, da müssen wir weiter daran arbeiten.

Die entbudgetierte Vergütung aller ärztlichen Leistungen ist und bleibt auch im **fachärztlichen Versorgungsbereich** das klar erklärte politische Ziel von uns als Vorstand. Denn neben Hausärzt*innen, Kinderärzt*innen und Psychotherapeut*innen stellen gerade auch unsere Fachärzt*innen das Rückgrat der ambulanten medizinischen Versorgung im Land dar, gemeinsam mit ermächtigten und angestellten Ärzt*innen. Dass wir von der Entbudgetierung leider weit entfernt sind, zeigt die Analyse der Abrechnungszahlen: In der Pandemiezeit konnten erstmals 100% der Leistungen vergütet werden, ein Effekt von coronabedingtem Fallzahlrückgang und teilweiser Entbudgetierung ärztlicher Leistungen durch das TSVG. Ab dem Quartal 4/2021 führten dann Fallzahlentwicklung und Nachkorrekturen am TSVG zu einer erneuten Scharfschaltung der Mengenbegrenzungsmaßnahmen mit Regelleistungsvolumina und somit zu einer Wiedereinführung der budgetierten Vergütung. **In der Quartalsabrechnung 3/2022 schlagen nun vorher nicht so deutlich spürbare TSVG-Bereinigungseffekte voll durch** und führen im Vergleich der Honorarzahlen ohne Impfungen und Ausgleichszahlungen zu einem **Honorarminus von 2,8% gegenüber 3/2020**. In der einen oder anderen Praxis mag ein Honorarverlust dadurch zu erklären sein, dass die Bereinigung durch das TSVG nicht durch Einnahmen aus extrabudgetären TSVG-Konstellationen kompensiert wird. Positiv zu vermerken ist: Dennoch ist auch bei unseren Fachärzt*innen **gegenüber 3/2019 immer noch ein Honorarplus von 5,8% über alle Leistungen** feststellbar.

Diese Zahlen spiegeln noch nicht die zu unserer aller Enttäuschung vom Gesetzgeber beschlossene Abschaffung der TSVG-Neupatientenregelung und die Einschränkungen der offenen Sprechstunde ab 2023 wider. Wir müssen leider für die Zukunft schon jetzt insbesondere für den von diesen Regelungen bisher profitierenden fachärztlichen Bereich eine deutlich spürbare

weitere Minderung des zur Verfügung stehenden Honorars avisieren, die durch die getroffenen Maßnahmen am Honorarverteilungsmaßstab nicht vollumfänglich und dauerhaft zu kompensieren sein wird. Wir raten Ihnen daher, dies bei Ihren persönlichen **Planungen zu berücksichtigen**. Die lächerliche Anpassung des Orientierungspunktwertes von nur 2% bei einer Inflationsrate von zeitweise über 10% wird die finanzielle Situation in Ihren Praxen zusätzlich verschärfen und spiegelt die inakzeptabel geringe Wertschätzung Ihrer Arbeit durch manche Krankenkassen auf Bundesebene wider.

Von unseren Amtsvorgängern ist uns an dieser Stelle der Satz „**Honorar ist nicht gleich RLV**“ in eindrücklicher Erinnerung geblieben und kann auch von uns nur wiederholt werden, um Ihnen **Perspektiven** zu bieten, die durch die gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen zunehmend bedrohte Versorgung unserer Patientinnen und Patienten zu erhalten und Sie und Ihre Praxisteams für Ihre verantwortungsvolle Arbeit fair und angemessen zu bezahlen. Auch weiterhin gibt es nicht oder wenig quotierte freie Leistungen außerhalb von RLV und QZV, entbudgetierte Leistungen außerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung (z.B. das ambulante Operieren, die Prävention oder die verbleibenden TSVG-Leistungen – TSS- und Hausarztvermittlung sowie die offene Sprechstunde) sowie von der KVBW erfolgreich verhandelte regionale Sonderleistungen wie beispielsweise den Zuschlägen bei den Chronikerpauschalen, den Besuchen in Pflege- oder Altenheimen oder den Nicht-ärztlichen Praxisassistenten. Nutzen Sie diese Möglichkeiten. Wenn die Rahmenbedingungen zwangsläufig zu einem verknüpften Leistungsangebot führen, werden nicht dringliche Fälle künftig länger warten müssen, aber Akutes weiter schnell und kompetent versorgt. **Wir empfehlen Ihnen daher Ihr Augenmerk auf die zeitnahe Terminvermittlung durch Hausärzt*innen zu lenken**, die für beide Versorgungsbereiche interessanter geworden ist. Einzelheiten dazu finden Sie ausführlich auf den folgenden Seiten. Die KVBW wird Sie in Kürze zur Erleichterung Ihrer Arbeit und der in Ihren Praxen gewiss schon vorhandenen **telefonischen Kollegenhotlines** auch mit der Beteiligung am **KBV-Online-Terminvermittlungsportal** unterstützen.

Nach Einführung der Richtwertsystematik im Arzneimittelbereich im Jahr 2017 erfolgt mit dem 3. Quartal 2022 ein **weiterer Meilenstein unserer Serviceleistungen** verbunden mit dem **Ausbau der Onlineleistungen der KVBW: Das Agile Frühwarnsystem Baden-Württemberg**. Es dient der **Prüfprävention im Bereich der Einzelfallprüfanträge** und damit Ihrer Sicherheit bei der Regressvermeidung. Alle wichtigen Informationen hierzu finden Sie ebenfalls auf den folgenden Seiten.

Wir als neuer Vorstand versichern Ihnen, auch künftig und in stürmischen Zeiten Ihre Interessen bestmöglich zu vertreten. Hierzu wissen wir ein starkes Team in Ihrer KVBW hinter uns.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen
Ihr neues Vorstandsduo



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



Dr. med. Doris Reinhardt
Stellvertretende Vorsitzende des Vorstandes

TERMINVERMITTLUNG DURCH DEN HAUSARZT UND DIE TERMINSERVICESTELLE NEU GEREGLT

Ab 2023 gelten höhere Zuschläge für zeitnahe Facharzttermine

Die **Zuschläge für vermittelte Termine** (jetzt auch bei Vermittlung durch den Hausarzt) werden zum 1. Januar 2023 deutlich angehoben. Darüber hinaus erhalten Haus- und Kinderärzte statt 10 Euro dann 15 Euro, wenn sie für ihre Patienten einen dringenden Termin beim Facharzt oder Psychotherapeuten vereinbaren.

So sehen die EBM-Bestimmungen jetzt im Einzelnen aus:

VERGÜTUNG FÜR DEN FACHARZT BZW. PSYCHOTHERAPEUTEN

– Terminvermittlung durch die Terminservicestelle –

Extrabudgetäre Vergütung der Terminvermittlungsfälle im gesamten Quartal und zusätzlich höhere Zuschläge zur Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale (VGP):

- **TSS-Akuttfall:** Vermittlung spätestens am Kalendertag nach Kontaktaufnahme des Versicherten bei der TSS und Einschätzung als TSS-Akuttfall durch diese.
→ 200 % der VGP als Zuschlag
- **TSS-Terminfall:**
 - 100 % Zuschlag auf die VGP (bis 4. Kalendertag nach der Terminvermittlung)
 - 80 % Zuschlag auf die VGP (vom 5. bis 14. Kalendertag)
 - 40 % Zuschlag auf die VGP (vom 15. bis 35. Kalendertag)

Die bekannten fachgruppenspezifischen Zuschlags-GOP wurden beibehalten.

Auch die **Zusatzpauschale nach der GOP 01710 EBM** für die Vermittlung von Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern wird jetzt mit 10 bis knapp 25 Euro (je nach Wartezeit auf den Termin) höher vergütet.

– Terminvermittlung durch den Hausarzt –

Extrabudgetäre fachärztliche Vergütung der Terminvermittlungsfälle im gesamten Quartal und neu ebenfalls zusätzlich Zuschläge zur Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale (VGP) für den Facharzt/ Psychotherapeuten:

- **Hausarztvermittlungsfall:**
 - 100% Zuschlag auf die VGP (ab dem gleichen bis 4. Kalendertag nach der Vermittlung)

Neu ist jetzt auch, dass die Zuschläge vom Facharzt oder Psychotherapeuten auch dann berechnet werden können, wenn der vermittelte **Termin nach dem 4. Kalendertag** liegt. Voraussetzung – so die Regelungen des von der Bundesebene vorgegebenen EBM – ist, dass es dem Patienten oder einer Bezugsperson aus medizinischen Gründen nicht möglich ist, selbst einen Termin zu vereinbaren oder eine Terminvermittlung durch die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigung aufgrund der medizinischen Besonderheit des Einzelfalls nicht angemessen oder nicht zumutbar ist. In welchen Fällen das zutrifft, entscheidet der Hausarzt und dokumentiert dies entsprechend – auch im **Einzelfall der Nichtzumutbarkeit**.

- **Hausarztvermittlungsfall** (bei Nichtzumutbarkeit eigener Terminvermittlung):
 - 80 % Zuschlag auf die VGP (vom 5. bis 14. Kalendertag)
 - 40 % Zuschlag auf die VGP (vom 15. bis 35. Kalendertag)

Die Abrechnung der Zuschläge bei TSS- und neu auch Hausarztvermittlung erfolgt über die identischen bereits bekannten GOP je Fachgruppe. Die **zusätzliche Kennzeichnung** der durch die TSS oder den Hausarzt vermittelten Behandlungsfälle mit den **Pseudo-GOP 99873T (TSS) oder 99873H (Hausarzt)** ist **weiterhin erforderlich**.

VERGÜTUNG FÜR DEN HAUSARZT ODER KINDER- UND JUGENDMEDIZINER:

Die Vermittlung eines Behandlungstermins bei einem Facharzt oder Psychotherapeuten wird **neu** mit **15,05 Euro** vergütet (GOP 03008 bzw. 04008).

Auch für den Hausarzt gilt, dass bei einer Vermittlung nach dem 4. Kalendertag die Vermittlung nur berechnet werden kann, wenn nach der Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit eine Terminvermittlung durch die TSS oder eine eigenständige Terminvereinbarung durch den Patienten aufgrund der medizinischen Besonderheit des Einzelfalls nicht angemessen oder nicht zumutbar ist. Die Entscheidung, ob dies zutrifft, liegt beim Hausarzt, der dies in der Patientenakte dokumentiert – dies gilt auch im Einzelfall der Nichtzumutbarkeit. **Einer zusätzlichen medizinischen Begründung in der Abrechnungsdatei bedarf es für Termine ab dem 24. Kalendertag nach Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit (Angabe der Begründung im KVDT-Feld „Freier Begründungstext“, Feldkennung 5009).**

Die Zuschläge und die Vermittlung sind wie bisher nicht berechenbar, wenn der vermittelte Patient in der fachärztlichen Praxis oder beim Psychotherapeuten im selben Quartal bereits behandelt wurde. Für ergänzende Informationen haben wir unser „Merkblatt zur Terminvermittlung“ auf der Homepage (www.kvbawue.de/pdf3247) aktualisiert.

Bei Fragen stehen Ihnen die Mitarbeitenden der Abrechnungsberatung gerne zur Verfügung:

Telefon 0711/7875-3397
abrechnungsberatung@kvbawue.de

INFORMATION AGILES FRÜHWARNSYSTEM ARZNEIMITTEL

Mit der Einführung des Agilen Frühwarnsystems Baden-Württemberg soll es zukünftig einfacher möglich sein, die Ärzteschaft vor Einzelfallprüfungen im Arzneimittelbereich zu schützen. Die Zunahme dieser Prüfanträge in den vergangenen Quartalen ist ein Ärgernis für alle Praxen.

Im ersten Schritt wurde die Frühinformation Arzneimittel (siehe Anlage 71) umgestaltet. Ein modernes Layout, gepaart mit gezielter Kommunikation der wichtigen Inhalte, war die Devise.

Bisher wurde zusätzlich als Anlage 76 die Fehlerliste Verordnungen dem Honorarversand beigelegt. Diese Übersicht wird nun durch themenspezifische neue Berichte in den sogenannten **Verordnungshinweisen** ersetzt. Sie sind nur noch im Mitgliederportal einsehbar und nicht mehr als Printversion im Honorarversand. Dies erlaubt uns, schnell auf neuartige Themenfelder im Prüfgeschehen mit einem neuen Bericht zu reagieren. So können wir Sie noch gezielter auf Verordnungen von Arzneimitteln (inklusive Impfstoffen sowie Sprechstundenbedarf) hinweisen, die ein Risiko für eine Einzelfallprüfung darstellen. In der Frühinformation Arzneimittel weisen wir im Abschnitt 1 auf das Vorhandensein der Verordnungshinweise im Mitgliederportal hin.

Die genaue Ausgestaltung und das neue Design der Frühinformation Arzneimittel werden im kommenden Verordnungsforum 64 sowie auf der Homepage ausführlicher vorgestellt werden.

Weitere Informationen:

www.kvbawue.de » Mitgliederportal

Bei Fragen zu Verordnungen:

Verordnungsberatung Arzneimittel

0711/7875-3663 oder verordnungsberatung@kvbawue.de

Hinweise zur Abrechnung – Quartal 3/2022

Mit diesem Honorarversand erhalten Sie den Honorarbescheid für das Quartal 3/2022 sowie die dazugehörigen Abrechnungsunterlagen. Zum besseren Verständnis geben wir Ihnen die folgenden Hinweise:

1. Für das Quartal 3/2022 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 3/2022 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 4/2017 bis 2/2022 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. Zu beachten ist, dass die bundesweit geltenden Regelungen zur Kennzeichnung und Mehrbedarfsfinanzierung eines nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs infolge der Corona-Pandemie bis zum 30.06.2022 befristet waren. Deshalb sind die mit der

Pseudo-GOP 88240 gekennzeichneten und außerhalb der RLV vergüteten Behandlungsfälle (Corona-Infektion, verdacht oder bestätigt) ab dem Quartal 3/2022 wieder für die Bemessung der RLV-/QZV-Volumen heranzuziehen und zu berücksichtigen.

3. 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.

4. 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.

5. Zu der auf der Abrechnungsunterlage **Kennzahlenblatt 3. Quartal 2022** 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 3/2022 finden Sie:

- Auszahlungsquoten infolge der Honorarverteilung und Mengensteuerung 3/2022
- Auszahlungsübersicht 3/2022

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 3/2022

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; 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	93,37
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	89,45
Pathologische und zytologische Leistungen Kap. 19	78,17
Genetisches Labor – Molekulargen. Leistg. 32860-32864, tlw. Abschnitt 11.4, 19.4 u. 32.3.15	69,48
Pauschale für fachärztliche Grundversorgung (PFG)	89,85
Strahlentherapie Kap. 25	100,00

(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	22,30
Augenheilkunde	29,80
Chirurgie, Kinderchirurgie, Plastische Chirurgie, Herzchirurgie	9,20
Neurochirurgie	6,00
Frauenheilkunde mit u. ohne fakultativer WB Endokrinologie u. Reproduktionsmedizin	18,77
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	9,37
Haut- und Geschlechtskrankheiten	34,32
Innere Medizin ohne Schwerpunkt, fachärztlicher Versorgungsbereich	24,22
Angiologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	34,27
Endokrinologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	13,88
Gastroenterologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	12,51
Hämato-/Onkologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	8,68
Kardiologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	9,88
Kardiologie u. invasiver Tätigkeit, Innere Medizin mit Schwerpunkt	16,80
Pneumologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	25,74
Rheumatologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	6,88
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	31,33
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie mit Teilnahme an der SPV	12,61
Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	4,24
Nervenheilkunde, Neurologie	12,40
Nuklearmedizin ohne Genehmigung für MRT	10,86
Nuklearmedizin mit Genehmigung für MRT	12,91
Orthopädie	21,42
Phoniatrie, Pädaudiologie und Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen	19,70
Psychiatrie und Psychotherapie	11,71
Diagnostische Radiologie ohne Vorhaltung von CT und MRT	11,89
Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT	16,29
Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von MRT	19,34
Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT und MRT	10,64
Urologie	16,09
Physikalisch-Rehabilitative Medizin	12,12

(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
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	100,00
Fachärztlicher Versorgungsbereich, Fachärzte für	Quote in %
Anästhesiologie	
Akupunktur	100,00
Narkosen bei zahnärztlicher Behandlung	78,02
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	78,20
Augenheilkunde	
Elektroophthalmologie	94,27
Fluoreszenzangiographie	74,32
Kontaktlinsenanpassung	76,38
Strukturpauschale für konservative Augenärzte	80,00 *
Chirurgie, Kinderchirurgie, Plastische Chirurgie, Herzchirurgie	
Akupunktur	85,68
Gastroenterologie, Bronchoskopie	81,44
Phlebologie	70,00
Proktologie	70,00
Neurochirurgie	
Akupunktur	70,00
Frauenheilkunde mit und ohne fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	
Empfängnisregelung, Sterilisation oder Schwangerschaftsabbruch	78,71
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	83,46
Richtlinienpsychotherapie	93,89
Sonographie Brustdrüsen	80,00 *
Stanzbiopsie	93,54
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	
Kardiorespiratorische Polygraphie	70,00

Haut- und Geschlechtskrankheiten	
Dermatologische Lasertherapie	100,00
Besuche	100,00
Phlebologie	100,00
Proktologie	89,72
Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	
Gastroenterologie	100,00 *
Langzeit-EKG	70,00
Nuklearmedizinische Leistungen	100,00
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	92,78
Endokrinologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	
Nuklearmedizinische Leistungen	70,00
Gastroenterologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	
Gastroenterologie	72,57
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	70,00
Hämato-/ Onkologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	
Gastroenterologie	99,92
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	70,00
Kardiologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	
Kardiorespiratorische Polygraphie	70,00
Langzeit-EKG	75,44
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	100,00
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	100,00
Nervenheilkunde und Neurologie	
Akupunktur	100,00
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	70,00
Nuklearmedizin ohne Genehmigung für MRT	
Zuschlag SPECT	70,00
Orthopädie	
Akupunktur	100,00
Phoniatrie, Pädaudiologie und Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen	
Phoniatrisch-pädaudiologische Leistungen	94,03
Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT	
CT-gesteuerte Intervention	70,00
Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT und MRT	
CT-gesteuerte Intervention	70,00
Urologie	
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	93,88
Stoßwellenlithotripsie	80,00 *
Urodynamik	100,00
Physikalisch-Rehabilitative Medizin	
Akupunktur	100,00
Ärzte mit Teilnahme Qualitätssicherungsvereinbarung zur SMT-Versorgung	
Zuschlag schmerztherapeutische Einrichtungen 30704	86,16
Akupunktur 30790, 30791 im Rahmen der SMT-Versorgung	85,22

(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 3/2022 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	92,32
Sonstige Arztgruppen (z.B. Nephrologen, Pathologen, Strahlentherapeuten, Laborärzte, Laborgemeinschaften, etc.), Krankenhäuser, Kliniken	91,00

Psychotherapeuten	Quote in %
(Restliche) Leistungen von Psychotherapeuten die innerhalb der MGV vergütet werden	74,08

* Mindestquote

Auszahlungsübersicht: Gesamthonorar GKV kollektiv

1.247.075.551 €

Leistungen außerhalb der MGV 560.481.790 €		Leistungen innerhalb der MGV 686.593.761 €	
HA	FA/PT	HA	FA/PT
Leistung u. Begleitstg. § 115b 170.453 € 71.473.933 €		Labor² 4.203.176 € 49.666.402 €	
Ambulantes Operieren 651.267 € 11.170.932 €		Bereitschaftsdienst und Notfall 2.386.611 € 22.199.798 €	
Prävention 15.879.576 € 47.822.578 €		Labor ³ 6.144.909 €	Labor ⁴ 14.997.602 €
Psychotherapie ¹ 1.037.763 € 67.912.873 €		RLV/QZV 273.751.832 €	RLV/QZV 205.112.649 €
DMP 16.278.865 € 3.588.066 €		FL 4.864.376 €	FL 83.544.877 €
Belegärztliche Leistungen 42.281 € 3.372.532 €		PFG 9.356.675 €	
Leistungen TSVG 39.139.726 € 128.059.729 €		Genetisches Labor 10.364.854 €	
Sonstige/regionale Leistungen 42.956.736 € 110.924.480 €			

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