

Hinweise zur Abrechnung der KV Baden-Württemberg

ABRECHNUNGSQUARTAL 4 / 2022

Alles Gute.



Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

mit diesem Honorarversand erhalten Sie die Honorarabrechnung sowie die Hinweise zur Abrechnung für das **Quartal 4/2022**.

Jeden Tag erreichen uns teils sehr emotionale Mails und Briefe von Kolleg*innen, die auf die sich **kontinuierlich verschärfende wirtschaftliche Lage in den Praxen** aufmerksam machen. Ausgabensteigerungen für Personal, Geräte, IT u. v. m. machen sich spürbar bemerkbar bei bisher **fehlendem Inflationsausgleich infolge Verweigerungshaltung der GKV auf Bundesebene**. Für die basisversorgende Arztpraxis wird die Differenz zwischen Lohn im Krankenhaus und dem Honorar in freiberuflicher Tätigkeit zunehmend geringer. Dies lässt die Niederlassung immer weniger attraktiv erscheinen, weil das **unternehmerische Risiko unzureichend abgebildet** wird. Man darf sich nicht wundern, wenn uns der Nachwuchs in den Praxen ausgeht. Diesen Aspekt kommunizieren wir als Vorstand immer deutlicher unseren Gesprächspartner*innen bei Krankenkassen und Politik und das sollten auch Sie so handhaben und sich nicht in die „Ethikfalle“ drängen lassen. Gleichzeitig haben wir in der Kommunikation das Problem, dass wir unseren Nachwuchs aber selbst nicht durch die Hinweise auf die Honorarmisere vollends verschrecken dürfen: Ein Balanceakt.

So ist auch beim **Vergleich** der Zahlen des vierten Quartals des Jahres **2022 mit denen des Jahres 2021** erneut ein bedauerlicher **Honorarrückgang von 136 Mio. € (GKV), also von -9,3%** über alle Fachgruppen festzustellen! Für den **fachärztlichen** Versorgungsbereich ist **ein Minus von 5,2%** (-48 Mio. €), für den **hausärztlichen** Versorgungsbereich sogar **ein Minus von 16,7%** (-88 Mio. €) festzustellen.

Das ist zunächst emotional sehr enttäuschend und relativiert sich auch nur leicht beim Vergleich des 4. Quartals des Jahres **2022 gegenüber 4/2019**, also mit der **Vor-Corona-Zeit**. Bei diesem Vergleich kommen wir **nach drei Jahren** zwar immerhin auf ein **Honorarplus von 10,6% über alle Fachgruppen, bei den Fachärzt*innen +6,7% und bei den Hausärzt*innen +19,5%**. Diese Zahlen schließen jeweils **Impfhonorare** ein. Bei echter Würdigung der großartigen Leistungen in Ihren Praxen gerade in den letzten Jahren und beim Herausrechnen der Impfanteile ist aber auch dieses **Honorarplus viel zu gering**.

Die nähere **Analyse** der Zahlen zeigt letztlich dieselben **Trends und Ursachen**, die wir Ihnen schon im Begleitschreiben beim Versand der Abrechnungsunterlagen des Quartals 3/2022 erläutert hatten:

Im **hausärztlichen Versorgungsbereich** hatten die Coronaimpfungen im Quartal 4/2021 einen Anteil von 93 Mio. €, jetzt mit geringeren Imp fzahlen rückläufig auf 16 Mio. € im Quartal 4/2022. Die positiven Effekte im Vergleich zu 2019 liegen an erheblicher Mehrarbeit und damit verbundener größerer Leistungsanforderung in den hausärztlichen Praxen in Verbindung mit dem weiterhin glücklichen Umstand, hier 100% der abgerechneten und anerkannten Leistungen mit festen Preisen der Euro-Gebührenordnung auszahlen zu können.

Im **fachärztlichen Versorgungsbereich** schlagen leider auch wieder im Quartal 4/2022 insbesondere die **TSVG-Bereinigungseffekte voll durch** und führen zu einem deutlichen Minus gegenüber dem Vorjahresquartal. Die TSVG-Korrekturen haben sich mit rund 71 Mio. € gegenüber 39 Mio. € im Vergleich mit dem Vorquartal 3/2022 fast verdoppelt. Und auch unsere Fachärzt*innen haben geimpft, aber auch hier sind die Impfhonorare von 18 Mio. € (4/2021) auf 1,6 Mio. € (4/2022) rückläufig. Das Honorarminus der Fachärzt*innen von 48 Mio. € wird dabei mit 26 Mio. € überwiegend von den Laborärzt*innen aufgrund des Rückgangs der PCR-Testungen getragen. Das bescheidene **Honorarplus** von 6,7% gegenüber 2019 ist im Vergleich mit dem hausärztlichen Versorgungsbereich deprimierend. Denn angesichts des etwas höheren Betriebskostenanteils in den meisten Facharztpraxen schlagen Kostensteigerungen und Inflation hier auch deutlicher zu. Es bleibt zu hoffen, dass es bei den Verhandlungen zum Orientierungspunktwert auf der Bundesebene im Herbst 2023 eine entsprechende Berücksichtigung geben wird. Der gesetzlich vorgegebene Modus zur Anpassung des Orientierungspunktwerts nach dem sog. „Zweijahresscheibenmodell“ sieht dies eigentlich

vor. Wir hoffen auf diese Perspektive und beobachten gespannt die weitere Gesetzgebung im Laufe des Jahres ...

Und gleich zur **Vorwarnung**: Die Durststrecke insbesondere für die Fachärzt*innen wird auch in den nächsten beiden Quartalen noch nicht vorbei sein. Denn diese **Zahlen spiegeln immer noch nicht die vom Gesetzgeber beschlossene Abschaffung der TSVG-Neupatient*innenregelung und die Einschränkungen der offenen Sprechstunde ab 2023 wider**, so dass insbesondere das **fachärztliche Honorar voraussichtlich weiter sinken wird**. Eine vollständige Kompensation der Ausfälle durch den Wegfall der TSVG-Neupatient*innenregelung wird auch durch die verbliebene Möglichkeit des Hausarztvermittlungsfalles nicht möglich sein, selbst wenn wegen des Zuschlags hier weniger Hausarztvermittlungsfälle als zuvor Neupatient*innen erforderlich sind, um gleiches Honorar zu erzielen. Und auch in den Quartalen 1/2023 und 2/2023 erwarten wir jeweils noch ca. 30 Mio. € TSVG-Korrekturen. Immerhin konnten wir wenigstens die Fallzahlbeschränkungen für das Jahr 2023 durch einen Beschluss der Vertreterversammlung aufheben.

Sollten die Ausführungen oben keine plausible Erklärung für Veränderungen in Ihrer ganz persönlichen Quartalsabrechnung bieten, stehen Ihnen selbstverständlich unsere Abrechnungsberatung telefonisch unter **0711/7875 - 3397** oder per Mail unter abrechnungsberatung@kvbawue.de gerne für nähere Erläuterungen zur Verfügung.

Wir als Vorstand der KVBW setzen uns – wo immer wir können – für faire Arbeitsbedingungen und leistungsgerechte Vergütung für unsere Mitglieder ein. Angesichts des sich immer stärker niederschlagenden Versorgungsmangels in allen Bereichen **werden irgendwann auch Politik und Krankenkassen begreifen müssen, dass es ärztliche und psychotherapeutische Leistungen nicht zum Dumpingpreis in flatrate-Mentalität geben kann**. Wir sind immer noch optimistisch: Durch ideologisch geprägte Fantasiekonstrukte zur Substitution unserer Leistungen wird man unsere Berufsgruppen nicht ersetzen können. Gerne laden wir Sie ein, auch hierüber mit uns als Vorstand bei den bevorstehenden Terminen von „**Vorstand on Tour**“ endlich wieder einmal live und in Präsenz zu diskutieren. Ein save-the-date haben Sie bereits erhalten und Einladung mit Anmeldemöglichkeit folgen in Kürze.

Danke für Ihr großartiges Engagement bei der Versorgung unserer Patient*innen trotz aller widrigen Umstände!

Mit freundlichen kollegialen Grüßen aus Stuttgart
Ihr



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

BEKANTMACHUNGEN

Änderungen der Honorarverteilung

zum 1. Oktober 2022, zum 1. Januar 2023 und zum 1. April 2023

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) hat mit ihrem Beschluss vom 22. März 2023 über die nachfolgenden Änderungen des Honorarverteilungsmaßstabs (HVM) zum 1. Oktober 2022, zum 1. Januar 2023 und zum 1. April 2023 entschieden:

HVM-Änderungen zum 1. Oktober 2022 und 1. Januar 2023

- **Neuaufnahme eines Vorwegabzugs je Versorgungsbereich für die neue GOP 01110 EBM (Zuschlag für die Behandlung von Kindern mit akuten Atemwegserkrankungen)**

Der Bewertungsausschuss (BA) hat in seiner 632. Sitzung kurzfristig beschlossen, dass infolge der hohen Zahl an akuten Atemwegserkrankungen bei Kindern, rückwirkend und zeitlich befristet vom 1. Oktober 2022 bis 31. März 2023, die neue GOP 01110 (Zuschlag zur Versichertenpauschale nach den GOPs 03000, 03030, 04000, 04030 und den Grundpauschalen der Kap. 9 und 20 sowie des Abschnitts 13.3.7 EBM für die Behandlung von Patienten bis zum vollendeten 12. Lebensjahr) in den EBM aufgenommen wird. Die GOP 01110 EBM ist mit 65 Punkten bewertet und von Kinder- und Jugendärzten, Allgemeinmedizinerinnen, hausärztlichen Internisten, HNO-Ärzten, FÄ für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen und Pneumologen abrechnungsfähig. Die GOP 01110 EBM wird bei Vorliegen der Voraussetzungen durch die KVBW einmal im Behandlungsfall zugesetzt, sofern in der Abrechnung mindestens eine gesicherte Diagnose nach den ICD-Kodes J00-J06, J09-J18, J20-J22 (außer J18.2) vorliegt.

Zur Finanzierung des neuen Zuschlags werden von den Krankenkassen zusätzliche Finanzmittel innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) zur Verfügung gestellt. Die EBM-Änderung hat daher die Neuaufnahme eines Vorwegabzugs im hausärztlichen und fachärztlichen Versorgungsbereich zur Folge. Die bereitgestellten Finanzmittel werden auf die jeweiligen Versorgungsbereiche aufgeteilt und entsprechend der abgerechneten und anerkannten Honoraranforderungen der betreffenden Ärzte im jeweiligen Abrechnungsquartal, ggf. quotiert, vergütet.

HVM-Änderungen zum 1. April 2023

- **Entfall des Vorwegabzugs je Versorgungsbereich für die GOP 01110 EBM (Zuschlag für die Behandlung von Kindern mit akuten Atemwegserkrankungen)**

Die GOP 01110 EBM wurde befristet bis zum 31.03.2023 in den EBM aufgenommen. Mit der Streichung dieses Zuschlags aus Abschnitt 1.1 EBM entfällt ab dem 01.04.2023 der jeweilige Vorwegabzug im hausärztlichen und fachärztlichen Versorgungsbereich.

- **Anpassung der Regelungen im Zusammenhang mit Beschlüssen nach § 100 Abs. 1 SGB V des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (LA)**

Hat der LA gemäß § 100 Abs. 1 SGB V in einem Gebiet für Ärzte einer Arztgruppe eine Unterversorgung oder eine drohende Unterversorgung festgestellt, so kommt für die Ärzte der betroffenen Arztgruppe im betreffenden Gebiet die fallzahlabhängige Abstufelung (§ 10 Abs. 3 HVM) bzw. die Fallzahlzuwachsbeschränkung (§ 14 Abs. 4 HVM) nicht zur Anwendung.

Die Regelungen nach den §§ 10 Abs. 3 und 14 Abs. 4 HVM wurden hinsichtlich des Beginns und des Endes konkretisiert. Die Umsetzung dieser Ausnahmen erfolgt in dem auf den Beschluss des LA folgenden Quartal, analog zur Gewährung der Sicherstellungspauschale gemäß § 2 Abs. 1 der Richtlinie des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkasse für Baden-Württemberg

zur Ausschüttung von Sicherstellungszuschlägen nach § 105 Abs. 4 SGB V in unterversorgten und drohend unterversorgten Gebieten nach § 100 Abs. 1 S. 1 SGB V (SiZu-RiLi). Sie enden, analog zu § 2 Abs. 2 SiZu-RiLi, mit dem Ende des Quartals, in welchem der Beschluss des LA wirksam wird, der feststellt, dass die (drohende) Unterversorgung nicht mehr besteht.

▪ **Selektivverträge – Anpassung der Bereinigungsfallwerte situativ**

Für die Selektivverträge, bei denen neben einer ex-ante-Bereinigung auch eine Bereinigung situativ erfolgt, wurden die Bereinigungsbeträge situativ ab dem Quartal 2/2023 mit den Krankenkassenverbänden neu abgestimmt. Diese situativen Bereinigungsfallwerte berücksichtigen die Einbudgetierung der Leistungen für TSVG-Neupatienten.

Die neuen (situativen) Bereinigungsfallwerte können Sie der Anlage 3a des zum 1. April 2023 gültigen HVM entnehmen.

Sie finden die mitgeteilten Änderungen in der gemäß § 24 Abs. 2 der Satzung der KVBW 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/](#).

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:

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 4/2022

Mit diesem Honorarversand erhalten Sie den Honorarbescheid für das Quartal 4/2022 sowie die dazugehörigen Abrechnungsunterlagen. Zum besseren Verständnis geben wir Ihnen die folgenden Hinweise:

1. Für das Quartal 4/2022 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 4/2022 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 1/2018 bis 3/2022 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. 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. Humangenetik 4/2022

Zur Finanzierung der zunehmenden humangenetischen Diagnostik ist eine jährliche Überprüfung der Mengenentwicklung vorgesehen. Für das Jahr 2022 hat der Bewertungsausschuss in seiner 613. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung, Oktober 2022) die basiswirksame Aufstockung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) beschlossen. Die Erhöhung des HonorarTOPfes für die Humangenetik konnte ab dem Quartal 3/2022 in der laufenden Honorarabrechnung berücksichtigt werden, die Anpassung und Korrektur für die Quartale 1/2022 und 2/2022 erfolgt mit dieser Abrechnung. Die Nachvergütungsbeträge sind in den Honorarunterlagen ausgewiesen.

4. 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.

5. 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.

6. Zu der auf der Abrechnungsunterlage **Kennzahlenblatt 4. 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.

7. Als **Anlagen** zu den Hinweisen zur Abrechnung des Quartals 4/2022 finden Sie:

- Auszahlungsquoten infolge der Honorarverteilung und Mengensteuerung 4/2022
- Auszahlungsübersicht 4/2022

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 4/2022

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	92,40 **
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
Akute Atemwegserkrankungen Kinder 01110	100,00

Fachärztlicher Versorgungsbereich	Quote in %
Kurativ-stationäre Leistungen außerhalb Kap. 36	100,00
Laborpauschalen 01699, 01700, 01701, 12210, 12220, 12225, 12230 Labor eigenerbracht oder bei fachärztlicher Veranlassung über Muster 10A	89,00
Pathologische und zytologische Leistungen Kap. 19	79,78
Genetisches Labor – 01842, 32860-32864, tlw. Abschnitt 11.4, 19.4 u. 32.3.15	64,58
Pauschale für fachärztliche Grundversorgung (PFG)	90,54
Strahlentherapie Kap. 25	100,00
Akute Atemwegserkrankungen Kinder 01110	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	15,23
Augenheilkunde	28,52
Chirurgie, Kinderchirurgie, Plastische Chirurgie, Herzchirurgie	13,15
Neurochirurgie	4,65
Frauenheilkunde mit u. ohne fakultativer WB Endokrinologie u. Reproduktionsmedizin	23,54
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	11,42
Haut- und Geschlechtskrankheiten	74,11
Innere Medizin ohne Schwerpunkt, fachärztlicher Versorgungsbereich	34,78
Angiologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	66,34
Endokrinologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	16,13
Gastroenterologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	14,80
Hämato-/Onkologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	9,57
Kardiologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	11,85
Kardiologie u. invasiver Tätigkeit, Innere Medizin mit Schwerpunkt	16,65
Pneumologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	22,23
Rheumatologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	11,60
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	12,42
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie mit Teilnahme an der SPV	9,32
Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	3,96
Nervenheilkunde, Neurologie	17,50
Nuklearmedizin ohne Genehmigung für MRT	28,63
Nuklearmedizin mit Genehmigung für MRT	24,97
Orthopädie	42,18
Phoniatrie, Pädaudiologie und Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen	31,31
Psychiatrie und Psychotherapie	14,05
Diagnostische Radiologie ohne Vorhaltung von CT und MRT	44,05
Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT	21,26
Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von MRT	25,72
Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT und MRT	20,93
Urologie	30,91
Physikalisch-Rehabilitative Medizin	14,36

(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	83,64
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	80,00
Augenheilkunde	
Elektroophthalmologie	85,37
Fluoreszenzangiographie	80,00
Kontaktlinsenanpassung	82,25
Strukturpauschale für konservative Augenärzte	84,19
Chirurgie, Kinderchirurgie, Plastische Chirurgie, Herzchirurgie	
Akupunktur	98,09
Gastroenterologie, Bronchoskopie	80,00
Phlebologie	80,00
Proktologie	83,11
Neurochirurgie	
Akupunktur	87,31
Frauenheilkunde mit und ohne fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	
Empfängnisregelung, Sterilisation oder Schwangerschaftsabbruch	85,75
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	82,36
Richtlinienpsychotherapie	100,00
Sonographie Brustdrüsen	80,00 *
Stanzbiopsie	91,90
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	
Kardiorespiratorische Polygraphie	80,00

Haut- und Geschlechtskrankheiten	
Dermatologische Lasertherapie	92,09
Besuche	100,00
Phlebologie	100,00
Proktologie	100,00
Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	
Gastroenterologie	100,00
Langzeit-EKG	96,50
Nuklearmedizinische Leistungen	100,00
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	100,00
Endokrinologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	
Nuklearmedizinische Leistungen	100,00
Gastroenterologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	
Gastroenterologie	83,41
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	80,00
Hämato-/ Onkologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	
Gastroenterologie	90,92
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	80,00
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	100,00
Nervenheilkunde und Neurologie	
Akupunktur	100,00
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	80,00
Nuklearmedizin ohne Genehmigung für MRT	
Zuschlag SPECT	88,58
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	100,00
Ärzte mit Teilnahme Qualitätssicherungsvereinbarung zur SMT-Versorgung	
Zuschlag schmerztherapeutische Einrichtungen 30704	85,76 **
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 4/2022 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	100,00
Sonstige Arztgruppen (z.B. Nephrologen, Pathologen, Strahlentherapeuten, Laborärzte, Laborgemeinschaften, etc.), Krankenhäuser, Kliniken	100,00

Psychotherapeuten	Quote in %
(Restliche) Leistungen von Psychotherapeuten die innerhalb der MGV vergütet werden	76,72

* Mindestquote

** Tatsächliche Auszahlungsquote für den hausärztlichen Versorgungsbereich ist 100%

Auszahlungsübersicht: Gesamthonorar GKV kollektiv

1.326.160.753 €

Leistungen außerhalb der MGV 591.578.281 €		Leistungen innerhalb der MGV 734.582.472 €	
HA	FA/PT	HA	FA/PT
Leistung u. Begleitstg. § 115b 181.538 € 80.017.615 €		Labor² 4.600.157 € 50.314.262 €	
Ambulantes Operieren 760.056 € 12.561.473 €		Bereitschaftsdienst und Notfall 3.130.478 € 23.254.835 €	
Prävention 15.787.848 € 47.861.596 €		Labor ³ 6.355.652 €	Labor ⁴ 15.320.196 €
Psychotherapie ¹ 1.136.636 € 75.101.309 €		RLV/QZV 295.994.489 €	RLV/QZV 221.152.848 €
DMP 16.871.250 € 3.840.853 €		FL 7.323.357 €	FL 88.112.725 €
Belegärztliche Leistungen 45.333 € 3.794.965 €		PFG 9.828.625 €	
Leistungen TSVG 35.880.017 € 127.904.048 €		Genetisches Labor 9.194.848 €	
Sonstige/regionale Leistungen 56.984.558 € 112.849.186 €			

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