

# Hinweise zur Abrechnung der KV Baden-Württemberg

ABRECHNUNGSQUARTAL 1 / 2023

Alles Gute.



Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

mit diesem Brief erhalten Sie Ihre Honorarabrechnung sowie die Hinweise zur Abrechnung für das **Quartal 1/2023**.

Auch in diesem Quartal möchte ich dies zum Anlass nehmen, um Ihren Blick über die Daten der eigenen Praxis hinaus auf die finanzielle Gesamtsituation aller Kolleginnen und Kollegen zu lenken und diese in die gesundheitspolitische Gesamtlage einzuordnen.

Auf den ersten Blick ist im Vergleich zum Vorjahresquartal (1/2022) auch im **Quartal 1/2023** über beide Versorgungsbereiche (Hausärzte und Fachärzte) hinweg leider ein **Honorarrückgang** von rund **-4,8% (ca. 70 Mio. Euro)** im GKV-Bereich festzustellen. Im **fachärztlichen Versorgungsbereich** ist die **Honorarentwicklung dabei fast stabil (-0,3%)**, im **hausärztlichen Versorgungsbereich** dagegen ergibt sich ein **Minus von -13,6%**. Beim Vergleich zum Vorjahresquartal ist weiterhin zu beachten, dass die Coronaimpf- und Testhonorare noch enthalten sind und diese sich insbesondere im 1. Quartal 2022 positiv auf das Honorarergebnis auswirkten.

Das Honorarergebnis ist insgesamt betrachtet wieder sehr enttäuschend, insbesondere für den hausärztlichen Versorgungsbereich, und relativiert sich weiterhin nur leicht **beim Vergleich des 1. Quartals des Jahres mit dem des Jahres 2019 (Vor-Corona-Zeit)**. Bei diesem Vergleich kommen wir – **nach 4 Jahren** – im **fachärztlichen Versorgungsbereich auf ein Honorarplus von nur +13,1 %** und im **hausärztlichen Versorgungsbereich von nur +11,6%**.

Im **hausärztlichen Versorgungsbereich** hatten die **Coronaimpfungen und Testungen** im Vorjahresquartal immerhin einen Anteil von **fast 60 Mio. Euro**. Nach **Herausrechnen dieser mit Ihren unglaublichen Leistungen bei der Bewältigung der Pandemie erkaufte Sondereffekte auf der Einnahmeseite** ergibt sich immer noch ein **Minus von rund -2,0% zum Vorjahresquartal**, was auch durch **eine zurückgegangene Leistungsanforderung** zu erklären ist. Im Ergebnis mehr als unbefriedigend. Erfreulicherweise können wir in Baden-Württemberg derzeit noch alle abgerechneten und angeforderten Leistungen mit festen Preisen nach der Euro-GO ohne Quotierung zu 100% bezahlen.

Auch im **fachärztlichen Versorgungsbereich** wirkten sich die **Coronaimpfungen und Testungen (inkl. der PCR-Testungen von Laborärzten)** im Vorjahresquartal noch mit **rund +61 Mio. Euro** positiv auf das Honorarergebnis aus. **Ohne Berücksichtigung dieser Leistungen** ergibt sich in der aktuellen Abrechnung 1/2023 **immerhin ein Honorarplus von +6,2% gegenüber dem Vorjahresquartal**.

Dies überrascht insofern, als sich im **fachärztlichen Versorgungsbereich erstmals der Wegfall der Neupatientenregelung ab dem Quartal 1/2023 negativ auf das Honorarergebnis auswirkt**. Hier hatten wir Schlimmeres befürchtet. Die **ersten Honoraranalysen** zeigen, dass bei den beiden Kompensationsmöglichkeiten, dem **Hauarztvermittlungsfall und dem Angebot der offenen Sprechstunde, Honorarsteigerungen festzustellen sind**, insbesondere aber **bei der offenen Sprechstunde noch weiteres Kompensationspotential vorhanden ist**.

Speziell bei der offenen Sprechstunde sind aber zwei Dinge zu beachten:

1. Die **Obergrenze liegt weiterhin bei 17,5% der Arztgruppenfälle in der Praxis**.
2. **Steigert die Fachgruppe den angeforderten Leistungsbedarf um mehr als 3%** im Vergleich zum Vorjahresquartal muss deren Honorarvolumen – nicht das der einzelnen Praxis – im Folgejahr um diesen Betrag **bereinigt** werden.

**Nachteilig ist diese Regelung für Praxen mit praxisindividuell wenig, aber in der Fachgruppe vielen Leistungen in der offenen Sprechstunde**. Diese zu bereinigenden Anteile des fachärztlichen Honorarplus von 6,2% werden im Folgejahr die Honorarerwartungen reduzieren. Wichtig erscheint auch der Hinweis, das erreichte **Fallzahlniveau** bei den verbliebenen TSVG-Fallkonstellationen im Verlauf nach Möglichkeit **nicht zu senken, da die so erbrachten Fälle im Folgejahr kein RLV/QZV auslösen**.

Verständlicherweise wird für die in den nächsten Monaten anstehenden sog. „Verhandlungen“ zwischen KBV und GKV-Spitzenverband zum **Orientierungspunktwert (OPW)** 2024 der Ruf nach einem adäquaten Ausgleich steigender Kosten und hoher Inflation laut. Die Klinikkolleginnen und -kollegen konnten über den Marburger Bund (MB) ab 1.7.2023 +4,8% und ab 1.4.2024 +4,0% verhandeln. Gewiss wird die Kassenseite auch dieses Jahr wieder rechtzeitig zuvor milliarden-schwere Defizite prognostizieren, die sich – oh Wunder – im Nachhinein dann doch nicht in voller Höhe bestätigen werden. Das kennen wir aus den vergangenen Jahren hinreichend. Der gesetzgeberisch vorgegebene Rahmen und die im Bewertungsausschuss getroffenen Beschlüsse zur Festlegung des OPW sehen das „**Jahresscheibenmodell**“ vor. Der Spielraum dabei ist deutlich **eingeschränkter** als man unter dem Begriff „Verhandlungen“ zunächst erwarten würde. Bei fehlender Einigung und dogmatischer Verweigerungshaltung des GKV-Spitzenverbandes läuft es dann regelhaft auf eine Festlegung des unparteiischen Vorsitzenden hinaus. Wir sind gespannt, ob man unseren infrastrukturell relevanten Unternehmen gleiche Größenordnungen wie dem MB zugestehen wird. Dies wäre zum **Erhalt der wohnortnahen haus- und fachärztlichen Versorgung und zur leistungsgerechten Bezahlung unserer Praxisteams, ohne die es nicht geht, dringend erforderlich!** Diesen Sachverhalt kommunizieren Vorstand und Geschäftsführung der KVBW den Verantwortlichen bei Politik und Krankenkassen regelmäßig. Drei aktuell vorliegende **Referentenentwürfe** zu Gesetzen mit Auswirkungen aufs deutsche Gesundheitswesen (GVSG, DigiG und GDNG) blenden jedoch die Bedeutung der Praxen bei der Versorgung der Bevölkerung erneut völlig aus und vermitteln insofern nicht den Eindruck, dass diese Erkenntnis im BMG gewachsen sein könnte. Hingegen baut man auf kostenträchtige Parallelstrukturen wie **Gesundheitskioske** mit unklaren Versorgungsaufträgen und vermeintlich Wohlklingendes wie „**Gesundheitsregionen**“ und „**Primärversorgungszentren**“.

Es ist daher Ihr gutes Recht, lautstark auf diese Misstände aufmerksam zu machen. In beeindruckender Weise haben dies 3.000 Teilnehmer beim **Protesttag auf dem Stuttgarter Schlossplatz** am 21.6.2023 unter dem Motto „**Jetzt reicht's!**“ getan, solidarisch, fach- und verbändeübergreifend. Eine Petition Tübinger Kolleginnen und Kollegen für den Erhalt der Praxen bei change.org hat rund 75.000 Unterschriften erreicht. Vielen Dank auch für Ihre Unterstützung. Die Initiator\*innen legen nun mit einer **weiteren Petition an den Petitionsausschuss des Deutschen Bundestages** nach. **Wir empfehlen Ihnen, sich auch hier zu beteiligen.**

Es geht ganz einfach online:

[https://epetitionen.bundestag.de/content/petitionen/2023/06/15/Petition\\_152350.html](https://epetitionen.bundestag.de/content/petitionen/2023/06/15/Petition_152350.html)



Helfen Sie mit, den Anliegen von Ärzte- und Psychotherapeuten-schaft Gehör zu verschaffen! Wir wollen versorgen. Für ambulante Versorgung sind wir die Experten. Nicht ohne uns!

Um als KVBW selbst schlagkräftig zu sein, brauchen wir außerdem die Unterstützung unserer Mitglieder. Sie haben vor wenigen Tagen einen Link zur **Mitgliederbefragung** von uns erhalten, mit der wir den Ursachen der geringen Wahlbeteiligung bei den KV-Wahlen im vergangenen Jahr nachgehen wollen. Bitte nehmen Sie sich ein paar Minuten Zeit und beteiligen Sie sich an dieser Umfrage. Vielen Dank.

Sie finden die Umfrage unter [www.kvbw2023.de](http://www.kvbw2023.de). Das Passwort ist: kvbw2023



Mit freundlichen kollegialen Grüßen  
Ihr



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

# BEKANNTMACHUNGEN

## Änderungen der Honorarverteilung zum 1. April 2023

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) hat mit ihrem Beschluss vom 12. Juli 2023 über die nachfolgenden Änderungen des Honorarverteilungsmaßstabs (HVM) zum 1. April 2023 entschieden:

- **Aussetzung der Budgetierung im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin und Neuaufnahme eines Grundbetrags „Kinder- und Jugendärzte“**

Der Gesetzgeber hat rückwirkend zum 1. April 2023 die Aussetzung der Budgetierung innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) für die kinder- und jugendärztlichen Leistungen des Kapitels 4 EBM mit Ausnahme der Versichertenpauschalen 04003, 04004 und 04005 EBM beschlossen. Diese Leistungen sind demgemäß rückwirkend ab dem Quartal 2/2023 mindestens mit den festen Preisen der Euro-Gebührenordnung, und somit ohne mengenbegrenzende oder honorarmindernde Maßnahmen, zu vergüten. Sofern die dafür vorgesehenen Finanzmittel nicht ausreichen, haben die Krankenkassen Nachzahlungen zu leisten.

Die Umsetzung innerhalb der MGV erfolgt durch ein vor der Trennung in den hausärztlichen und fachärztlichen Versorgungsbereich gebildetes eigenes Honorarvolumen (Grundbetrag „Kinder- und Jugendärzte“).

Die erstmalige Festsetzung des neuen Grundbetrags „Kinder- und Jugendärzte“ erfolgt auf Basis des abgerechneten und ausgezahlten Honorarvolumens im Quartal 2/2022, inklusive der im Quartal 2/2022 extrabudgetär honorierten TSVG-Neupatientenfälle, die inzwischen wieder der MGV unterliegen. Das Nähere dazu hat der Bewertungsausschuss (BA) in seiner 653. Sitzung festgelegt und die KBV ihre Vorgaben entsprechend angepasst.

- **Entbudgetierung bestimmter kinder- und jugendpsychiatrischer Leistungen**

Der Gesetzgeber hat für die Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie – mit und ohne Teilnahme an der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung – (KJPP) rückwirkend zum 1. April 2023 festgelegt, dass Leistungen der kinder- und jugendpsychiatrischen Grundversorgung, Gespräche, Beratungen, Erörterungen, Abklärungen, Anleitung von Bezugs- oder Kontaktpersonen, Betreuung sowie kontinuierliche Mitbetreuung in häuslicher Umgebung oder in beschützenden Einrichtungen oder Heimen (Abschnitt 14.2 EBM sowie die GOP 14220, 14222, 14240, 14313 und 14314 EBM) aus der MGV herausgenommen und in voller Höhe zu Preisen der Euro-Gebührenordnung, und somit extrabudgetär, vergütet werden. Hierfür wird die MGV für vier Quartale (2/2023 bis 1/2024) auf Basis des Leistungsbedarfs aus dem jeweiligen Vorjahresquartal unter Berücksichtigung der jeweils zutreffenden Auszahlungsquote bereinigt. Das Nähere dazu hat der BA in seiner 652. Sitzung beschlossen.

- **Entfall mengenbegrenzender Regelungen für Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin und Fachärzte für KJPP**

Infolge der Aussetzung der Budgetierung innerhalb der MGV für alle Leistungen des Kapitels 4 EBM (Ausnahme: Versichertenpauschalen 04003, 04004 und 04005 EBM) für FÄ für Kinder- und Jugendmedizin sowie der Ausbudgetierung bestimmter kinder- und jugendpsychiatrischer Leistungen aus der MGV für FÄ für KJPP, entfallen mengenbegrenzende Maßnahmen wie Regelleistungsvolumen (RLV), qualifikationsgebundene Zusatzvolumen (QZV) und Freie Leistungen für diese Fachgruppen. Für die Zukunft entfällt daher die Zuweisung eines RLV-/QZV-Gesamtvolumens vor Quartalsbeginn.

- **Bildung neuer Honorartöpfe für Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin und für Fachärzte für KJPP**

Für die übrigen MGV-Leistungen der Bereiche Kinder- und Jugendmedizin (z. B. Kapitel 30, 33 und 35 EBM) sowie KJPP (v. a. Kapitel 35 EBM sowie GOP 014310/14311 EBM) werden nach Wegfall der RLV/QZV sowie der Freien Leistungen gesonderte arztgruppenspezifische Verteilungsvolumina gebildet. Daraus werden weiterhin die Leistungen des Abschnitts 38.2 EBM sowie die Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM vorab in voller Höhe vergütet. Aus dem jeweils verbleibenden Vergütungsvolumen werden die übrigen Leistungen ggf. quotiert vergütet.

Die bislang getrennten Fachgruppentöpfe der Fachärzte für KJPP in Abhängigkeit von der Teilnahme an der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung werden aufgegeben, und es wird ein neuer gemeinsamer Honorartopf mit einer gemeinsamen Auszahlungsquote gebildet.
- **Bereinigung von arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumina bei Teilnahme an Selektivverträgen**

Mit dem Wegfall der mengenbegrenzenden Regelungen für die Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin und für die Fachärzte für KJPP, verfügen diese Fachgruppen über kein RLV-/QZV-Gesamtvolumen mehr, welches infolge der Teilnahme an einem Selektivvertrag (PNP-Vertrag oder Psychotherapie-Vertrag) arztseitig bereinigt werden könnte. Daher müssen sie in Anlage 3a des HVM in die Auflistung der Fachgruppen aufgenommen werden, deren arztgruppenspezifische Verteilungsvolumina bei Teilnahme an einem Selektivvertrag zu bereinigen ist.
- **Anpassung der KBV-Vorgaben zur Honorarverteilung zum 1. April 2023**

Die KBV hat Ihre verbindlichen Vorgaben zur Honorarverteilung an die gesetzlichen Regelungen und die BA-Beschlüsse zur Aussetzung von Budgetierungen bzw. Entbudgetierung von Leistungen in den Bereichen Kinder- und Jugendmedizin und Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zum 1. April 2023 angepasst. Insbesondere im Hinblick auf die:

  - Definition der Grundbeträge: Grundbetrag „Kinder- und Jugendärzte“, hausärztlicher Grundbetrag und fachärztlicher Grundbetrag
  - Bereinigung der Grundbeträge u. a. im Kontext der Entbudgetierung der kinder- und jugendpsychiatrischen Leistungen
- **Entfall von Vorwegabzügen im hausärztlichen Versorgungsbereich zu Regelungen von Leistungen des Kapitels 4 EBM**

Im hausärztlichen Versorgungsbereich waren bisher Vorwegabzüge für die Vergütung der GOP 04040 EBM (Zusatzpauschale zu den GOP 04000 und 04030 EBM für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrags gemäß § 73 Abs. 1 SGB V) und der GOP 04355 EBM (Sozialpädiatrisch orientierte eingehende Beratung, Erörterung und/oder Abklärung) für die Versorgung von Kindern mit chronischen Erkrankungen und/oder Behinderungen, vorgesehen. Diese regionalen Regelungen können ab dem Quartal 2/2023 entfallen, da rückwirkend zum 1. April 2023 alle MGV-Leistungen des Kapitels 4 EBM (Ausnahme: 04003, 04004 und 04005 EBM) in voller Höhe der Euro-Gebührenordnung aus dem Grundbetrag „Kinder- und Jugendärzte“ vergütet werden.
- **Anpassung des Vorwegabzugs im fachärztlichen Versorgungsbereich für laboratoriumsmedizinische Untersuchungen – Aufnahme von zwei Zuschlägen**

Die Zuschläge auf die (Labor-)Grundpauschalen nach den GOP 01699 (Zuschlag zur GOP 01700 EBM) und GOP 12230 EBM (Zuschlag zu den GOP 12210 und 12220 EBM) wurden zum 1. Juli 2020 befristet in den EBM aufgenommen (zuletzt verlängert bis zum 31. Dezember 2023 durch BA-Beschluss, 617. Sitzung). Beide Zuschläge werden von der KVBW einmal im Behandlungsfall zugesetzt und aus dem Facharztlabortopf vergütet. In Kapitel 40 EBM sind im Gegenzug für sogenannte „Laborärzte“ die Kostenpauschalen für den Versand nach den GOP 40120,

40122, 40124 und 40126 EBM weggefallen. Da die Vergütung der Zuschläge aus dem Vorwegabzug im fachärztlichen Versorgungsbereich für laboratoriumsmedizinische Untersuchungen erfolgt, sind die GOP dort in den HVM zu übernehmen (§ 5 Abs. 3 B. g. HVM).

▪ **Selektivverträge - Anpassung der Bereinigungsfallwerte situativ**

Für den Selektivvertrag zwischen der GWQ ServicePlus AG und der MEDIVERBUND AG „PT-Vertrag GWQ“ wurde der Bereinigungsbetrag situativ mit dem BKK Landesverband neu abgestimmt. Dieser berücksichtigt nun die Entbudgetierung der kinder- und jugendpsychiatrischen Leistungen ab dem Quartal 2/2023.

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

▪ **Redaktionelle Anpassungen**

- Die abgelaufene Mindestquotenregelung in § 5 Abs. 4 HVM für die Quartale 2/2020 bis 1/2021, hinsichtlich der innerhalb der MGV vergüteten übrigen psychotherapeutischen Leistungen der dort aufgezählten Fachgruppen, wird gestrichen.
- Der Freie Leistungsbereich „Richtlinienpsychotherapie“ der Hausärzte und Gynäkologen wird zur Vermeidung von Unklarheiten in „Übrige psychotherapeutische Leistungen“ umbenannt (siehe Anlage 2b).
- Der Vorbehalt einer gültigen Vergütungsvereinbarung für das Jahr 2022 in Bezug auf die regionalen Förderungen im Haus- und Facharztbereich kann entfallen. Die Beanstandung der Vergütungsvereinbarung für das Jahr 2020 durch das Bundesamt für Soziale Sicherung wurde zwischenzeitlich durch ein rechtskräftiges Urteil des Landessozialgerichts als rechtswidrig eingestuft, so dass die Vergütungsvereinbarung weiterhin gültig ist.

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](http://www.kvbawue.de) in der Rubrik » Praxis » Verträge & Recht » Bekanntmachungen » Honorarverteilungsmaßstab oder direkt unter dem Link [www.kvbawue.de/honorarverteilungsmaassstab](http://www.kvbawue.de/honorarverteilungsmaassstab).

Zum Text des Honorarverteilungsmaßstabs gelangen Sie zudem wie gewohnt über den Link: [www.kvbawue.de/satzung-rechtsquellen](http://www.kvbawue.de/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

E-Mail: [abrechnungsbearbeitung@kvbawue.de](mailto:abrechnungsbearbeitung@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](http://www.kvbawue.de) » Mitgliederportal

## Bei Fragen zu Verordnungen:

Verordnungsberatung Arzneimittel

Telefon: 0711/7875 - 3663

E-Mail: [verordnungsberatung@kvbawue.de](mailto:verordnungsberatung@kvbawue.de)

# Hinweise zur Abrechnung – Quartal 1/2023

Mit diesem Honorarversand erhalten Sie den Honorarbescheid für das Quartal 1/2023 sowie die dazugehörigen Abrechnungsunterlagen. Zum besseren Verständnis geben wir Ihnen die folgenden Hinweise:

1. Für das Quartal 1/2023 werden Ihnen folgende weitere **Honorarzahlen** im Honorarbescheid ausgewiesen, sofern Sie vom jeweiligen Sachverhalt betroffen sind und einen entsprechenden Bescheid erhalten haben:
  - Härtefallzahlungen  
Die aus Härtefallregelungen resultierenden Nachzahlungen sind im Honorarbescheid 1/2023 gutgeschrieben.
  - Prüfergebnisse Krankenkassen  
Sie erhalten mit der vorliegenden Abrechnung ggf. Belastungen für Korrekturen früherer Quartale. Die Kassen hatten im Rahmen der Übermittlung ihrer Prüfergebnisse mitgeteilt, dass für bestimmte Leistungen bzw. Patienten keine Leistungspflicht bestehen würde. Zur Umsetzung dieser Angaben wurden wir verpflichtet. Die entsprechenden Berichtigungsbescheide gingen Ihnen bereits gesondert zu.
  - Sonstige Korrekturen  
Für die Quartale 2/2018 bis 4/2022 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](http://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. Angemessene Vergütung Psychotherapie  
Rückwirkend zum 01.07.2022 hat der Erweiterte Bewertungsausschuss (80. Sitzung am 29.03.2023) eine Anpassung der Vergütungshöhe für psychotherapeutische Leistungen beschlossen. Die Nachvergütung für die Quartale 3/2022 und 4/2022 erfolgt für alle ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten sowie Vertragsärzte mit diesem Honorarbescheid. Ausgenommen sind Praxen mit Jobsharingobergrenze, die aufgrund notwendiger Programmierungen erst mit dem Honorarbescheid für das Quartal 2/2023 nachberechnet werden. Für das aktuelle Quartal 1/2023 konnten die Vergütungsanpassungen – auch für die Jobsharing-Praxen – bereits in der laufenden Abrechnung berücksichtigt werden.
4. Nachvergütung GOP 01641  
Sofern ein Arzt an die Telematikinfrastruktur angeschlossen ist, wird die GOP 01641 (Zuschlag Notfalldatensatz) zu den im EBM definierten Pauschalen (Versicherten-/Grund-/Konsiliarpauschale) hinzugefügt. In den vergangenen Quartalen wurde zusätzlich geprüft, ob die eGK über die TI eingelesen und ein Onlinedatenabgleich (VSDM) durchgeführt wurde. Dies führte dazu, dass nicht in jedem Fall die GOP 01641 vergütet wurde. Auf diese zusätzliche Prüfung kann verzichtet werden, daher werden die fehlenden GOP 01641 in den Quartalen 4/2020 bis 3/2022 nachvergütet.
5. 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.

## 6. 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.

## 7. TSS- und Hausarzt-Vermittlungsfall immer als Überweisungsfall abrechnen (außer überweisungsfreie Fachgruppen)

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

## 8. Zu der auf der Abrechnungsunterlage Kennzahlenblatt 1. Quartal 2023 ausgewiesenen Quote GKV (Quote der nicht honorierten Leistungen) geben wir Ihnen folgende weitere Erläuterungen:

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

Dabei ist zu berücksichtigen, dass sich die RLV-/QZV-Grenzvolumen weiterhin im Rahmen einer budgetierten Gesamtvergütung (MGV) und unter dem Grundsatz eines „kalkulierbaren und planbaren Honorars“ entsprechend den Regelungen in unserem HVM auf der Basis der RLV-relevanten Fallzahlen des Vorjahresquartals berechnen.

Feste Preise (100%-Auszahlung) können deshalb nur im Rahmen des Ihnen für Ihre

Praxis vor Quartalsbeginn zugewiesenen RLV-/QZV-Grenzvolumens und nur bis zu den im Vorjahresquartal erbrachten RLV-relevanten Fallzahlen garantiert werden – vorausgesetzt der Leistungsbedarf wird entsprechend angefordert.

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

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

## 9. Als **Anlagen** zu den Hinweisen zur Abrechnung des Quartals 1/2023 finden Sie:

- Auszahlungsquoten infolge der Honorarverteilung und Mengensteuerung 1/2023
- Auszahlungsübersicht 1/2023

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

Telefon: 0711/7875 - 3397

E-Mail: [abrechnungsberatung@kvbawue.de](mailto:abrechnungsberatung@kvbawue.de)

Ihr

Cornel-Andreas Güss

Leiter des Geschäftsbereichs Abrechnung

# Auszahlungsquoten – Quartal I/2023

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

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

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

Die von den Krankenkassen/Verbänden für die Honorarverteilung zur Verfügung gestellte MGV wird entsprechend der bundeseinheitlichen Vorgaben auf den haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich sowie die Leistungsbereiche Labor (ausschließlich Wirtschaftlichkeitsbonus und auf Muster 10 veranlasste Laboruntersuchungen), Bereitschaftsdienst und Notfall, 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.

<b>Versorgungsbereichsübergreifend</b>	<b>Quote in %</b>
Laborwirtschaftlichkeitsbonus 32001, Laborveranlassung Muster 10	89,00 **
Leistungen im Bereitschaftsdienst und Notfall	100,00

  

<b>Hausärztlicher Versorgungsbereich</b>	<b>Quote in %</b>
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

  

<b>Fachärztlicher Versorgungsbereich</b>	<b>Quote in %</b>
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 und 08315	75,33
Genetisches Labor – tlw. Abschnitt 11.4, 19.4	70,95
Pauschale für fachärztliche Grundversorgung (PFG)	87,78
Humangenetische Beurteilung 01841, 01842, 11230, 11233-11236	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	17,71
Augenheilkunde	22,67
Chirurgie, Kinderchirurgie, Plastische Chirurgie, Herzchirurgie	34,15
Neurochirurgie	6,96
Frauenheilkunde mit u. ohne fakultativer WB Endokrinologie u. Reproduktionsmedizin	19,64
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	11,73
Haut- und Geschlechtskrankheiten	32,43
Innere Medizin ohne Schwerpunkt, fachärztlicher Versorgungsbereich	42,15
Angiologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	58,18
Endokrinologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	10,34
Gastroenterologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	35,08
Hämato-/Onkologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	12,75
Kardiologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	12,35
Kardiologie u. invasiver Tätigkeit, Innere Medizin mit Schwerpunkt	11,15
Pneumologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	19,06
Rheumatologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	9,97
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	14,72
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie mit Teilnahme an der SPV	9,06
Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	3,65
Nervenheilkunde, Neurologie	24,58
Nuklearmedizin ohne Genehmigung für MRT	14,80
Nuklearmedizin mit Genehmigung für MRT	10,56
Orthopädie	22,48
Phoniatrie, Pädaudiologie und Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen	19,74
Psychiatrie und Psychotherapie	14,05
Diagnostische Radiologie ohne Vorhaltung von CT und MRT	11,93
Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT	11,51
Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von MRT	11,44
Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT und MRT	9,58
Urologie	38,13
Physikalisch-Rehabilitative Medizin	10,86

### (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).

<b>Hausärztlicher Versorgungsbereich, Fachärzte für</b>	<b>Quote in %</b>
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
<b>Fachärztlicher Versorgungsbereich, Fachärzte für</b>	<b>Quote in %</b>
Anästhesiologie	
Akupunktur	100,00
Narkosen (bei zahnärztlicher Behandlung)	80,00
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	100,00
Augenheilkunde	
Elektroophthalmologie	90,12
Fluoreszenzangiographie	80,00
Kontaktlinsenanpassung	85,41
Strukturpauschale für konservative Augenärzte	80,73
Chirurgie, Kinderchirurgie, Plastische Chirurgie, Herzchirurgie	
Akupunktur	100,00
Gastroenterologie, Bronchoskopie	84,24
Phlebologie	86,29
Proktologie	100,00
Neurochirurgie	
Akupunktur	80,00
Frauenheilkunde mit und ohne fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	
Empfängnisregelung, Sterilisation oder Schwangerschaftsabbruch	81,80
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	80,00
Richtlinienpsychotherapie	100,00
Sonographie Brustdrüsen	80,00 *
Stanzbiopsie	80,00 *
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	
Kardiorespiratorische Polygraphie	80,00

Haut- und Geschlechtskrankheiten	
Dermatologische Lasertherapie	100,00
Besuche	100,00
Phlebologie	94,77
Proktologie	100,00
Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	
Gastroenterologie	100,00 *
Langzeit-EKG	100,00
Nuklearmedizinische Leistungen	80,00
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	100,00
Endokrinologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	
Nuklearmedizinische Leistungen	100,00
Gastroenterologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	
Gastroenterologie	88,16
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	93,84
Hämato-/ Onkologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	
Gastroenterologie	80,00
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	80,00
Kardiologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	
Kardiorespiratorische Polygraphie	84,07
Langzeit-EKG	100,00
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	80,00
Orthopädie	
Akupunktur	100,00
Phoniatrie, Pädaudiologie und Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen	
Phoniatrisch-pädaudiologische Leistungen	100,00
Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT	
CT-gesteuerte Intervention	80,00
Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT und MRT	
CT-gesteuerte Intervention	80,00
Urologie	
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	100,00
Stoßwellenlithotripsie	80,00 *
Urodynamik	88,49
Physikalisch-Rehabilitative Medizin	
Akupunktur	100,00
Ärzte mit Teilnahme Qualitätssicherungsvereinbarung zur SMT-Versorgung	
Zuschlag schmerztherapeutische Einrichtungen 30704	89,75 **
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 1/2023 gegenübergestellt. Daraus ergeben sich die jeweiligen Quoten.

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

<b>Sonstige Arztgruppen</b>	<b>Quote in %</b>
Ermächtigte (Krankenhaus-) Ärzte und Institute	95,82
Sonstige Arztgruppen (z.B. Nephrologen, Pathologen, Strahlentherapeuten, Laborärzte, Laborgemeinschaften, etc.), Krankenhäuser, Kliniken	80,00 *

  

<b>Psychotherapeuten</b>	<b>Quote in %</b>
(Restliche) Leistungen von Psychotherapeuten die innerhalb der MGV vergütet werden	72,30

\* Mindestquote

\*\* Tatsächliche Auszahlungsquote für den hausärztlichen Versorgungsbereich ist 100%

## Auszahlungsübersicht: Gesamthonorar GKV kollektiv

1.381.927.202 €

Leistungen außerhalb der MGV 549.665.713 €		Leistungen innerhalb der MGV 832.261.489 €	
HA	FA/PT	HA	FA/PT
Leistung u. Begleitstg. § 115b 347.430 €    97.660.653 €		<b>Labor<sup>2</sup></b> 3.432.989 €    54.682.898 €	
Ambulantes Operieren 982.080 €    15.291.816 €		<b>Bereitschaftsdienst und Notfall</b> 2.613.470 €    21.700.617 €	
Prävention 23.050.343 €    70.524.344 €		Labor <sup>3</sup> 7.484.099 €	Labor <sup>4</sup> 17.127.339 €
Psychotherapie <sup>1</sup> 1.409.881 €    95.718.359 €		RLV/QZV 325.126.590 €	RLV/QZV 290.650.466 €
DMP 17.489.446 €    4.236.335 €		FL 8.534.884 €	FL 76.747.646 €
Belegärztliche Leistungen 42.410 €    4.086.888 €		<b>PFG</b> 13.508.037 €	
Leistungen TSVG 1.014.094 €    37.055.979 €		<b>Genetisches Labor</b> 10.652.454 €	
Sonstige/regionale Leistungen 39.469.676 €    141.285.979 €			

### 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)
- <sup>1</sup> Alle Leistungen der Psychotherapie die außerhalb der MGV vergütet werden
- <sup>2</sup> Wirtschaftlichkeitsbonus, Allg. u. Spez. Untersuchungen bei Veranlassung über Muster 10
- <sup>3</sup> Allg. u. Spez. Untersuchungen (bei hausärztlicher Veranlassung ü. Muster 10 A o. eigenerbracht)
- <sup>4</sup> 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