

Hinweise zur Abrechnung der KV Baden-Württemberg

ABRECHNUNGSQUARTAL 1 / 2024

Alles Gute.



Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

mit diesem Schreiben erhalten Sie die **Honorarabrechnung sowie die Hinweise zur Abrechnung für das Quartal 1/2024**.

Das Bundesministerium für Gesundheit flutet uns in den letzten Wochen mit einer Vielzahl von Gesetzesentwürfen zur kompletten Neuordnung des Gesundheitswesens, in weiten Teilen mit gravierenden Folgen für die ambulante Versorgung. Um alles schnell durchzupfeitschen, geht man in verkürzte parlamentarische Verfahren. Neben der im vorliegenden Entwurf des Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetzes angekündigten Bagatellgrenze bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen ist die angekündigte Entbudgetierung von Teilen der hausärztlichen Vergütung einer der wenigen Lichtblicke.

Denn wie zu erwarten, greift auch im Quartal 1/2024 – wie schon im Quartal 4/2023 – für unsere Hausärztinnen und Hausärzte wieder die quotierte Vergütung, die unsere Fachärzte schon seit vielen Jahren ertragen müssen. Im hausärztlichen Bereich war für die Vergütung von Leistungen im Wert von > 20 Mio. € kein Geld da, weil es uns von den Krankenkassen nicht zur Verfügung gestellt wurde. Somit ergibt sich ein Budgetierungsgrad von 94,55%. Leistungen, die das im RLV-Bescheid vom Dezember zugewiesene RLV/QZV-Volumen überschritten, konnten nur mit einer Auszahlungsquote von 16,73% bezahlt werden.

Wir hatten Ihnen schon mit der Honorarabrechnung für das Quartal 4/2023 angekündigt, dass **die quotierte Vergütung im hausärztlichen Bereich so lange gilt, bis das angekündigte Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) greift**. Nach dem uns derzeit aktuell vorliegenden Fahrplan tritt das GVSG aber **voraussichtlich erst im Dezember dieses Jahres in Kraft**. Die Entbudgetierung würde dann **erst mit Wirkung ab dem Quartal 3/2025** und somit **viel zu spät** ihre Wirkung entfalten. Die Entbudgetierung betrifft auch dann nur die Leistungen des EBM-Kapitels 3 und die Hausbesuche. Es wird also auch dann nicht alles so, wie es einmal war. Wir stehen über viele Kanäle mit dem Gesetzgeber zur Verbesserung des GVSG in Verbindung und hoffen deshalb weiterhin stark darauf, auch noch auf die Zeitschiene der Entbudgetierung Einfluss nehmen zu können. Unsere Forderung ist nach wie vor eine rückwirkende Umsetzung der Entbudgetierung für den hausärztlichen Bereich und dem folgend auch im fachärztlichen Bereich!

Alle wichtigen Informationen zur Budgetierung bei den Hausärzten finden Sie weiterhin auf unserer Homepage unter:

<https://www.kvbawue.de/praxis/aktuelles/hausaeerzte-budgetierung>



Sie finden dort auch die Erläuterungen der bestehenden Möglichkeiten, z. B. über Anträge auf Anerkennung tatsächlicher Fallzahl oder von Praxisbesonderheiten, die finanziellen Auswirkungen für Ihre Praxis abzumildern. Im Quartal 4/2023 konnten wir so 136 hausärztlichen Praxen bereits helfen, im Vorgriff auf das Quartal 1/2024 sogar 175 Praxen. Nicht immer sind solche Anträge sinnvoll oder mit Aussicht auf Erfolg, weshalb sich vor Antragstellung unbedingt zuvor ein telefonischer Kontakt zu unserer Abrechnungsberatung empfiehlt. Sie erreichen diese unter 0711 7875-3397. Ebenso gerne helfen Ihnen unsere Bezirksbeiräte weiter.

Honorarentwicklungen im haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich im Quartal 1/2024:

Die Honorarergebnisse beinhalten insbesondere die für das Jahr 2024 festgelegten Steigerungen beim Orientierungswert (OW) in Höhe von +3,85% sowie bei der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) um +0,2441%.

In Folge der **Budgetierung bei den Hausärzten** werden diese Steigerungsraten beim Honorar 1/2024 im Vergleich zum Vorjahresquartal leider nicht erreicht. Das ist bei der in Bezug auf die steigenden Kosten ohnehin viel zu geringen OW-Steigerung umso enttäuschender, liegt aber an der Verweigerungshaltung des GKV-Spitzenverbandes. Vergleicht man **die Honorarentwicklung im hausärztlichen Versorgungsbereich** zum Vorjahr ist ein **Honorarrückgang** von rund **-0,9% (ca. 4 Mio. Euro)** im GKV-Bereich festzustellen. Im **fachärztlichen Versorgungsbereich** ist dagegen das **Honorar um +4,2% (ca. 40 Mio. Euro) angestiegen**.

Vergleicht man das Honorarergebnis beider Versorgungsbereiche **mit dem des Jahres 2019 (Vor-Corona-Zeit)**, ergibt sich **trotz Budgetierung bei den Hausärzten** ein Honorarplus von knapp **+11%**, im **fachärztlichen Bereich immerhin** ein Honorarplus von rund **+18%**. Aber auch hier haben wir einen durchschnittlichen Budgetierungsgrad von 94,09%, unsere fachärztlichen Kollegen erbringen im Quartal Leistungen im Wert von >50 Mio. € unvergütet und erfüllen die unbegrenzten Leistungsversprechen von Politik und Krankenkassen zum eigenen Nachteil. Auch das muss sich ändern!

Anstelle von Dank erhalten unsere Mitglieder, die nah am Patienten, aber genauso nah am Limit die Versorgung aufrechterhalten, nur Hohn von Kassenvertretern der Bundesebene und weitere Verschärfungen der Rahmenbedingungen mit der Flut der neuen Gesetzesentwürfe. Der Systemumbau auf dem Weg zur Staatsmedizin soll fortgesetzt werden. Insgesamt steigt der Frust bei unseren Mitgliedern, was uns zahlreiche Anrufe, Zuschriften und Mitteilungen unserer Bezirksbeiräte bestätigen. Dieser wird – oft zu Unrecht – der KV angelastet. Umso wichtiger ist die neue Kampagne der KBV und der KVen unter dem Motto „Wir sind für Sie nah“:

<https://www.kbv.de/html/68915.php>



Es muss dringend gehandelt werden. Ohne politisches Handeln keine ambulante Versorgung. Ohne ambulante Versorgung keine Nähe. Ohne Nähe kein Vertrauen. Wir sind (noch) für unsere Patienten nah. Aber nah an der Erschöpfung. Nah an der Schließung. Nah am Kollaps.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen
Ihr

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

INFORMATION AGILES FRÜHWARNSYSTEM ARZNEIMITTEL

Mit der Einführung des Agilen Frühwarnsystems Baden-Württemberg im 3. Quartal 2022 wurde ein Informationssystem geschaffen, das der Ärzteschaft helfen soll, sich vor Einzelfallprüfungen im Arzneimittelbereich zu schützen. Die Zunahme dieser Prüfanträge in den vergangenen Quartalen ist ein Ärgernis für alle Praxen.

Die umgestaltete Frühinformation Arzneimittel (siehe Anlage 71) kommuniziert im modernen Layout gezielt die wichtigen Inhalte. Die ehemalige, dem Honorarbescheid beigelegte Fehlerliste Verordnungen (Anlage 76) wurde durch themenspezifische neue Berichte, die sogenannten **Verordnungshinweise** ersetzt:

- Verordnungshinweis – Arzneimittel-Richtlinie
- Verordnungshinweis – Bezugsweg Impfstoffe
- Verordnungshinweis – Sprechstundenbedarf – Fehlerliste
- Verordnungshinweis – Zielvereinbarungen

So können wir Sie noch gezielter auf Verordnungen hinweisen, die ein Risiko für eine Einzelfallprüfung darstellen. In der Frühinformation Arzneimittel zeigt der Abschnitt 1, ob Verordnungshinweise vorhanden sind.

Diese Verordnungshinweise sind nur noch im Mitgliederportal einsehbar und nicht mehr als Printversion im Honorarversand enthalten. Dies erlaubt uns, schnell auf neuartige Themenfelder im Prüfgeschehen mit einem neuen Bericht zu reagieren.

Bitte rufen Sie die Verordnungshinweise mit den für Ihre Praxis wichtigen Informationen online im Mitgliederportal ab und besprechen Sie diese bei Bedarf mit Ihrem Praxisteam.

Die Verordnungshinweise im Mitgliederportal helfen Ihnen, künftige Verordnungsfehler und damit Einzelfallprüfungen und Nachforderungen zu vermeiden.

Weitere Informationen:

www.kvbawue.de » Mitgliederportal

www.kvbawue.de/anleitung-da » Anleitung zum Abrufen der Verordnungshinweise

Bei Fragen zu Verordnungen:

Verordnungsberatung Arzneimittel

0711 / 7875 - 3663 oder verordnungsberatung@kvbawue.de

Hinweise zur Abrechnung – Quartal 1/2024

Mit diesem Honorarversand erhalten Sie den Honorarbescheid für das Quartal 1/2024 sowie die dazugehörigen Abrechnungsunterlagen. Zum besseren Verständnis geben wir Ihnen die folgenden Hinweise:

1. Für das Quartal 1/2024 werden Ihnen folgende weitere **Honorarzahungen** im Honorarbescheid ausgewiesen, sofern Sie vom jeweiligen Sachverhalt betroffen sind und einen entsprechenden Bescheid erhalten haben:
 - Härtefallzahlungen
Die aus Härtefallregelungen resultierenden Nachzahlungen sind im Honorarbescheid 1/2024 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 2/2019 bis 4/2023 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. 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.
3. Quotierung bei Hausärzten
Die Vorhaltepauschale (GOP 03040 EBM) und der hausärztlich geriatrische Behandlungskomplex (GOPen 03360 und 03362 EBM) werden nach den Regelungen des Honorarverteilungsmaßstabs (HVM) innerhalb des RLV in voller Höhe zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung zu 100% vergütet.
Auch wenn diese Leistungen im quotierten Honorarvolumen ausgewiesen werden, greift die hausärztliche Vergütungsquote hier nicht.
4. **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- und Hausarzt-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.
5. eArztbrief
Ab dem Quartal 1/2024 werden die Gebührennummern 86900 und 86901 EBM wieder entsprechend vergütet. Für das Quartal 4/2023 werden die Leistungen mit dem aktuellen Buchungsquartal 1/2024 im Rahmen einer Nachvergütung gutgeschrieben.
6. Zu der auf der Abrechnungsunterlage **Kennzahlenblatt 1. Quartal 2024** 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 1/2024 finden Sie:

- Auszahlungsquoten infolge der Honorarverteilung und Mengensteuerung 1/2024
- Auszahlungsübersicht 1/2024

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@kvbwue.de

Ihr



Cornel-Andreas Güss

Leiter des Geschäftsbereichs Abrechnung

Auszahlungsquoten – Quartal I/2024

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, Kinder- und Jugendärzte (Kap. 4 ohne GOP 04003-04005 EBM), fachärztliche Grundversorgung (PFG) und Humangenetik (Genetisches Labor) verteilt. Die Leistungsanforderungen für Labor, Bereitschaftsdienst und Notfall, Kinder- und Jugendärzte, 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	89,00 *
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
Vorhaltepauschale 03040, hausärztlich geriatrischer Behandlungskomplex 03360, 03362	100,00
Kinder- und Jugendärzte Kap. 4 ohne 04003-04005	100,00

Fachärztlicher Versorgungsbereich	Quote in %
Kurativ-stationäre Leistungen außerhalb Kap. 36	100,00
Laborpauschalen 01699, 01700, 01701, 12210, 12220, 12225, 12230	89,00 *
Labor eigenerbracht oder bei fachärztlicher Veranlassung über Muster 10A	89,00 *
Pathologische und zytologische Leistungen Kap. 19 und 08315	75,66
Genetisches Labor – tlw. Abschnitt 11.4, 19.4	60,45
Pauschale für fachärztliche Grundversorgung (PFG)	87,19
Humangenetische Beurteilung 01841, 01842, 11230, 11233-11236	82,28

(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)	16,73
Anästhesiologie	20,54
Augenheilkunde	25,48
Chirurgie, Kinderchirurgie, Plastische Chirurgie, Herzchirurgie	43,47
Neurochirurgie	7,91
Frauenheilkunde mit u. ohne fakultativer WB Endokrinologie u. Reproduktionsmedizin	22,59
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	11,29
Haut- und Geschlechtskrankheiten	52,61
Innere Medizin ohne Schwerpunkt, fachärztlicher Versorgungsbereich	56,86
Angiologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	79,77
Endokrinologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	7,97
Gastroenterologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	37,37
Hämato-/Onkologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	14,24
Kardiologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	17,70
Kardiologie u. invasiver Tätigkeit, Innere Medizin mit Schwerpunkt	17,65
Pneumologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	20,92
Rheumatologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	16,94
Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	3,28
Nervenheilkunde, Neurologie	25,90
Nuklearmedizin ohne Genehmigung für MRT	24,06
Nuklearmedizin mit Genehmigung für MRT	9,92
Orthopädie	29,67
Phoniatrie, Pädaudiologie und Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen	41,31
Psychiatrie und Psychotherapie	16,65
Diagnostische Radiologie ohne Vorhaltung von CT und MRT	12,62
Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT	13,67
Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von MRT	12,86
Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT und MRT	11,45
Urologie	49,81
Physikalisch-Rehabilitative Medizin	13,21

(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	90,62
Langzeit-EKG	99,37
Nicht-ärztliche Praxisassistenten	92,10
Phlebologie	93,10
Proktologie	97,90
Übrige psychotherapeutische Leistungen	88,10
Sonographie II	85,22
Teilradiologie	82,05
Fachärztlicher Versorgungsbereich, Fachärzte für	Quote in %
Anästhesiologie	
Akupunktur	100,00
Narkosen (bei zahnärztlicher Behandlung)	80,00
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	80,00
Augenheilkunde	
Elektroophthalmologie	100,00
Fluoreszenzangiographie	80,00
Kontaktlinsenanpassung	80,00
Strukturpauschale für konservative Augenärzte	80,75
Chirurgie, Kinderchirurgie, Plastische Chirurgie, Herzchirurgie	
Akupunktur	100,00
Gastroenterologie, Bronchoskopie	94,41
Phlebologie	91,85
Proktologie	100,00
Neurochirurgie	
Akupunktur	80,00
Frauenheilkunde mit und ohne fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	
Empfängnisregelung, Sterilisation oder Schwangerschaftsabbruch	81,41
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	89,07
Übrige psychotherapeutische Leistungen	80,00 *
Sonographie Brustdrüsen	80,00 *
Stanzbiopsie	80,00 *
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	
Kardiorespiratorische Polygraphie	80,00

Haut- und Geschlechtskrankheiten	
Dermatologische Lasertherapie	80,00
Besuche	100,00
Phlebologie	100,00
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	88,79
Endokrinologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	
Nuklearmedizinische Leistungen	80,00
Gastroenterologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	
Gastroenterologie	93,20
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	85,24
Hämato-/ Onkologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	
Gastroenterologie	80,00
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	80,00
Kardiologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	
Kardiorespiratorische Polygraphie	93,85
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	99,22
Nervenheilkunde und Neurologie	
Akupunktur	80,00
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	80,00
Nuklearmedizin ohne Genehmigung für MRT	
Zuschlag SPECT	92,02
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	84,39
Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT und MRT	
CT-gesteuerte Intervention	80,00
Urologie	
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	100,00
Stoßwellenlithotripsie	84,29
Urodynamik	92,75
Physikalisch-Rehabilitative Medizin	
Akupunktur	100,00
Ärzte mit Teilnahme Qualitätssicherungsvereinbarung zur SMT-Versorgung	
Zuschlag schmerztherapeutische Einrichtungen 30704	81,61
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 1/2024 gegenübergestellt. Daraus ergeben sich die jeweiligen Quoten.

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

Sonstige Arztgruppen	Quote in %
Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin (Restliche) Leistungen, die innerhalb der MGV vergütet werden	99,41
Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Restliche) Leistungen, die innerhalb der MGV vergütet werden	84,97
Psychotherapeuten (Restliche) Leistungen, die innerhalb der MGV vergütet werden	73,28
Ermächtigte (Krankenhaus-) Ärzte und Institute	97,57
Sonstige Arztgruppen (z.B. Nephrologen, Pathologen, Strahlentherapeuten, Laborärzte, Laborgemeinschaften, etc.), Krankenhäuser, Kliniken	91,95

* Mindestquote

Auszahlungsübersicht: Gesamthonorar GKV kollektiv

1.420.129.558 €

Leistungen außerhalb der MGV 577.224.707 €		Leistungen innerhalb der MGV 842.904.851 €	
HA	FA/PT	HA	FA/PT
Leistg. u. Begleitlsg. § 115b 352.306 € 103.160.490 €		Labor² 3.193.150 € 56.427.095 €	
Leistg. u. Begleitlsg. § 115f 50 € 3.034.201 €		Bereitschaftsdienst und Notfall 6.145.633 € 21.663.374 €	
Ambulantes Operieren 972.194 € 16.695.088 €		Kinder- u. Jugendärzte 47.968.110 €	
Prävention 24.026.959 € 70.769.838 €		Labor ³ 7.300.402 €	Labor ⁴ 17.987.921 €
Psychotherapie ¹ 1.524.854 € 96.805.970 €		RLV/QZV 268.191.912 €	RLV/QZV 297.349.480 €
DMP 18.284.974 € 4.447.249 €		FL 8.915.513 €	FL 80.264.224 €
Belegärztliche Leistungen 47.233 € 3.566.209 €		PFG 13.519.373 €	
Leistungen TSVG 1.234.573 € 44.650.304 €		Genetisches Labor 13.978.664 €	
Sonstige/regionale Leistungen 39.711.399 € 147.940.816 €			

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