

Hinweise zur Abrechnung der KV Baden-Württemberg

ABRECHNUNGSQUARTAL 4 / 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 4/2024**.

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%.

Infolge der Budgetierung können **im Quartal 4/2024** bei den Hausärzten die angeforderten und anerkannten Leistungen weiterhin nur quotiert ausbezahlt werden. Es **fehlten** in diesem Quartal für die Bezahlung aller Leistungen mit den festen Preisen der Euro-Gebührenordnung, Finanzmittel von rund **17 Mio. €**. Somit ergibt sich bei den Hausärzten ein Budgetierungsgrad von 95,23%. Leistungen, die das RLV/QZV-Volumen überschreiten, werden mit einer Auszahlungsquote von 19,19% bezahlt.

Vergleicht man **die Honorarentwicklung im hausärztlichen Versorgungsbereich** zum Vorjahresquartal 4/2023, dem Quartal, das bei den Hausärzten erstmals wieder budgetiert war, ist ein leichter Honorarrückgang in Höhe von -0,8% (-3,4 Mio. €) im GKV-Bereich festzustellen. Unter Berücksichtigung der Differenzbereinigung (HzV) ergibt sich eine **leichte Honorarsteigerung von +2,2%** (+9,2 Mio. €).

Im gesamten **fachärztlichen Versorgungsbereich** ist das Honorar um +4,3% (+40,0 Mio. €) angestiegen. Unter Berücksichtigung der Differenzbereinigung (Selektivverträge) liegt die **Honorarsteigerung bei +4,5%** (+41,5 Mio. €).

Vergleicht man das Honorarergebnis beider Versorgungsbereiche mit dem des Jahres 2019 (Vor-Corona-Zeit), ergibt sich beim **hausärztlichen Versorgungsbereich** ein **Honorarplus von +11,4%**, im **fachärztlichen Versorgungsbereich** ein **Honorarplus von +17,0%**. Der durchschnittliche Budgetierungsgrad im fachärztlichen Bereich liegt bei 95,12%. Unsere Kolleginnen und Kollegen im fachärztlichen Versorgungsbereich erbringen in diesem Quartal Leistungen im Wert von **ca. 50 Mio. €, die nicht bezahlt werden**.

Diese Zahlen bestätigen erneut, dass es auch nach der bei unseren hausärztlichen Kolleginnen und Kollegen ab Quartal 4/2025 erfreulicherweise greifenden Entbudgetierung weiteren Reformbedarf am hausärztlichen EBM insgesamt gibt.

Sie bestätigen darüber hinaus, dass eine sich neu konstituierende Bundesregierung auch im fachärztlichen Bereich, zumindest schrittweise eine Entbudgetierung umsetzen muss. Im aktuell veröffentlichten Positionspapier der AG6 Gesundheit und Pflege finden sich für die laufenden Koalitionsverhandlungen dahingehend zwar Ansätze, diese sind aber nicht weitreichend genug.

Viele weitere angesprochene Themen im Papier zeigen, dass es auch mit einer neuen Bundesregierung im Gesundheitswesen bei großen Herausforderungen hinsichtlich Finanzen und Versorgungslage spannend bleiben wird.

Wir setzen uns weiterhin dafür ein, die Rahmenbedingungen für ärztliche und psychotherapeutische Praxen so attraktiv wie möglich zu gestalten. Deutschland muss Praxenland bleiben, wie es die derzeitige KBV-Kampagne verdeutlicht.

Angebracht ist vor allem auch Ehrlichkeit der Politik und Krankenkassen gegenüber der Bevölkerung über sich verknappende finanzielle und personelle Ressourcen und ein sich damit veränderndes Gesundheitswesen. Das erfordert manchmal auch unpopuläre Maßnahmen, wie die derzeit laufende Reform des ärztlichen Bereitschaftsdienstes in Baden-Württemberg. Den vom Sozialgericht Stuttgart abgewiesenen Antrag auf einstweiligen Rechtsschutz gegen die Schließung der ersten drei

Bereitschaftspraxen sehen wir dabei als Bestätigung dafür, hier gemeinsam mit den von Ihnen gewählten Vertretern unserer Vertreterversammlung die richtigen Schritte zum Erhalt einer funktionierenden Regel- und bereitschaftsdienstlichen Versorgung gegangen zu sein.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Ihr

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'K. Braun', written in a cursive style.

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

BEKANNTMACHUNGEN

Änderungen der Honorarverteilung rückwirkend zum 1. Januar 2025

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) hat mit ihrem Beschluss vom 19. März 2025 über die nachfolgenden Änderungen des Honorarverteilungsmaßstabs (HVM) entschieden:

▪ **Aufnahme von neuen Leistungserbringern in die Honorarverteilung**

Am 12. Dezember 2024 ist das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) in Kraft getreten.

Durch das KHVVG sollen u.a. ambulante und stationäre Sektoren auf dem Weg zu einer integrierten Gesundheitsversorgung stärker zusammengeführt werden.

Das Gesetz definiert dafür zum einen **sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen**. Das sind Standorte von Krankenhäusern, die durch das Land bestimmt werden und sowohl stationäre Krankenhausbehandlungen als auch ambulante und pflegerische Leistungen (insbesondere in der Inneren Medizin und der Geriatrie) erbringen.

Das KHVVG sieht eine Verpflichtung der Zulassungsgremien vor, auf Antrag sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen in Planungsbereichen, in denen für die **hausärztliche Versorgung** keine Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, zur hausärztlichen Versorgung – unbefristet – zu ermächtigen.

Die Zulassungsgremien müssen auf Antrag auch sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen sowie sog. Sicherstellungskrankenhäuser zur **fachärztlichen Versorgung** ermächtigen, wenn in einem Planungsbereich für die jeweilige Arztgruppe keine Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind und solche in den der Antragstellung folgenden neun Monaten auch nicht zu erwarten sind.

Außerdem sind nun **Bundeswehrkrankenhäuser** durch Gesetz zur ambulanten ärztlichen Behandlung von Versicherten, in dem für die Aufgabenwahrnehmung des Sanitätsdienstes der Bundeswehr erforderlichen Umfang, ermächtigt.

Die Aufgabenwahrnehmung macht es dabei nach dem Willen des Gesetzgebers aufgrund der Verschlechterung der globalen Sicherheitslage sowie der verschärften Bedrohungslage für Europa und auch Deutschland erforderlich, den Bundeswehrkrankenhäusern – in Baden-Württemberg konkret dem BWKH Ulm – zur Inübunghaltung den Zugang zur umfassenden, auch ambulanten Versorgung gesetzlich versicherter Patientinnen und Patienten zu ermöglichen.

Schließlich sind ebenfalls qua Gesetzes **pädiatrische Institutsambulanzen** zur ambulanten Behandlung von Kindern und Jugendlichen ermächtigt, wenn Art, Schwere oder Dauer der Erkrankung die Behandlung in einer pädiatrischen Spezialambulanz nötig macht.

Für die neuen Leistungserbringer ist es notwendig, sie als Teilnehmer in die Honorarverteilung aufzunehmen, soweit sie Leistungen erbringen, die aus der MGV zu vergüten sind.

- **Differenzierte Vergütungsregelungen für die neuen Leistungserbringer**

Für die neuen Leistungserbringer werden in den HVM folgende differenzierte Vergütungsregelungen aufgenommen:

- Ein Arzt, der in einer **sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung** tätig wird, wird in der Honorarverteilung wie ein niedergelassener Vertragsarzt berücksichtigt. D.h., sofern er einer der RLV-relevanten Arztgruppen angehört, unterliegt er den geltenden Maßnahmen zur Mengenbegrenzung.
- Ein Arzt, der in einer **pädiatrischen Institutsambulanz** tätig wird, wird wie ein niedergelassener Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin berücksichtigt.
- Die von Ärzten in einem **ermächtigten Bundeswehrkrankenhaus** abgerechneten Leistungen werden ggf. quotiert (mit einer Mindestquote von 80%) aus dem arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen für „Ermächtigte Ärzte und Einrichtungen“ vergütet.

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 » Praxis » Verträge & Recht » Bekanntmachungen » Honorarverteilungsmaßstab oder direkt unter dem Link www.kvbawue.de/honorarverteilungsmassstab.

Zum HVM-Text gelangen Sie zudem wie gewohnt über den Link www.kvbawue.de/satzung-rechtsquellen.

Gerne stellen wir Ihnen im Einzelfall auf Anforderung den aktuellen HVM-Text auch in Papierform zur Verfügung. Nehmen Sie diesbezüglich gerne Kontakt mit unserer Abrechnungsberatung auf. Sie erreichen uns unter Telefon: 0711 / 7875 - 3397 oder per Mail: abrechnungsberatung@kvbawue.de.

Änderungen der Abrechnungsrichtlinie zum 1. April 2025

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) hat mit ihrem Beschluss vom 19. März 2025 über die nachfolgenden Änderungen der Abrechnungsrichtlinie entschieden:

- In § 5 Abs. 2 Satz 1 wird nach „Der Vertragsarzt muss“ folgender Text eingefügt: „ , alle Mitglieder einer BAG sowie alle ärztlichen Leiter und der Vertretungsberechtigte eines MVZ müssen“.

Der bisherige § 5 Abs. 6 wird in einen Abs. 6 und Abs. 7 wie folgt aufgeteilt, sowie in Abs. 7 Satz 2 die Bezeichnung „Hausarzt“ durch „ambulant behandelnden Vertragsarzt“ ersetzt, ein neuer Satz 3 „³Ausgenommen von Satz 1 sind strahlentherapeutische Leistungen im Sinne von § 2 Abs. 2 Satz 3 Nr. 2 KHEntgG.“ und ein neuer Satz 4 „⁴Die Abrechnung belegärztlich-stationärer Leistungen richtet sich nach dem Belegarztvertrag der KVBW in seiner jeweils gültigen Fassung.“ eingefügt.

„(6) Angaben auf Überweisungsscheinen

¹Alle Informationen von den Überweisungsscheinen sind in die Abrechnungsdaten zu übernehmen.

(7) Keine ambulante Abrechnung bei stationärer Behandlung

¹Während des stationären Aufenthaltes eines Patienten in der Hauptabteilung eines Krankenhauses dürfen Leistungen, die in den Versorgungsauftrag des Krankenhauses fallen, nicht vertragsärztlich abgerechnet werden. ²Auch eine Arzneimittelverordnung oder die Ausstellung einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung durch den ambulant behandelnden Vertragsarzt während der stationären Behandlung des Patienten ist nicht gestattet. ³Ausgenommen von Satz 1 sind strahlentherapeutische Leistungen im Sinne von § 2 Abs. 2 Satz 3 Nr. 2 KHEntgG. ⁴Die Abrechnung belegärztlich-stationärer Leistungen richtet sich nach dem Belegarztvertrag der KVBW in seiner jeweils gültigen Fassung.“

Dadurch ändert sich die Nummerierung der nachfolgenden Absätze von ehemals Abs. 7 bis 11 in Abs. 8 bis 13.

In Abs. 10 Satz 2 (neu Abs. 12 Satz 2) wird das Wort „entsprechend“ gestrichen und am Ende folgender Halbsatz eingefügt „ , die im Notfalldienst nicht abrechnungsfähig sind.“

Sie finden die mitgeteilten Änderungen in der gemäß § 24 Abs. 2 der Satzung der KVBW amtlich bekannt gemachten aktuellen Fassung der Abrechnungsrichtlinie auf unserer Homepage www.kvbawue.de in der Rubrik » Praxis » Verträge & Recht » Bekanntmachungen » Abrechnungsrichtlinie oder unter dem Link: www.kvbawue.de/praxis/vertraege-recht/bekanntmachungen.

Zum Text der Abrechnungsrichtlinie gelangen Sie zudem wie gewohnt über den Link www.kvbawue.de/satzung-rechtsquellen.

Gerne stellen wir Ihnen im Einzelfall auf Anforderung den aktuellen Text der Abrechnungsrichtlinie auch in Papierform zur Verfügung. Nehmen Sie diesbezüglich gerne Kontakt mit unserer Abrechnungsberatung auf. Sie erreichen uns unter Telefon: 0711 / 7875 - 3397 oder per Mail: abrechnungsberatung@kvbawue.de.

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 Prüfungsgeschehen 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 4/2024

Mit diesem Honorarversand erhalten Sie den Honorarbescheid für das Quartal 4/2024 sowie die dazugehörigen Abrechnungsunterlagen. Zum besseren Verständnis geben wir Ihnen die folgenden Hinweise:

1. Für das Quartal 4/2024 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 4/2024 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 1/2020 bis 3/2024 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. 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.

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

4. Als **Anlagen** zu den Hinweisen zur Abrechnung des Quartals 4/2024 finden Sie:

- Auszahlungsquoten infolge der Honorarverteilung und Mengensteuerung 4/2024
- Auszahlungsübersicht 4/2024

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 4/2024

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	91,94
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	
Pathologische und zytologische Leistungen Kap. 19 und 08315	79,21
Genetisches Labor – tlw. Abschnitt 11.4, 19.4	62,15
Pauschale für fachärztliche Grundversorgung (PFG)	88,25
Humangenetische Beurteilung 01841, 01842, 11230, 11233-11236	73,68

(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 Volumen 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)	19,19
Anästhesiologie	17,91
Augenheilkunde	19,97
Chirurgie, Kinderchirurgie, Plastische Chirurgie, Herzchirurgie	38,46
Neurochirurgie	10,24
Frauenheilkunde mit u. ohne fakultativer WB Endokrinologie u. Reproduktionsmedizin	24,01
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	26,26
Haut- und Geschlechtskrankheiten	86,75
Innere Medizin ohne Schwerpunkt, fachärztlicher Versorgungsbereich	62,37
Angiologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	53,45
Endokrinologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	7,02
Gastroenterologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	23,13
Hämato-/Onkologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	10,03
Kardiologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	18,19
Kardiologie u. invasiver Tätigkeit, Innere Medizin mit Schwerpunkt	22,75
Pneumologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	30,40
Rheumatologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	15,36
Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	2,65
Nervenheilkunde, Neurologie	22,28
Nuklearmedizin ohne Genehmigung für MRT	26,29
Nuklearmedizin mit Genehmigung für MRT	22,72
Orthopädie	63,45
Phoniatry, Pädaudiologie und Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen	52,19
Psychiatrie und Psychotherapie	16,47
Diagnostische Radiologie ohne Vorhaltung von CT und MRT	42,94
Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT	15,29
Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von MRT	9,80
Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT und MRT	23,61
Urologie	64,04
Physikalisch-Rehabilitative Medizin	16,48

(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	81,69
Langzeit-EKG	89,74
Nicht-ärztliche Praxisassistenten	82,11
Phlebologie	80,00 *
Proktologie	100,00
Übrige psychotherapeutische Leistungen	80,00 *
Sonographie II	80,00 *
Teilradiologie	80,00 *
Fachärztlicher Versorgungsbereich, Fachärzte für	Quote in %
Anästhesiologie	
Akupunktur	100,00
Narkosen (bei zahnärztlicher Behandlung)	80,00
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	80,00
Augenheilkunde	
Elektroophthalmologie	80,00
Fluoreszenzangiographie	80,00
Kontaktlinsenanpassung	80,00
Strukturpauschale für konservative Augenärzte	81,06
Chirurgie, Kinderchirurgie, Plastische Chirurgie, Herzchirurgie	
Akupunktur	100,00
Gastroenterologie, Bronchoskopie	100,00
Phlebologie	80,46
Proktologie	100,00
Neurochirurgie	
Akupunktur	95,30
Frauenheilkunde mit und ohne fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	
Empfängnisregelung, Sterilisation oder Schwangerschaftsabbruch	84,32
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	100,00
Übrige psychotherapeutische Leistungen	100,00
Sonographie Brustdrüsen	80,00 *
Stanzbiopsie	90,20
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	
Kardiorespiratorische Polygraphie	80,00

Haut- und Geschlechtskrankheiten	
Dermatologische Lasertherapie	100,00
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	80,00
Endokrinologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	
Nuklearmedizinische Leistungen	80,00
Gastroenterologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	
Gastroenterologie	87,83
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	80,00
Hämato-/ Onkologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	
Gastroenterologie	100,00
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	100,00
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	85,87
Nervenheilkunde und Neurologie	
Akupunktur	80,00
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	80,00
Nuklearmedizin ohne Genehmigung für MRT	
Zuschlag SPECT	81,25
Orthopädie	
Akupunktur	100,00
Phoniatrie, Pädaudiologie und Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen	
Phoniatrisch-pädaudiologische Leistungen	99,25
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	97,92
Stoßwellenlithotripsie	100,00
Urodynamik	100,00
Physikalisch-Rehabilitative Medizin	
Akupunktur	94,08
Ärzte mit Teilnahme Qualitätssicherungsvereinbarung zur SMT-Versorgung	
Zuschlag schmerztherapeutische Einrichtungen 30704	80,00
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 abrechneten und anerkannten Kostenpauschalen (Kapitels 40 EBM) und Delegationsfähigen Leistungen (Kapitel 38 EBM) in voller Höhe – der tatsächliche Leistungsbedarf aus dem Abrechnungsquartal 4/2024 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	98,40
Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Restliche) Leistungen, die innerhalb der MGV vergütet werden	78,43
Psychotherapeuten (Restliche) Leistungen, die innerhalb der MGV vergütet werden	73,31
Ermächtigte (Krankenhaus-) Ärzte und Institute	100,00
Sonstige Arztgruppen (z.B. Nephrologen, Pathologen, Strahlentherapeuten, Laborärzte, Laborgemeinschaften, etc.), Krankenhäuser, Kliniken	100,00

* Mindestquote

Auszahlungsübersicht: Gesamthonorar GKV kollektiv

1.381.613.973 €

Leistungen außerhalb der MGV 563.021.519 €

HA FA/PT

Leistg. u. Begleitleistg. § 115b
305.904 € 98.475.624 €

Leistg. u. Begleitleistg. § 115f
1.677 € 3.598.995 €

Ambulantes Operieren
791.467 € 16.339.782 €

Prävention
19.758.296 € 61.423.328 €

Psychotherapie¹
1.496.998 € 93.200.419 €

DMP
18.932.086 € 4.501.017 €

Belegärztliche Leistungen
39.606 € 3.017.364 €

Leistungen TSVG
1.146.362 € 43.972.601 €

Sonstige/regionale Leistungen
48.507.536 € 147.512.457 €

Leistungen innerhalb der MGV 818.592.454 €

HA FA/PT

Labor²
3.488.811 € 55.846.653 €

Bereitschaftsdienst und Notfall
4.973.116 € 22.655.629 €

Kinder- u. Jugendärzte
44.890.268 €

Labor³
6.108.676 €

RLV/QZV
256.932.492 €

FL
8.261.263 €

Labor⁴
17.814.327 €

RLV/QZV
293.342.113 €

FL
77.737.517 €

PFG
13.417.114 €

Genetisches Labor
13.124.475 €

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