

Hinweise zur Abrechnung der KV Baden-Württemberg

ABRECHNUNGSQUARTAL 1 / 2025

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 1/2025**. Die Honorarergebnisse beinhalten insbesondere die für das Jahr 2025 vereinbarten Steigerungen beim Orientierungswert (OW) in Höhe von +3,85% sowie bei der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) um +0,4522%.

Weiterhin und infolge der Budgetierung können im Quartal 1/2025 bei den Hausärzten die angeforderten und anerkannten Leistungen nur quotiert ausbezahlt werden. Es **fehlten** in diesem Quartal für die Bezahlung aller Leistungen mit den festen Preisen der Euro-Gebührenordnung, Finanzmittel von rund **20 Mio. €**. Somit ergibt sich bei den Hausärzten ein Budgetierungsgrad von 94,63%. Leistungen, die das RLV/QZV-Volumen überschreiten, werden mit einer Auszahlungsquote von 17,26% bezahlt. Vergleicht man **die Honorarentwicklung** im gesamten **hausärztlichen Versorgungsbereich** zum Vorjahresquartal 1/2024, ist fast keine Veränderung im GKV-Bereich (+0,1%; +0,5 Mio. €) festzustellen. Unter Berücksichtigung der Differenzbereinigung (HzV) ergibt sich eine **Honorarsteigerung von +3,9%** (+16,3 Mio. €).

Im gesamten **fachärztlichen Versorgungsbereich** ist das Honorar um +3,8% (+38,3 Mio. €) angestiegen. Unter Berücksichtigung der Differenzbereinigung (Selektivverträge) liegt die **Honorarsteigerung bei +4,0%** (+40,3 Mio. €). Der durchschnittliche Budgetierungsgrad im fachärztlichen Bereich liegt bei 94,22%. Unsere Kolleginnen und Kollegen im fachärztlichen Versorgungsbereich erbringen in diesem Quartal Leistungen im Wert von **63,7 Mio. €, die nicht bezahlt werden**.

Zusammenfassend kann man also für das Quartal 1/2025 feststellen, dass die zum zweiten Mal in Folge guten Ergebnisse der Vereinbarungen zum Orientierungswert 2025 tatsächlich in unseren Praxen und MVZ ankommen.

Dies täuscht jedoch nicht über zwei andere Fakten hinweg:

1. Die Honorarsteigerungen werden regelmäßig durch die den Praxen entstehenden Kostensteigerungen aufgezehrt.
2. Haus- und Facharztpraxen erbringen Quartal für Quartal unvergütete Leistungen im oberen zweistelligen Millionenbereich!

Daraus resultieren zunehmend Praxen mit finanziellen Schwierigkeiten bis hin zu Insolvenzen. Dies wirkt sich aus in Terminmangel, Sicherstellungs- und Nachwuchsproblemen, Fehlinanspruchnahmen von Krankenhäusern und Bereitschaftspraxen sowie Systemunzufriedenheit. Die Unterfinanzierung des ambulanten Bereichs als zentrale Ursache dafür wird von Medien, Politik und Öffentlichkeit gerne ausgeblendet, allenfalls mit der ebenfalls schlechten Finanzsituation der GKV versucht zu rechtfertigen. Die Schuldzuweisung erfolgt im Gegenteil oft an uns Ärztinnen, Ärzte, Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie an uns als KV.

Gute Ideen wie die Entlastung der GKV von versicherungsfremden Leistungen, der Abbau teurer Fehlallokationen im stationären Sektor, der Mut zu Leistungseinschränkungen oder ein Weg hin zu mehr wirtschaftlicher Eigenverantwortung von Patienten drohen ins Leere zu laufen. Stattdessen versucht man den Aufbau teurer Parallelstrukturen und den Mittelabfluss hin zu anderen Gesundheitsberufen. Dabei wäre gerade eine Stärkung des leistungsstarken ambulanten Sektors und des KV-Systems der beste Weg hin zu kostengünstiger, wohnortnaher ambulanter haus- und fachärztlicher sowie psychotherapeutischer Versorgung. Wir setzen uns weiterhin dafür ein!

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 1/2025

Mit diesem Honorarversand erhalten Sie den Honorarbescheid für das Quartal 1/2025 sowie die dazugehörigen Abrechnungsunterlagen. Zum besseren Verständnis geben wir Ihnen die folgenden Hinweise:

1. Für das Quartal 1/2025 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 1/2025 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 2/2020 bis 4/2024 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 auf der Honorarzusammenstellung im quotierten RLV/QZV-Leistungsbereich ausgewiesen werden, greift die hausärztliche Vergütungsquote hier nicht.

3. Zu der auf der Abrechnungsunterlage **Kennzahlenblatt 1. Quartal 2025** 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 1/2025 finden Sie:

- Auszahlungsquoten infolge der Honorarverteilung und Mengensteuerung 1/2025
- Auszahlungsübersicht 1/2025

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

Ihr



Cornel-Andreas Güss
Leiter des Geschäftsbereichs Abrechnung

Auszahlungsquoten – Quartal I/2025

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

(1.) Quote für die Honorierung der Leistungsbereiche Labor, Bereitschaftsdienst und Notfall, Kinder- und Jugendärzte, Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung und Genetisches Labor sowie der Vorwegabzüge 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, Bereitschaftsdienst und Notfall, Kinder- und Jugendärzte, Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung und Genetisches Labor verteilt und mit den nachstehenden Quoten honoriert.

Im Rahmen eines Vorwegabzugs honoriert werden je Versorgungsbereich die Leistungsanforderungen für kurativ-stationäre Leistungen außerhalb Kapitel 36 EBM; im hausärztlichen Versorgungsbereich Labor (eigenerbracht oder bei hausärztlicher Veranlassung über Muster 10A) sowie regionale Zuschläge; im fachärztlichen Versorgungsbereich Labor (Laborpauschalen, eigenerbracht oder bei fachärztlicher Veranlassung über Muster 10A), die pathologischen und zytologischen Leistungen, die Humangenetische Beurteilung sowie regionale Zuschläge.

Die Kostenpauschalen Labor (Muster 10), Leistungen im Bereitschaftsdienst und Notfall, kurativ-stationären Leistungen, hausärztliche Vorhaltepauschale/Geriatrie und der entbudgetierte Leistungsbereich der Kinder- und Jugendärzte werden 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 %
Labor	
Kostenpauschalen Labor 40089-40095	100,00
Laborwirtschaftlichkeitsbonus 32001, Laborveranlassung Muster 10	87,94
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 01437, 12210, 12222-12224	85,00 *
Labor eigenerbracht oder bei fachärztlicher Veranlassung über Muster 10A	
Pathologische und zytologische Leistungen Kap. 19 und 08315	84,21
Genetisches Labor – tlw. Abschnitt 11.4, 19.4	67,91
Pauschale für fachärztliche Grundversorgung (PFG)	86,15
Humangenetische Beurteilung 01841, 01842, 11230, 11233-11236	84,37

(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 zurückgestellt. 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.

Arztgruppe / Fachärzte für	Quote in %
Innere u. Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Prakt. Ärzte, Innere Medizin (HÄ VB)	17,26
Anästhesiologie	18,84
Augenheilkunde	20,17
Chirurgie, Kinderchirurgie, Plastische Chirurgie, Herzchirurgie	43,62
Neurochirurgie	8,33
Frauenheilkunde mit u. ohne fakultativer WB Endokrinologie u. Reproduktionsmedizin	21,68
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	11,98
Haut- und Geschlechtskrankheiten	36,78
Innere Medizin ohne Schwerpunkt, fachärztlicher Versorgungsbereich	55,63
Angiologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	100,00
Endokrinologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	6,96
Gastroenterologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	33,32
Hämato-/Onkologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	13,23
Kardiologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	17,59
Kardiologie u. invasiver Tätigkeit, Innere Medizin mit Schwerpunkt	16,06
Pneumologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	24,49
Rheumatologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	15,11
Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	2,41
Nervenheilkunde, Neurologie	22,55
Nuklearmedizin ohne Genehmigung für MRT	28,17
Nuklearmedizin mit Genehmigung für MRT	9,35
Orthopädie	31,67
Phoniatrie, Pädaudiologie und Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen	35,99
Psychiatrie und Psychotherapie	18,09
Diagnostische Radiologie ohne Vorhaltung von CT und MRT	47,48
Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT	12,42
Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von MRT	13,01
Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT und MRT	11,33
Urologie	57,55
Physikalisch-Rehabilitative Medizin	13,55

(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 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	89,65
Langzeit-EKG	95,83
Nicht-ärztliche Praxisassistenten	89,25
Phlebologie	94,46
Proktologie	100,00
Übrige psychotherapeutische Leistungen	84,49
Sonographie II	85,22
Teilradiologie	80,20
Fachärztlicher Versorgungsbereich, Fachärzte für	Quote in %
Anästhesiologie	
Akupunktur	94,64
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	80,00 *
Chirurgie, Kinderchirurgie, Plastische Chirurgie, Herzchirurgie	
Akupunktur	100,00
Gastroenterologie, Bronchoskopie	100,00
Phlebologie	88,46
Proktologie	100,00
Neurochirurgie	
Akupunktur	80,00
Frauenheilkunde mit und ohne fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	
Empfängnisregelung, Sterilisation oder Schwangerschaftsabbruch	80,00
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	100,00
Übrige psychotherapeutische Leistungen	100,00
Sonographie Brustdrüsen	80,00 *
Stanzbiopsie	84,58
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	
Kardiorespiratorische Polygraphie	80,00

Haut- und Geschlechtskrankheiten	
Balneophototherapie	100,00
Besuche	100,00
Dermatologische Lasertherapie	80,00
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	
Kapselendoskopie	100,00
Gastroenterologie	96,59
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	89,02
Hämato-/ Onkologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	
Gastroenterologie	80,00
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	80,00
Kardiologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	
Kardiorespiratorische Polygraphie	84,62
Langzeit-EKG	89,07
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	
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	100,00
Nervenheilkunde und Neurologie	
Akupunktur	80,00
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	80,00
Nuklearmedizin ohne Genehmigung für MRT	
Zuschlag SPECT	100,00
Orthopädie	
Akupunktur	100,00
Phoniatrie, Pädaudiologie und Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen	
Phoniatriisch-pädaudiologische Leistungen	100,00
Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT	
CT-gesteuerte Intervention	84,97
Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT und MRT	
CT-gesteuerte Intervention	80,00
Urologie	
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	96,37
Stoßwellenlithotripsie	80,00 *
Urodynamik	100,00
Physikalisch-Rehabilitative Medizin	
Akupunktur	95,72
Ärzte mit Teilnahme Qualitätssicherungsvereinbarung zur SMT-Versorgung	
Zuschlag schmerztherapeutische Einrichtungen 30704	83,62
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 jeweiligen Abrechnungsquartal gegenübergestellt. Daraus ergeben sich die jeweiligen Quoten.

Hinweis: Quoten für gesonderte Leistungsbereiche (z.B. Labor) finden sich unter dem Punkt (1.).

Sonstige Arztgruppen	Quote in %
Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin Restliche MGV-Leistungen	96,17
Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie Restliche MGV-Leistungen	81,51
Psychotherapeuten Restliche MGV-Leistungen	70,12
Ermächtigte (Krankenhaus-) Ärzte und Institute	97,69
Sonstige Arztgruppen (z.B. Nephrologen, Pathologen, Strahlentherapeuten, Laborärzte, Laborgemeinschaften, etc.), Krankenhäuser, Kliniken	100,00

* Mindestquote

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).

Auszahlungsübersicht: Gesamthonorar GKV kollektiv

1.462.760.426 €

Leistungen außerhalb der MGV 601.977.201 €		Leistungen innerhalb der MGV 860.783.225 €	
HA	FA/PT	HA	FA/PT
Leistg. u. Begleitstg. § 115b 358.919 € 107.519.721 €		Labor² 3.814.768 € 60.457.894 €	
Leistg. u. Begleitstg. § 115f 3.755 € 270.597 €		Bereitschaftsdienst und Notfall 5.144.244 € 23.128.655 €	
Ambulantes Operieren 939.751 € 17.694.373 €		Kinder- u. Jugendärzte 49.429.366 €	
Prävention 24.537.937 € 69.733.932 €		Labor³ 5.793.509 €	
Psychotherapie ¹ 1.617.671 € 102.045.440 €		Labor⁴ 16.415.762 €	
DMP 19.277.048 € 4.596.705 €		RLV/QZV 266.933.866 €	
Belegärztliche Leistungen 45.716 € 3.223.689 €		RLV/QZV 307.935.673 €	
Leistungen TSVG 1.376.197 € 51.168.252 €		FL 8.830.465 €	
Sonstige/regionale Leistungen 41.222.637 € 156.344.861 €		FL 82.418.684 €	
		PFG 13.950.961 €	
		Genetisches Labor 16.529.378 €	

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 und Kostenpauschalen Labor 40089-40095
- 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