

Hinweise zur Abrechnung der KV Baden-Württemberg

ABRECHNUNGSQUARTAL 2 / 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 2/2025**. 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%.

Durch die Budgetierung können im Quartal 2/2025 bei den **Hausärzten** die angeforderten und anerkannten Leistungen weiterhin nur quotiert ausbezahlt werden. Dadurch bleiben in diesem Quartal rund **9,6 Mio. €** hausärztlicher Leistungen unbezahlt und es ergibt sich ein Budgetierungsgrad von 97,21%. Leistungen, die das RLV/QZV-Volumen überschreiten, werden mit einer Auszahlungsquote von 30,20% honoriert.

Vergleicht man **die Honorarentwicklung** im gesamten **hausärztlichen Versorgungsbereich** zum Vorjahresquartal 2/2024, ist ein Honorarrückgang im GKV-Bereich von **-3,2%** (-13,1 Mio. €) festzustellen. Unter Berücksichtigung der Differenzbereinigung (HzV) ergibt sich allerdings eine **Honorarsteigerung von +1,4%** (+5,9 Mio. €). Die rückläufige Honorarentwicklung zum Vorjahresquartal im hausärztlichen Versorgungsbereich lässt sich insbesondere durch einen deutlichen **Rückgang bei den Behandlungsfallzahlen (-6,7%)** und damit verbunden ein **Rückgang bei den abgerechneten und angeforderten Leistungen** erklären.

Im gesamten **fachärztlichen Versorgungsbereich** ist das Honorar um **+2,2%** (+21,4 Mio. €) angestiegen. Unter Berücksichtigung der Differenzbereinigung (Selektivverträge) liegt die **Honorarsteigerung bei +2,4%** (+23,6 Mio. €). Der durchschnittliche Budgetierungsgrad im fachärztlichen Bereich liegt bei 96,33%. Unsere Kolleginnen und Kollegen im fachärztlichen Versorgungsbereich erbringen in diesem Quartal somit Leistungen im Wert von **37,7 Mio. €, die nicht bezahlt werden**.

Erfreulicherweise findet die budgetierte Vergütung im hausärztlichen Bereich mit dem gerade begonnenen Quartal 4/2025 nun in den wesentlichen Leistungsbereichen ihr Ende. Das Ende der Budgetierung im hausärztlichen Bereich ist als großer Erfolg zu werten und muss auch weiterhin unser gemeinsames Ziel für den fachärztlichen Bereich sein. Gleichzeitig wird deutlich, dass der für beide Seiten – KBV und GKV – gleichermaßen schmerzhaft, in der Höhe moderate Abschluss bei den Finanzierungsverhandlungen zum Orientierungswert für 2026 mit einem Plus von nur 2,8%, in Kombination mit der im fachärztlichen Bereich fortbestehenden Budgetierung, einen maximalen Solidarbeitrag unserer Mitglieder zur angespannten Finanzlage der Kassen darstellt. Darüber hinausgehende Sparmaßnahmen sind dem ambulanten Sektor nicht zumutbar.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Ihr



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

BEKANNTMACHUNGEN

Änderungen der Honorarverteilung zum 1. Oktober 2025

Die Vertreterversammlung der KVBW hat in ihrer Sitzung am 24.09.2025 über die sich aus der Entbudgetierung bei den Hausärzten ergebenden Änderungen in der Honorarverteilung ab dem 1. Oktober 2025 beraten und beschlossen, den HVM in Verbindung mit den bindenden (bundeseinheitlichen) Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) wie folgt anzupassen:

1. Der **hausärztliche Versorgungsbereich** ist künftig unterteilt in:
 - den Leistungsbereich der Kinder- und Jugendmedizin – Leistungen des Kapitels 4 EBM mit Ausnahme der Versichertenpauschalen 04004 und 04005 EBM („**Vorwegabzug Kinderarzt-MGV**“)
 - den Leistungsbereich der allgemeinen hausärztlichen Versorgung – Leistungen des Kapitels 3 EBM und hausärztlich durchgeführte Hausbesuche GOP 01410 bis 01413 sowie 01415 EBM („**Vorwegabzug Hausarzt-MGV**“)
 - den Leistungsbereich der übrigen im hausärztlichen Versorgungsbereich abgerechneten und anerkannten Leistungen („**Vergütungsvolumen für die übrigen Leistungen**“)
2. **Für Hausärzte entfallen die bisher bekannten Mengenbegrenzungsregelungen (Regelleistungsvolumen, qualifikationsgebundene Zusatzvolumen, quotierte Freie Leistungen).** Die Leistungen des EBM-Kapitels 3 sowie die hausärztlichen Hausbesuche (GOP 01410 bis 01413 und 01415 EBM) werden aus der Hausarzt-MGV ohne Budgetierung zu den vollen Preisen der Euro-Gebührenordnung bezahlt.

Sofern das in einem Quartal zur Verfügung stehende Vergütungsvolumen nicht ausreicht (**Unterschuss**), um den abgerechneten und anerkannten Leistungsbedarf abzudecken, besteht eine **Nachschusspflicht der Krankenkassen** (Ausgleichszahlung).

Sofern über einen Jahreszeitraum betrachtet, mehr Finanzmittel zur Verfügung stehen als für die abgerechnete Leistungsmenge benötigt werden (**Überschuss**), sind Zuschläge zur Förderung der hausärztlichen Versorgung mit den Krankenkassen zu vereinbaren.

Aus dem **Vergütungsvolumen für die übrigen im hausärztlichen Versorgungsbereich abgerechneten und anerkannten Leistungen** werden zunächst Vorwegabzüge (eigenständige Honorartöpfe) für Laborleistungen, belegärztliche Leistungen und Rückstellungen (z.B. für Sicherstellungsmaßnahmen) vorgenommen sowie Zu-/ Abflüsse aus dem Fremdkassenzahlungsausgleich berücksichtigt.

Aus dem dann noch verbleibenden Vergütungsvolumen werden für die **Fachärzte für Allgemeinmedizin und die hausärztlichen Internisten (Hausärzte)** sowie für die **Fachärzte für Kinder – und Jugendmedizin zwei arztgruppenspezifische Verteilungsvolumen** („Fachgruppen-Honorartöpfe“) gebildet.

Dabei werden **aus dem Honorartopf für Hausärzte folgende Vorwegabzüge** vorgenommen:

- Für die Vergütung von **schmerztherapeutischen Leistungen** (EBM-Abschnitte 30.7.1 bis 30.7.3) **von Hausärzten** auf der Basis des bereinigten ausbezahlten Honorars im jeweiligen Vorjahresquartal (**separater Honorartopf**). Die **Leistungen werden ggf. quotiert** vergütet.

Hinweis: die fachärztlichen Schmerztherapeuten (z.B. Orthopäden) erhalten die schmerztherapeutischen Leistungen weiterhin im RLV vergütet.

- Für die **Vergütung von Leistungen bei psychosomatischen Krankheitszuständen (GOP 35100 bis 35120 EBM)** auf der Basis des bereinigten ausbezahlten Honorars im jeweiligen Vorjahresquartal (**separater Topf**). Die **Leistungen werden ggf. quotiert** vergütet.
- Für die Leistungen des Abschnitts 38.2 EBM und die **Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM**, vergütet in voller Höhe zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung.
- Für die Vergütung der bisher schon bestehenden **Zuschläge für**
 - die **Beobachtung und Betreuung (GOP 01510, 01511 oder 01512 EBM) bei einer onkologischen und/oder immunologischen Betreuung,**
 - **Gesprächsleistungen im Rahmen von (kinder- und jugend-)psychiatrischen Behandlungen** (GOP 14220, 14221, 14222, 21220 und 21221 EBM) sowie
 - die **subkutane Immuntherapie – SCIT (GOP 30130 und 30131 EBM)****in der mit den Krankenkassen in der Vergütungsvereinbarung abgestimmten Höhe.**
- Für die Vergütung eines Zuschlags für die **Behandlung und Betreuung eines Patienten mit mindestens einer lebensverändernden chronischen Erkrankung (GOP 03220 EBM)**, abgesenkt auf 1,50 Euro,
- Für die Vergütung eines Zuschlags für die **Neugeborenen-Untersuchung in der 4. bis 5. Lebenswoche - U3 - (GOP 01713 EBM)** i. H. v. 50,00 Euro,
- Für die Vergütung eines Zuschlags für **nichtärztliche Praxisassistenten (GOP 03060 EBM)** i. H. v. 4,00 Euro sowie
- Für die Vergütung eines Zuschlags **auf den hausärztlich-geriatrischen Behandlungskomplex (GOP 03362 EBM)** i. H. v. 4,00 Euro.

Das restliche im Fachgruppen-Honorartopf für die Hausärzte **verbleibende Vergütungsvolumen wird durch die übrigen abgerechneten und anerkannten Honoraranforderungen** im Quartal (z.B. Sonographie, Kleinchirurgie, Langzeit-EKG, Akupunktur, etc.) **dividiert**.

Hieraus ergibt sich die Quote für die Vergütung dieser Leistungen.

3. **Überschussregelung beim Vorwegabzug Kinderarzt-MGV:**

Die bisherige (regionale) Überschussregelung bei der Kinderarzt-MGV („variabler“ Punktwertzuschlag) wird durch eine neue (bundeseinheitliche) Regelung – analog derer für die Hausärzte – ersetzt. Sofern über einen Jahreszeitraum betrachtet, mehr Finanzmittel zur Verfügung stehen als für die abgerechnete Leistungsmenge benötigt werden (**Überschuss**), sind Zuschläge zur Förderung der hausärztlichen Versorgung mit den Krankenkassen zu vereinbaren.

4. Aus dem **Honorartopf für die Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin** werden folgende Vorwegabzüge vorgenommen:

Analog den Hausärzten für die **Vergütung von Leistungen bei psychosomatischen Krankheitszuständen (GOP 35100 bis 35120 EBM)** auf der Basis des bereinigten ausbezahlten Honorars im jeweiligen Vorjahresquartal (**separater Topf**). Die **Leistungen** werden **ggf. quotiert** vergütet.

Für die Leistungen des Abschnitts 38.2 EBM und die Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM, vergütet in voller Höhe zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung.

Für die Vergütung der bestehenden **Zuschläge für**

- die **Beobachtung und Betreuung** (GOP 01510, 01511 oder 01512 EBM) **bei einer onkologischen und/oder immunologischen Betreuung**,
 - **Gesprächsleistungen im Rahmen von kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungen** (GOP 14220, 14221, 14222, 21220 und 21221 EBM) sowie
 - die **subkutane Immuntherapie – SCIT** (GOP 30130 und 30131 EBM),
- in der mit den Krankenkassen in der Vergütungsvereinbarung abgestimmten Höhe.

- Für die Vergütung eines Zuschlags für die **Behandlung und Betreuung** eines Kindes oder Jugendlichen mit mindestens einer lebensverändernden **chronischen Erkrankung** (GOP 04220 EBM), in Höhe von 1,50 Euro (abgesenkt),
- Für die Vergütung eines Zuschlags für die **Neugeborenen-Untersuchung** in der 4. bis 5. Lebenswoche - **U3** - (GOP 01713 EBM) in Höhe von 50,00 Euro.

Das restliche im Fachgruppen-Honorartopf für die Kinderärzte verbleibende Verteilungsvolumen wird durch die übrigen abgerechneten und anerkannten Honoraranforderungen im Quartal dividiert. Hieraus ergibt sich die Quote für die Vergütung dieser Leistungen.

5. Aufnahme der **Labor-Kostenpauschalen** GOP 40089 bis 40095 EBM in das Vergütungsvolumen, das für Laboruntersuchungen zur Verfügung steht, die nicht dem Grundbetrag „Labor“ unterliegen.

Die auf Muster 10A von Laborgemeinschaften abgerechneten Kostenpauschalen GOP 40089 bis 40095 EBM, dabei schwerpunktmäßig die GOP 40089 EBM, sind aus dem Grundbetrag für den hausärztlichen bzw. fachärztlichen Versorgungsbereich zu vergüten. Dementsprechend werden die als Vorwegabzug im jeweiligen Versorgungsbereich für Laboruntersuchungen zur Verfügung gestellten Vergütungsvolumen um diese mit der Laborreform (Weiterentwicklung von Kostenpauschalen der In-vitro-Diagnostik und Anpassung des laborärztlichen Honorars) zum Quartal 1/2025 neu eingeführten Kostenpauschalen in Bezug auf Laborgemeinschaften nachträglich zur bereits erfolgten technischen Umsetzung ergänzt. Die Kostenpauschalen werden in voller Höhe vergütet.

6. Redaktionelle Anpassungen

- Streichung des Verweises auf ausschließlich Teil F der KBV-Vorgaben im Hinblick auf die Grundsätze der Bereinigung des zu erwartenden Honorars gem. § 87b Abs. 4 Satz 2 SGB V
Da die Grundsätze der Bereinigung neben Teil F der KBV-Vorgaben auch in Teil B (z.B. in 3.5) geregelt sind, wird künftig in § 6 HVM nur noch pauschal auf die KBV-Vorgaben verwiesen.
- Änderung beim Selektivvertrag Psychotherapie: Der BKK Landesverband Süd tritt anstelle der BKK VAG in den bestehenden Selektivvertrag ein
Die BKK VAG wurde zum 31.12.2024 aufgelöst. In den bestehenden Facharztvertrag Psychotherapie ist der BKK Landesverband Süd anstelle der BKK VAG eingetreten.

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

INFORMATION AGILES FRÜHWARNSYSTEM ARZNEIMITTEL

Das Agile Frühwarnsystem Baden-Württemberg soll Ihnen als Ärzteschaft helfen, sich vor Einzelfallprüfungen im Arzneimittelbereich zu schützen. Die immer noch vielen Prüfanträge ist ein Ärgernis für alle Praxen.

Die Frühinformation Arzneimittel (siehe Anlage 71) kommuniziert die folgenden Inhalte:

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

Mit Hilfe der Frühinformation 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. Dies erlaubt uns, schnell auf neuartige Themenfelder im Prüfschehen 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 2/2025

Mit diesem Honorarversand erhalten Sie den Honorarbescheid für das Quartal 2/2025 sowie die dazugehörigen Abrechnungsunterlagen. Zum besseren Verständnis geben wir Ihnen die folgenden Hinweise:

1. Für das Quartal 2/2025 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 2/2025 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 3/2020 bis 1/2025 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. Humangenetik 2/2025
Zur Finanzierung der zunehmenden humangenetischen Diagnostik ist eine jährliche Überprüfung der Mengenentwicklung vorgesehen. Für das Jahr 2025 hat der Bewertungsausschuss in seiner 796. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung, August 2025) die basiswirksame Aufstockung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) beschlossen. Die Erhöhung des Honorartopfes für die Humangenetik konnte ab dem Quartal 2/2025 in der laufenden Honorarabrechnung berücksichtigt werden, die Anpassung und Korrektur für das Quartal 1/2025 erfolgt mit dieser Abrechnung. Die Nachvergütungsbeträge sind in den Honorarunterlagen ausgewiesen.
4. Nachvergütung für Strukturzuschlag gemäß GOP 35251, 35252, 35253 im Zeitraum 2012 bis 2015
Aufgrund des Urteils des Bundesverfassungsgerichts vom November 2023 sowie der daraufhin gefassten Beschlüsse des Bewertungsausschusses im Dezember 2024 und Februar 2025 werden rückwirkend für die Jahre 2012 bis 2015 Nachvergütungen für den Strukturzuschlag der GOP 35251, 35252, 35253 (ab 01.01.2015) gutgeschrieben.
Der Strukturzuschlag wurde im Jahr 2015 rückwirkend zum 1. Januar 2012 eingeführt. Die dabei erfolgte Abstellung allein auf die genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen wurde vom BVerfG als mit dem Grundgesetz unvereinbar festgestellt. Aufgrund der daraufhin vom Bewertungsausschuss angepassten Berechnungsgrundlage wurden nun für die Nachberechnung nicht nur antrags- und genehmigungs-

pflichtige Leistungen berücksichtigt, sondern alle abgerechneten Leistungen einbezogen.

Nach den Vorgaben des Bewertungsausschusses sind die in einem Selektivvertrag abgerechneten Leistungen auf Nachweis des Vertragsarztes bzw. -therapeuten zu berücksichtigen. Die KVBW hatte von den Selektivvertragspartner für denselben Zeitraum und die vorausgegangenen Nachberechnungen bereits Daten erhalten, auf welche erneut zurückgegriffen werden konnte. Damals wurden nur Leistungen und in der Höhe herangezogen, welche der genehmigungspflichtigen Psychotherapie des EBM entsprachen. Nun wurden diese auf den erforderlichen Gesamtleistungsbedarf hochgerechnet und in die Berechnungen von Amts wegen einbezogen.

Nachvergütungen erhalten alle Praxen, die in den Jahren 2012 bis 2015 die oben genannten Leistungen abgerechnet haben und deren Honorarbescheid nicht bestandskräftig geworden ist, wegen

- Zusicherung auf Neuentscheidung (nur für das Jahr 2012)
- Ruhend gestelltem Widerspruch zu dieser Thematik
- Anhängigem Klageverfahren zu dieser Thematik.

Ein entsprechender Bescheid ist den Betroffenen bereits zugegangen. Für diese Praxen erfolgt die Auszahlung mit diesem Honorarbescheid für das Quartal 2/2025.

5. Zu der auf der Abrechnungsunterlage **Kennzahlenblatt 2. 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 MGK (RLV, QZV und Freie Leistungen – z.B. Akupunktur) sind auch die Leistungen außerhalb der MGK (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.

6. Als **Anlagen** zu den Hinweisen zur Abrechnung des Quartals 2/2025 finden Sie:

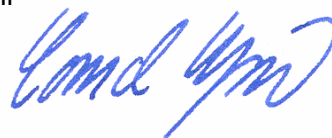
- Auszahlungsquoten infolge der Honorarverteilung und Mengensteuerung 2/2025
- Auszahlungsübersicht 2/2025

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 2/2025

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 und 10A), 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	96,97
Leistungen im Bereitschaftsdienst und Notfall	100,00

Hausärztlicher Versorgungsbereich	Quote in %
Kurativ-stationäre Leistungen außerhalb Kap. 36	100,00
Labor	
Kostenpauschalen Labor 40089-40095 bei hausärztlicher Veranlassung über Muster 10A	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
Labor	
Kostenpauschalen Labor 40089-40095 bei fachärztlicher Veranlassung über Muster 10A	100,00
Laborpauschalen 01437, 12210, 12222-12224	92,07
Labor eigenerbracht oder bei fachärztlicher Veranlassung über Muster 10A	
Pathologische und zytologische Leistungen Kap. 19 und 08315	81,92
Genetisches Labor – tlw. Abschnitt 11.4, 19.4	71,86
Pauschale für fachärztliche Grundversorgung (PFG)	90,91
Humangenetische Beurteilung 01841, 01842, 11230, 11233-11236	84,83

(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 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.

Arztgruppe / Fachärzte für	Quote in %
Innere u. Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Prakt. Ärzte, Innere Medizin (HÄ VB)	30,20
Anästhesiologie	25,74
Augenheilkunde	28,45
Chirurgie, Kinderchirurgie, Plastische Chirurgie, Herzchirurgie	68,70
Neurochirurgie	10,21
Frauenheilkunde mit u. ohne fakultativer WB Endokrinologie u. Reproduktionsmedizin	28,93
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	18,89
Haut- und Geschlechtskrankheiten	85,23
Innere Medizin ohne Schwerpunkt, fachärztlicher Versorgungsbereich	100,00
Angiologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	100,00
Endokrinologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	9,97
Gastroenterologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	75,23
Hämato-/Onkologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	17,29
Kardiologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	41,65
Kardiologie u. invasiver Tätigkeit, Innere Medizin mit Schwerpunkt	45,23
Pneumologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	26,43
Rheumatologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	36,68
Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	2,51
Nervenheilkunde, Neurologie	27,21
Nuklearmedizin ohne Genehmigung für MRT	30,01
Nuklearmedizin mit Genehmigung für MRT	23,86
Orthopädie	59,75
Phoniatrie, Pädaudiologie und Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen	97,50
Psychiatrie und Psychotherapie	21,65
Diagnostische Radiologie ohne Vorhaltung von CT und MRT	32,44
Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT	15,48
Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von MRT	27,54
Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT und MRT	17,97
Urologie	100,00
Physikalisch-Rehabilitative Medizin	23,19

(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	96,75
Langzeit-EKG	99,49
Nicht-ärztliche Praxisassistenten	100,00
Phlebologie	100,00
Proktologie	100,00
Übrige psychotherapeutische Leistungen	90,65
Sonographie II	85,76
Teilradiologie	100,00

Fachärztlicher Versorgungsbereich, Fachärzte für	Quote in %
Anästhesiologie	
Akupunktur	100,00
Narkosen (bei zahnärztlicher Behandlung)	84,17
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	80,00
Augenheilkunde	
Elektroophthalmologie	80,00
Fluoreszenzangiographie	80,00
Kontaktlinsenanpassung	87,62
Strukturpauschale für konservative Augenärzte	93,12
Chirurgie, Kinderchirurgie, Plastische Chirurgie, Herzchirurgie	
Akupunktur	100,00
Gastroenterologie, Bronchoskopie	100,00
Phlebologie	100,00
Proktologie	100,00
Neurochirurgie	
Akupunktur	80,00
Frauenheilkunde mit und ohne fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	
Empfängnisregelung, Sterilisation oder Schwangerschaftsabbruch	89,68
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	100,00
Übrige psychotherapeutische Leistungen	80,00
Sonographie Brustdrüsen	80,84
Stanzbiopsie	80,00
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	97,52
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	100,00
Endokrinologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	
Nuklearmedizinische Leistungen	80,00
Gastroenterologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	
Kapselendoskopie	100,00
Gastroenterologie	100,00
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	90,21
Hämato-/ Onkologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	
Gastroenterologie	100,00
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	80,00
Kardiologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	
Kardiorespiratorische Polygraphie	96,05
Langzeit-EKG	93,10
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	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	89,30
Urodynamik	100,00
Physikalisch-Rehabilitative Medizin	
Akupunktur	95,39
Ärzte mit Teilnahme Qualitätssicherungsvereinbarung zur SMT-Versorgung	
Zuschlag schmerztherapeutische Einrichtungen 30704	88,28
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	97,20
Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie Restliche MGV-Leistungen	84,10
Psychotherapeuten Restliche MGV-Leistungen	76,74
Ermächtigte (Krankenhaus-) Ärzte und Institute	100,00
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

1.388.705.789 €

Leistungen außerhalb der MGV 557.698.114 €

HA

FA/PT

Leistg. u. Begleitlsg. § 115b
306.570 € 95.858.763 €

Leistg. u. Begleitlsg. § 115f
5.923 € 290.053 €

Ambulantes Operieren
712.701 € 15.772.498 €

Prävention
20.920.455 € 64.451.709 €

Psychotherapie¹
1.504.632 € 91.747.148 €

DMP
18.737.359 € 4.396.795 €

Belegärztliche Leistungen
44.654 € 2.562.846 €

Leistungen TSVG
1.286.845 € 46.546.696 €

Sonstige/regionale Leistungen
40.668.547 € 151.883.920 €

Leistungen innerhalb der MGV 831.007.675 €

HA

FA/PT

Labor²
4.095.098 € 59.921.745 €

Bereitschaftsdienst und Notfall
4.629.494 € 25.320.592 €

Kinder- u. Jugendärzte
43.752.392 €

Labor³
5.700.318 €

RLV/QZV
252.602.814 €

FL
8.836.821 €

Labor⁴
17.081.547 €

RLV/QZV
298.259.644 €

FL
80.222.791 €

PFG
13.933.668 €

Genetisches Labor
16.650.751 €

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