

Hinweise zur Abrechnung der KV Baden-Württemberg

ABRECHNUNGSQUARTAL 3 / 2025

Alles Gute.



Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

mit diesem ersten Brief im neuen Jahr erhalten Sie die **Honorarabrechnung** sowie die **Hinweise zur Abrechnung für das Quartal 3/2025**.

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 im Quartal 3/2025 **letztmalig anzuwendende Budgetierung mittels RLV/QZV-Volumen bei den Hausärzten** können die angeforderten und anerkannten Leistungen nur quotiert ausbezahlt werden. Dadurch bleiben in diesem Quartal rund **20,7 Mio. €** hausärztlicher Leistungen unbezahlt und es ergibt sich ein Budgetierungsgrad von 94,08%. Leistungen, die das RLV/QZV-Volumen überschreiten, werden mit einer Auszahlungsquote von 15,51% honoriert.

Vergleicht man **die Honorarentwicklung** im gesamten **hausärztlichen Versorgungsbereich** zum Vorjahresquartal 3/2024, ist ein leichter Honorarrückgang im GKV-Bereich von **-0,4%** (-1,5 Mio. €) festzustellen. Unter Berücksichtigung der Differenzbereinigung (HzV) ergibt sich allerdings eine **Honorarsteigerung von +3,6%** (+14,2 Mio. €). Die OW-Steigerung kommt also auch bei unseren hausärztlichen Kolleginnen und Kollegen fast vollständig an. Die Honorarentwicklung zum Vorjahresquartal im hausärztlichen Versorgungsbereich lässt sich wie im Vorquartal durch einen **Rückgang bei den Behandlungsfallzahlen (-5,0%)** und damit verbunden ein **Rückgang bei den abgerechneten und angeforderten Leistungen** erklären.

Ab dem Quartal 4/2025 sind die hausärztlichen Leistungen aus Kapitel 3 EBM und die Hausbesuche dann entbudgetiert. Schon bevor dieses 4. Quartal überhaupt bei uns abgerechnet wurde, haben Vertreter des GKV-Spitzenverbandes und einzelne Politiker schon wieder die Rückabwicklung der Entbudgetierung für Haus- und Kinderärzte gefordert, weil sie sich nicht bewährt habe. Muss man das noch kommentieren? Im Dezember hat die freie Allianz der Länder-KVen (FALK: Bayern, Baden-Württemberg (KVBW), Rheinland-Pfalz, Hessen, Saarland, Nordrhein, Westfalen-Lippe und Mecklenburg-Vorpommern) u. a. darauf reagiert, dass die Krankenkassen bei ihren Sparvorschlägen nie Einsparpotentiale bei sich selbst sehen. Ein Forderungskatalog der FALK-KVen zeigt, wo sparen wirklich notwendig wäre, z. B. bei Krankenkassen und Krankenhäusern.

Das Papier finden Sie auf:

<http://www.kvbawue.de/pdf5277>



Im gesamten **fachärztlichen Versorgungsbereich** ist das Honorar im Vergleich zum Vorjahresquartal um **+5,5%** (+51,5 Mio. €) angestiegen. Unter Berücksichtigung der Differenzbereinigung (Selektivverträge) liegt die **Honorarsteigerung bei +5,7%** (+53,7 Mio. €). Auch hier kommt die OW-Steigerung gut in den Praxen an. Der durchschnittliche Budgetierungsgrad im fachärztlichen Bereich liegt bei 93,84%. Unsere Kolleginnen und Kollegen im fachärztlichen Versorgungsbereich erbringen in diesem Quartal somit Leistungen im Wert von **65,1 Mio. €, die nicht bezahlt werden.**

Im Jahr 2024 wurden in Baden-Württemberg in Folge der Budgetierung insgesamt 295.232.355 € nicht vergütet. In den Jahren 2015 bis 2024 summiert sich dies auf fast 1,8 Mrd. € allein bei uns im Land. Baden-Württembergische Haus- und Fachärzte leisten durch moderate Steigerungen des Orientierungswertes und durch die Budgetierung so seit Jahren einen hohen Beitrag zur Stabilisierung der GKV-Finanzen. Mehr Sparmaßnahmen sind dem ambulanten Bereich nicht zuzumuten. Das Ende der Budgetierung muss auch weiterhin unser gemeinsames Ziel für den fachärztlichen Bereich sein. Leistungseinschränkende Budgets und wiederholte Forderungen nach mehr und schnelleren Terminen passen einfach nicht zusammen. Hierauf werden wir auch im Jahr 2026 immer wieder aufmerksam machen, wenn die Gesundheitspolitik nach Einsparmöglichkeiten sucht.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Ihr



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

INFORMATION AGILES FRÜHWARNSYSTEM ARZNEIMITTEL

Als Vertragsarzt in Baden-Württemberg erhalten Sie in jedem Quartal Auswertungen und Ausgabenübersichten zu Ihren **verordneten Arznei- und Heilmitteln**. Diese stehen Ihnen in Ihrem persönlichen Dokumentenarchiv im Mitgliederportal zur Verfügung.

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

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 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 von Arzneimitteln und Verbandstoffen:

0711 / 7875 - 3663 oder verordnungsberatung@kvbwue.de

Bei Fragen zu Verordnungen von Impfstoffen und Heilmittel:

0711 / 7875 - 3669 oder verordnungsberatung@kvbwue.de

Bei Fragen zu Verordnungen von Sprechstundenbedarf:

0711 / 7875 - 3660 oder sprechstundenbedarf@kvbwue.de

Hinweise zur Abrechnung – Quartal 3/2025

Mit diesem Honorarversand erhalten Sie den Honorarbescheid für das Quartal 3/2025 sowie die dazugehörigen Abrechnungsunterlagen. Zum besseren Verständnis geben wir Ihnen die folgenden Hinweise:

1. Für das Quartal 3/2025 werden Ihnen folgende weitere **Honorarzahlungen** im Honorarbescheid ausgewiesen, sofern Sie vom jeweiligen Sachverhalt betroffen sind und einen entsprechenden Bescheid erhalten haben:

- **Härtfallzahlungen**

Die aus Härtfallregelungen resultierenden Nachzahlungen sind im Honorarbescheid 3/2025 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 4/2020 bis 2/2025 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. Zu der auf der Abrechnungsunterlage **Kennzahlenblatt 3. 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 3/2025 finden Sie:

- Auszahlungsquoten infolge der Honorarverteilung und Mengensteuerung 3/2025
- Auszahlungsübersicht 3/2025

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@kvbw.de

Ihr



Cornel-Andreas Güss
Leiter des Geschäftsbereichs Abrechnung

Auszahlungsquoten – Quartal 3/2025

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	92,68
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	89,48
Labor eigenerbracht oder bei fachärztlicher Veranlassung über Muster 10A	89,48
Pathologische und zytologische Leistungen Kap. 19 und 08315	80,10
Genetisches Labor – tlw. Abschnitt 11.4, 19.4	54,93
Pauschale für fachärztliche Grundversorgung (PFG)	86,67
Humangenetische Beurteilung 01841, 01842, 11230, 11233-11236	67,53

(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)	15,51
Anästhesiologie	16,06
Augenheilkunde	21,05
Chirurgie, Kinderchirurgie, Plastische Chirurgie, Herzchirurgie	19,97
Neurochirurgie	9,23
Frauenheilkunde mit u. ohne fakultativer WB Endokrinologie u. Reproduktionsmedizin	19,81
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	19,00
Haut- und Geschlechtskrankheiten	44,81
Innere Medizin ohne Schwerpunkt, fachärztlicher Versorgungsbereich	47,93
Angiologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	40,21
Endokrinologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	6,30
Gastroenterologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	22,94
Hämato-/Onkologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	11,53
Kardiologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	15,22
Kardiologie u. invasiver Tätigkeit, Innere Medizin mit Schwerpunkt	23,66
Pneumologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	15,52
Rheumatologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	10,56
Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	2,48
Nervenheilkunde, Neurologie	11,61
Nuklearmedizin ohne Genehmigung für MRT	21,55
Nuklearmedizin mit Genehmigung für MRT	14,61
Orthopädie	40,02
Phoniatrie, Pädaudiologie und Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen	48,54
Psychiatrie und Psychotherapie	12,79
Diagnostische Radiologie ohne Vorhaltung von CT und MRT	29,28
Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT	10,04
Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von MRT	18,73
Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT und MRT	11,41
Urologie	55,08
Physikalisch-Rehabilitative Medizin	15,10

(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 Vermindeung 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 ausbezahlt 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	89,82
Langzeit-EKG	82,98
Nicht-ärztliche Praxisassistenten	88,18
Phlebologie	100,00
Proktologie	100,00
Übrige psychotherapeutische Leistungen	83,74
Sonographie II	90,51
Teilradiologie	90,14
Fachärztlicher Versorgungsbereich, Fachärzte für	Quote in %
Anästhesiologie	
Akupunktur	85,40
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	82,50
Chirurgie, Kinderchirurgie, Plastische Chirurgie, Herzchirurgie	
Akupunktur	100,00
Gastroenterologie, Bronchoskopie	99,13
Phlebologie	80,00
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	81,14
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	
Kardiorespiratorische Polygraphie	80,00

Haut- und Geschlechtskrankheiten	
Balneophototherapie	100,00
Besuche	100,00
Dermatologische Lasertherapie	84,07
Phlebologie	85,43
Proktologie	100,00
Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	
Gastroenterologie	100,00
Langzeit-EKG	80,00
Nuklearmedizinische Leistungen	80,00
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	100,00
Endokrinologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	
Nuklearmedizinische Leistungen	100,00
Gastroenterologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	
Kapselendoskopie	100,00
Gastroenterologie	92,45
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	88,12
Nuklearmedizinische Leistungen	100,00
Kardiologie und invasiver Tätigkeit, Innere Medizin mit Schwerpunkt	
Langzeit-EKG	100,00
Pneumologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	
Bronchoskopie	96,39
Rheumatologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	96,12
Nervenheilkunde und Neurologie	
Akupunktur	85,69
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	96,52
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	100,00
Urodynamik	100,00
Physikalisch-Rehabilitative Medizin	
Akupunktur	95,35
Ärzte mit Teilnahme Qualitätssicherungsvereinbarung zur SMT-Versorgung	
Zuschlag schmerztherapeutische Einrichtungen 30704	81,30
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	92,95
Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie Restliche MGV-Leistungen	80,89
Psychotherapeuten Restliche MGV-Leistungen	70,94
Ermächtigte (Krankenhaus-) Ärzte, Krankenhäuser, Einrichtungen, und Institutionen sowie ermächtigte Bundeswehrkrankenhäuser	94,54
Sonstige Arztgruppen (z.B. Nephrologen, Pathologen, Strahlentherapeuten, Laborärzte, Laborgemeinschaften, etc.), Krankenhäuser, Kliniken	93,35

* 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

1.385.053.126 €

Leistungen außerhalb der MGV 575.435.771 €

HA **FA/PT**

Leistg. u. Begleitlsg. § 115b
292.893 € 100.456.957 €

Leistg. u. Begleitlsg. § 115f
6.313 € 307.096 €

Ambulantes Operieren
681.909 € 16.361.871 €

Prävention
20.481.512 € 65.155.872 €

Psychotherapie¹
1.520.810 € 91.258.807 €

DMP
18.852.456 € 4.516.832 €

Belegärztliche Leistungen
41.026 € 2.396.541 €

Leistungen TSVG
1.293.329 € 49.922.073 €

Sonstige/regionale Leistungen
45.558.851 € 156.330.623 €

Leistungen innerhalb der MGV 809.617.355 €

HA **FA/PT**

Labor²
3.197.289 € 59.571.840 €

Bereitschaftsdienst und Notfall
3.699.351 € 23.746.084 €

Kinder- u. Jugendärzte
43.345.772 €

Labor³
5.683.679 €

RLV/QZV
244.890.093 €

FL
8.250.165 €

Labor⁴
17.127.745 €

RLV/QZV
295.165.452 €

FL
77.152.799 €

PFG
13.587.559 €

Genetisches Labor
14.199.527 €

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