

Auszahlungsquoten – Quartal 4/2025

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

Die von den Krankenkassen/Verbänden für die Honorarverteilung zur Verfügung gestellte MGV wird entsprechend der bundeseinheitlichen Vorgaben in Verbindung mit dem Honorarverteilungsmaßstab (HVM) der KVBW auf den haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich, den Leistungsbereichen Labor, Bereitschaftsdienst und Notfall, Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung (PFG) und Genetisches Labor sowie weitere Leistungsbereiche innerhalb der Versorgungsbereiche verteilt. Nach Durchführung der mengenbegrenzenden Maßnahmen im Rahmen der Honorarverteilung und den Vorgaben des HVM ergeben sich für die einzelnen Leistungsbereiche folgende Auszahlungsquoten.

(1.) Labor, Bereitschaftsdienst und Notfall

Die Kostenpauschalen Labor (Muster 10) sowie Leistungen im Bereitschaftsdienst und Notfall werden mit den festen Preisen der Euro-Gebührenordnung (Euro-GO) honoriert. Der Laborwirtschaftlichkeitsbonus und Laborleistungen (Veranlassung über Muster 10) werden quotiert vergütet.

Versorgungsbereichsübergreifend	Quote in %
Labor	
Kostenpauschalen Labor 40089-40095 (Muster 10)	100,00
Laborwirtschaftlichkeitsbonus 32001, Labor (32.2 und 32.3, Muster 10)	94,09
Leistungen im Bereitschaftsdienst und Notfall	100,00

Hinweis: Aus Gründen der Übersichtlichkeit wird in den tabellarischen Darstellungen 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).

(2.) Hausärztlicher Versorgungsbereich

Der hausärztliche Versorgungsbereich unterteilt sich in die Hausarzt-MGV, Kinderarzt-MGV und den Leistungsbereich der übrigen im hausärztlichen Versorgungsbereich abgerechneten und anerkannten Leistungen. Die Leistungen der Hausarzt-MGV (Kapitel 3 sowie die Hausbesuche nach 01410 bis 01413 und 01415) und der Kinderarzt-MGV (Kapitel 4 mit Ausnahme der Versichertenpauschalen 04004 und 04005) werden in voller Höhe zu den Preisen der Euro-GO bezahlt (sog. Entbudgetierung der Haus- und Kinderärzte).

Aus dem gemeinsamen Vergütungsvolumen für die restlichen Leistungen der Haus- und Kinderärzte werden die kurativ-stationären (belegärztlichen) Leistungen außerhalb Kapitel 36 EBM und die Kostenpauschalen (bei hausärztlicher Veranlassung über Muster 10A) mit den festen Preisen der Euro-GO bezahlt. Die Laborleistungen (eigenerbracht oder bei hausärztlicher Veranlassung über Muster 10A) werden quotiert vergütet.

	Quote in %
Hausarzt-MGV Kap. 3, hausärztliche Hausbesuche 01410-01413 und 01415	100,00
Kinderarzt-MGV Kap. 4 ohne 04004 und 04005	100,00
Kurativ-stationäre Leistungen außerhalb Kap. 36	100,00
Labor	
Kostenpauschalen Labor 40089-40095 bei hausärztlicher Veranlassung über Muster 10A	100,00
Labor (32.2 und 32.3) eigenerbracht oder bei hausärztlicher Veranlassung über Muster 10A	100,00

Aus den beiden Honorartöpfen für die Hausärzte und Kinderärzte werden jeweils regionale Zuschläge (z.B. Chroniker, Geriatrie, etc.) in der vereinbarten Höhe sowie die Kosten (Abschnitt 38.2 und Kapitel 40) zu 100 % vergütet. Die Leistungsbereiche Schmerztherapie, Psychosomatik sowie die übrigen Leistungen werden jeweils aus eigenständigen Honorarvolumen mit folgenden Quoten bezahlt.

Fachärzte für	Quote in %
Innere u. Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Prakt. Ärzte, Innere Medizin	
Schmerztherapie Abschnitte 30.7.1-30.7.3	96,00
Psychosomatik	91,29
Restliche MGV-Leistungen	95,25
Kinder- und Jugendmedizin	
Psychosomatik	91,62
Restliche MGV-Leistungen	95,70

(3.) Fachärztlicher Versorgungsbereich

Aus dem Vergütungsvolumen für den fachärztlichen Versorgungsbereich werden die regionalen Zuschläge (z.B. Praxisklinische Betreuung, Psychiatrisches Gespräch) in der vereinbarten Höhe gemäß Vergütungsvereinbarung § 9 sowie die kurativ-stationären (belegärztlichen) Leistungen außerhalb Kapitel 36 EBM und die Kostenpauschalen Labor (Muster 10A) mit den festen Preisen der Euro-GO bezahlt. Die Laborpauschalen, die Laborleistungen (eigenerbracht oder bei fachärztlicher Veranlassung über Muster 10A), die pathologischen und zytologischen Leistungen, das Genetische Labor, die PFG sowie die Humangenetische Beurteilung werden quotiert bezahlt. Die Vergütung der Kosten (Abschnitt 38.2 und Kapitel 40) erfolgt innerhalb der jeweiligen Arztgruppentöpfe zu 100 %.

	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	89,47
Labor (32.2 u. 32.3) eigenerbracht oder bei fachärztl. Veranlassung über Muster 10A	
Pathologische und zytologische Leistungen Kap. 19 und 08315	86,69
Genetisches Labor – tlw. Abschnitt 11.4, 19.4	58,48
Pauschale für fachärztliche Grundversorgung (PFG)	86,95
Humangenetische Beurteilung 01841, 01842, 11230, 11233-11236	66,01

(3.1) Regelleistungsvolumen (RLV) und qualifikationsgebundene Zusatzvolumen (QZV) – Quote für die das RLV-/QZV-Volumen überschreitenden Leistungen

Für nachstehende fachärztliche Arztgruppen sind die abgerechneten und anerkannten Leistungen in der Menge durch das RLV-/QZV-Volumen begrenzt. 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.

Fachärzte für	Quote in %
Anästhesiologie	15,24
Augenheilkunde	18,71
Chirurgie, Kinderchirurgie, Plastische Chirurgie, Herzchirurgie	30,62
Neurochirurgie	9,03
Frauenheilkunde mit u. ohne fakultativer WB Endokrinologie u. Reproduktionsmedizin	25,84
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	28,44
Haut- und Geschlechtskrankheiten	64,63
Innere Medizin ohne Schwerpunkt, fachärztlicher Versorgungsbereich	36,10
Angiologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	34,39
Endokrinologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	6,71
Gastroenterologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	20,20
Hämato-/Onkologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	10,59
Kardiologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	16,08
Kardiologie u. invasiver Tätigkeit, Innere Medizin mit Schwerpunkt	20,09
Pneumologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	23,93
Rheumatologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	14,50
Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	2,29
Nervenheilkunde, Neurologie	21,44
Nuklearmedizin ohne Genehmigung für MRT	24,60
Nuklearmedizin mit Genehmigung für MRT	30,28
Orthopädie	67,47
Phoniatrie, Pädaudiologie und Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen	65,56
Psychiatrie und Psychotherapie	17,58
Diagnostische Radiologie ohne Vorhaltung von CT und MRT	31,34
Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT	18,18
Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von MRT	19,08
Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT und MRT	19,19
Urologie	83,16
Physikalisch-Rehabilitative Medizin	18,17

(3.2) Quote für die Honorierung von Leistungen außerhalb RLV/QZV (sog. „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).

Fachärzte für	Quote in %
Anästhesiologie	
Akupunktur	100,00
Narkosen (bei zahnärztlicher Behandlung)	80,00
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	80,25
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	80,00
Proktologie	100,00
Neurochirurgie	
Akupunktur	80,00
Frauenheilkunde mit und ohne fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	
Empfängnisregelung, Sterilisation oder Schwangerschaftsabbruch	81,55
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	100,00
Übrige psychotherapeutische Leistungen	100,00
Sonographie Brustdrüsen	81,09
Stanzbiopsie	93,94
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	
Kardiorespiratorische Polygraphie	80,00
Haut- und Geschlechtskrankheiten	
Balneophototherapie	100,00
Besuche	100,00
Dermatologische Lasertherapie	87,38
Phlebologie	98,11
Proktologie	100,00
Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	
Gastroenterologie	100,00
Langzeit-EKG	80,00
Nuklearmedizinische Leistungen	82,53
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	100,00
Endokrinologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	
Nuklearmedizinische Leistungen	80,00
Gastroenterologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	
Kapselendoskopie	100,00
Gastroenterologie	84,61
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	
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	87,62
Orthopädie	
Akupunktur	100,00
Phoniatrie, Pädaudiologie und Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen	
Phoniatrisch-pädaudiologische Leistungen	95,70
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	80,00*
Urodynamik	97,51
Physikalisch-Rehabilitative Medizin	
Akupunktur	91,52
Ärzte mit Teilnahme Qualitätssicherungsvereinbarung zur SMT-Versorgung	
Zuschlag schmerztherapeutische Einrichtungen 30704	80,00
Akupunktur 30790, 30791 im Rahmen der SMT-Versorgung	80,00

(3.3) Quote für die Honorierung von Leistungen der Arztgruppen ohne RLV

Aus den Honorartöpfen für folgende Fachgruppen werden die Kosten (Abschnitt 38.2 EBM und Kapitel 40 EBM) zu 100 % vergütet. Die übrigen Leistungen werden mit folgenden Quoten bezahlt.

Fachgruppe	Quote in %
Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie Restliche MGV-Leistungen	81,24
Psychotherapeuten Restliche MGV-Leistungen	71,53
Ermächtigte (Krankenhaus-) Ärzte, Krankenhäuser, Einrichtungen, und Institutionen sowie ermächtigte Bundeswehrkrankenhäuser	99,36
Sonstige Arztgruppen (z.B. Nephrologen, Pathologen, Strahlentherapeuten, Laborärzte, Laborgemeinschaften, etc.), Krankenhäuser, Kliniken	100,00

* Mindestquote