

Hinweise zur Abrechnung der KV Baden-Württemberg

ABRECHNUNGSQUARTAL 4 / 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 4/2025**.

Endlich hat die Budgetierung bei den Hausärzten wieder ein Ende!

Wie mehrfach angekündigt, ist es nun soweit und die Durststrecke für unsere hausärztlich tätigen Kolleginnen und Kollegen mit acht Quartalen Budgetierung ist vorbei. **Die hausärztlichen Leistungen aus Kapitel 3 EBM sowie die hausärztlichen Besuche (GOP 01410 bis 01413 und 01415 EBM) sind ab dem Quartal 4/2025 entbudgetiert und werden wieder mit festen Preisen der Euro-Gebührenordnung – also zu 100 Prozent – bezahlt.** Hierfür notwendige finanzielle Mittel müssen die Krankenkassen zusätzlich bereitstellen.

Die restlichen hausärztlichen Leistungen hat der Gesetzgeber von der Entbudgetierung ausgenommen. Leistungen, wie zum Beispiel Sonographien oder kleinere chirurgische Eingriffe werden weiterhin aus der verbliebenen, begrenzten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) und somit quotiert bezahlt. Für diesen sehr kleinen Leistungsbereich haben sich unsere Prognosen aber mehr als bestätigt: **Die Auszahlungsquote für diese übrigen Leistungen liegt im Quartal 4/2025 erfreulicherweise bei 95,25%** und übertrifft damit sogar die ursprünglichen Erwartungen.

Auch bei den eigenständigen und abgegrenzten Leistungsbereichen für die Psychosomatik (GOP 35100 bis 35120 EBM) sowie die Schmerztherapie der Hausärzte (EBM-Abschnitte 30.7.1 bis 30.7.3) ergeben sich gute Auszahlungsquoten: Psychosomatik 91,29% und Schmerztherapie 96,00%.

Darüber hinaus werden die bekannten, in Baden-Württemberg mit den Krankenkassen zusätzlich vereinbarten Zuschläge (für die Betreuung von chronisch kranken Patienten, für geriatrische Behandlungsfälle, für NÄPa-Einsätze oder für die U3-Untersuchung), weiterhin gesondert vergütet.

In den aktuell finanziell angespannten Zeiten ergibt sich **für die Hausärzte somit ein sehr positives Honorarergebnis. Im Vergleich zum Vorjahresquartal ist eine Honorarsteigerung in Höhe von +4,8% (+16,8 Mio. Euro) festzustellen. Unter Berücksichtigung der MGV-Differenzbereinigung (HzV) liegt die Honorarsteigerung sogar bei +8,8% (+30,4 Mio. Euro).** Zu berücksichtigen ist dabei auch ein Rückgang bei den Behandlungsfallzahlen in Höhe von -2,8%.

Die durchschnittliche Honorarauszahlungsquote bei den Hausärzten liegt bei 99,47%. Somit werden also fast alle abgerechneten und anerkannten Leistungen zu 100% bezahlt. Unsere hausärztlichen Kolleginnen und Kollegen haben Grund zufrieden zu sein.

Das ist ein Ergebnis, das wir uns so eigentlich auch für den fachärztlichen Bereich vorstellen. **Das Ende der Budgetierung muss auch weiterhin das gemeinsame Ziel für unsere fachärztlichen Kolleginnen und Kollegen sein.**

Nach der Veröffentlichung der **Empfehlungen der Finanzkommission Gesundheit** vom 30.3.2026 scheint dieses Ziel allerdings **weiter entfernt denn je**. Getrieben vom Gejammere der GKV hat sich die **Finanzkommission gerade den ohnehin unterfinanzierten ambulanten Bereich für diverse Sparmaßnahmen herausgepickt**. Völlig verkannt wird, dass dieser bei den Gesamtausgaben der GKV mit 16% nur an dritter Stelle steht, aber 97% der Behandlungsfälle versorgt. Für die Hauptkostentreiber Krankenhausbehandlung und Pharmaindustrie fallen die empfohlenen Sparmaßnahmen in Bezug auf deren Kostenanteile deutlich geringer aus.

Zwar wird das Bundesgesundheitsministerium die Empfehlungen nun erst prüfen, im politischen Prozess abstimmen und dann in die nötigen Gesetzgebungsverfahren einbringen. Aber selbst, wenn nur ein kleiner Teil der Empfehlungen umgesetzt würde, kann man die absehbaren finanziellen Auswirkungen für den ambulanten Bereich nur als **Desaster** bezeichnen.

Ernsthaft zur Diskussion stehen beispielsweise: Begrenzung des Anstiegs des ärztlichen Honorars maximal parallel zur Entwicklung der Grundlohnsumme, Abschaffung der entbudgetierten Vergütung von offenen Sprechstunden, Hausarzt- und TSS-Vermittlungsfällen, Begrenzung der sonstigen extrabudgetären Vergütung, Abschaffung der Pauschale fachärztliche Grundvergütung, Abschaffung der Hygienezuschläge, Abschaffung des Eigenerbringerlabors, Wiedereinbudgetierung der gesamten Psychotherapie, Korrekturen an den schon erfolgten Bereinigungen für die Entbudgetierung der Kinderärzte u. a. m.

Wie unter derartigen Konditionen künftig zeitnäher mehr fachärztliche Termine zur Verfügung stehen sollen und Ambulantisierung gelingen könnte, bleibt rätselhaft. Eher ist wohl mit Rückzug in die Privatmedizin und einer Ausdünnung der ambulanten, insbesondere fachärztlichen Versorgung mit entsprechend längeren Wartezeiten und unzufriedenen Versicherten zu rechnen.

Für das Quartal 4/2025 gilt allerdings noch: Im gesamten **fachärztlichen Versorgungsbereich** ist das Honorar im Vergleich zum Vorjahresquartal um **+5,5%** (+53,5 Mio. €) angestiegen. Unter Berücksichtigung der Differenzbereinigung (Selektivverträge) liegt die **Honorarsteigerung bei +5,7%** (+55,6 Mio. €). Die Kompensationsmöglichkeiten von nicht leistungsgerechter Vergütung im Kollektivvertrag durch Tätigkeit im selektivvertraglichen Bereich sind hier also – anders als bei unseren Hausärztinnen und Hausärzten – ziemlich gering. **Die durchschnittliche Auszahlungsquote über alle abgerechneten und anerkannten Leistungen im fachärztlichen Bereich liegt bei 95,12%.** Unsere Kolleginnen und Kollegen im fachärztlichen Versorgungsbereich erbringen in diesem Quartal dadurch Leistungen im Wert von **52,7 Mio. €, die nicht bezahlt werden. Ihr Solidarbeitrag zur angespannten Finanzlage der GKV ist damit eigentlich – wie jedes Quartal – als groß genug anzusehen.**

Mir ist es unverständlich, weshalb die beratenden Gesundheitsökonominnen und Politiker den Wert der ambulanten Versorgung mit ihrer hohen Effektivität und Wirtschaftlichkeit offenkundig nicht erkennen und nicht zu schätzen wissen. Wir sollten uns auf harte Zeiten und nötigen Widerstand einstellen.

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 und somit auch für eine Nachforderung bzw. Regress 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 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 von Arzneimitteln und Verbandstoffen:

0711 / 7875 - 3663 oder verordnungsberatung@kvbawue.de

Bei Fragen zu Verordnungen von Impfstoffen und Heilmitteln:

0711 / 7875 - 3669 oder verordnungsberatung@kvbawue.de

Bei Fragen zu Verordnungen von Sprechstundenbedarf:

0711 / 7875 - 3660 oder sprechstundenbedarf@kvbawue.de

Hinweise zur Abrechnung – Quartal 4/2025

Mit diesem Honorarversand erhalten Sie den Honorarbescheid für das Quartal 4/2025 sowie die dazugehörigen Abrechnungsunterlagen. Zum besseren Verständnis geben wir Ihnen die folgenden Hinweise:

1. Für das Quartal 4/2025 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 4/2025 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 1/2021 bis 3/2025 wurden nachträglich sachlich-rechnerische Berichtigungen, HVM- und/oder Widerspruchsentscheidungen 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. Zu der auf der Abrechnungsunterlage **Kennzahlenblatt 4. 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 nur noch im fachärztlichen Versorgungsbereich geltenden 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.

3. Als **Anlagen** zu den Hinweisen zur Abrechnung des Quartals 4/2025 finden Sie:

- Auszahlungsquoten infolge der Honorarverteilung und Mengensteuerung 4/2025
- Auszahlungsübersicht 4/2025

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 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

Auszahlungsübersicht: Gesamthonorar GKV kollektiv

1.455.590.874 €

Leistungen außerhalb der MGV 585.798.289 €		Leistungen innerhalb der MGV 869.792.585 €	
HA	FA/PT	HA	FA/PT
Leistg. u. Begleitstg. § 115b 319.735 € 103.653.383 €		Labor² 3.404.930 € 60.730.747 €	
Leistg. u. Begleitstg. § 115f 7.893 € 388.006 €		Bereitschaftsdienst und Notfall 4.350.116 € 24.089.966 €	
Ambulantes Operieren 748.578 € 17.455.300 €		Hausarzt-MGV 249.199.775 €	Labor ⁴ 17.177.035 €
Prävention 19.934.074 € 63.737.219 €		Kinderarzt-MGV 45.467.261 €	RLV/QZV 307.388.998 €
Psychotherapie ¹ 1.549.639 € 96.832.824 €		Labor ³ 5.704.018 €	FL 31.802.963 €
DMP 19.456.186 € 4.746.661 €		Sonstige Leistungen 39.589.793 €	Sonstige Leistungen 52.649.760 €
Belegärztliche Leistungen 8.105 € 2.148.318 €		PFG 13.861.099 €	
Leistungen TSVG 1.300.960 € 50.274.928 €		Genetisches Labor 14.376.124 €	
Sonstige/regionale Leistungen 43.607.074 € 159.629.406 €			

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