

Hinweise zur Abrechnung der KV Baden-Württemberg

Abrechnungsquartal 2 / 2026

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

mit diesem Schreiben erhalten Sie die **Honorarabrechnung** sowie die **Hinweise zur Abrechnung für das Quartal 2/2026**. Auch für dieses Quartal gibt es wieder erfreuliche Nachrichten:

Abrechnungsergebnisse hausärztlicher Versorgungsbereich

Die hausärztlichen Leistungen aus Kapitel 3 EBM sowie die hausärztlichen Besuche (GOP 01410 bis 01413 und 01415 EBM) sind seit dem Quartal 4/2025 entbudgetiert und werden 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. **Die Auszahlungsquote für diese übrigen Leistungen liegt im Quartal 2/2026 bei 95,91%.**

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 91,47% und Schmerztherapie 96,38%.

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.

Im Vergleich zum Vorjahresquartal ist bei den Hausärzten eine Honorarsteigerung in Höhe von +1,9% (+7,7 Mio. €) festzustellen. Unter Berücksichtigung der MGV-Differenzbereinigung (HzV) liegt die Honorarsteigerung sogar bei +4,8% (+19,2 Mio. €).

Die durchschnittliche Honorarauszahlungsquote bei den Hausärzten liegt bei 99,50%. Somit werden also fast alle abgerechneten und anerkannten Leistungen zu 100% bezahlt.

Abrechnungsergebnisse fachärztlicher Versorgungsbereich

Im gesamten **fachärztlichen Versorgungsbereich** ist das Honorar im Vergleich zum Vorjahresquartal um **+3,5%** (+34,9 Mio. €) angestiegen. Unter Berücksichtigung der Differenzbereinigung (Selektivverträge) liegt die **Honorarsteigerung bei +3,7%** (+36,6 Mio. €). **Die durchschnittliche Auszahlungsquote über alle abgerechneten und anerkannten Leistungen im fachärztlichen Bereich liegt bei 95,55%.** Unsere Kolleginnen und Kollegen im fachärztlichen Versorgungsbereich erbringen in diesem Quartal dadurch wieder Leistungen im Wert von **47,8 Mio. €, die nicht bezahlt werden.**

Uns ist bewusst, dass trotz dieser insgesamt positiven Nachrichten für das Quartal 2/2026 derzeit bei Ihnen das GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz mit seinen zahlreichen Sparmaßnahmen berechtigt viele Fragen und zum Teil Zukunftsängste aufwirft, insbesondere im stärker betroffenen fachärztlichen Versorgungsbereich. Dennoch gibt es aktuell auch hier einige wenige erfreuliche Entwicklungen für Ihre Tätigkeit im KV-System: Zunächst steigt zum 1.1.2027 der Orientierungswert um 2,2%. Außerdem kündigen sich verschiedene Korrekturen am BStabG an. So wird wohl die vorgesehene Fixkostendegression im hausärztlichen Versorgungsbereich entfallen und ein Fehler bei der Rückbereinigung korrigiert werden. Hierdurch

bleiben für Ihr Honorar auch ab 2027 in Baden-Württemberg erhebliche Mittel bestehen. Auch sollen voraussichtlich einige weitere Leistungen extrabudgetär bleiben, wie ambulantes Operieren, Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen, psychotherapeutische Akutbehandlung nach TSS-Vermittlung sowie laufende Richtlinien Therapien. Dies steht zwar alles derzeit noch nicht mit letzter Sicherheit fest, die Ansätze gehen aber in die richtige Richtung und zeigen, dass die Arbeit von KBV und KVen erfolgreich ist. Die vielen kurzfristigen Änderungen stellen uns andererseits vor große Herausforderungen, in der Kürze der verbleibenden Zeit eine gute und verlässliche Honorarverteilung für Sie ab 2027 vorzubereiten und zu kommunizieren. Wir halten Sie weiter auf dem Laufenden und bleiben für Sie am Ball!

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Ihr



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

BEKANNTMACHUNGEN

Änderungen der Honorarverteilung zum 1. Oktober 2026

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) hat in ihrer Sitzung am 23.09.2026 über die sich aufgrund der Neubewertung der Leistungen im Bereich der Humangenetik mit Wirkung zum 01.10.2026 ergebenden Änderungen beraten und beschlossen, den HVM in Verbindung mit den bindenden (bundeseinheitlichen) Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) wie folgt anzupassen:

▪ Trennung des Grundbetrags „genetisches Labor“:

Der EBA hat am 09.06.2026 (87. Sitzung) einen **Beschluss zur Finanzierung und Weiterentwicklung der Humangenetik** mit Wirkung zum 01.10.2026 gefasst und die humangenetischen Leistungen in Abschnitt 11.4 EBM neu strukturiert und neu bewertet. **Ziel der Reform** des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) ist die **Begrenzung der Mengendynamik in der Humangenetik**, durch Kürzung der Ausgaben für Leistungen des Abschnitts 11.4 EBM, **ohne die Versorgung zu gefährden** durch:

- Absenkung der Bewertung humangenetischer Leistungen (Abschnitt 11.4 EBM)
- Einführung zusätzlicher Mengenabstaffelungen auf Praxisebene

Die KBV hat infolge des EBA-Beschlusses ihre bindenden Vorgaben angepasst und den **bundeseinheitlichen Grundbetrag „genetisches Labor“**, aus welchem bisher humangenetische (Abschnitt 11.4 EBM) und tumorgenetische (Abschnitt 19.4) Leistungen gemeinsam vergütet wurden, **aufgesplittet in die Grundbeträge „humangenetisches Labor“ und „tumorgenetisches Labor“**. Die Trennung des bisherigen Grundbetrags ist erforderlich, da es ansonsten zu einer Vermengung von Finanzmitteln, Leistungen und der Auszahlungsquote käme, die der EBM-Entscheidung ggf. entgegen wirkt.

Ihre notwendigen Anpassungen im Bereich der Humangenetik hat die KBV zudem für redaktionelle Änderungen ihrer Vorgaben genutzt.

▪ Anpassung des Vergütungsvolumens für humangenetische Leistungen

Nach den genannten EBM-Änderungen im Bereich Humangenetik (Neustrukturierung und Neubewertung der Leistungen des Abschnitts 11.4 EBM) und der daraus als logische Konsequenz erfolgten Anpassung der KBV-Vorgaben zur Honorarverteilung, ist auch im HVM das für die Leistungen der Abschnitte 11.4 und 19.4 EBM innerhalb der MGV zur Verfügung stehende Vergütungsvolumen aufzusplitten in die Teilbereiche „Humangenetik“ (Abschnitt 11.4 EBM) und „Tumorgenetik“ (Abschnitt 19.4 EBM).

▪ Selektivverträge - Anpassung der Bereinigungsfallwerte situativ

Die Bereinigungsbeträge situativ bei den bestehenden Psychotherapie-Selektivverträgen sind mit den betreffenden Krankenkassen(verbänden) für das gesamte Jahr 2026 bereits abgestimmt und werden im HVM entsprechend angepasst.

Als Folge der Entbudgetierung im hausärztlichen Versorgungsbereich ist beim Psychotherapie-Vertrag der GWQ Service Plus AG der Leistungsbereich anzupassen, der bei Hausärzten zu bereinigen ist. Anstelle von RLV/QZV ist das (restliche) hausärztliche Vergütungsvolumen zu bereinigen. Zudem wird redaktionell wird Satz 2 in der Fußnote gestrichen, da dieser obsolet ist.

Die neuen (situativen) Bereinigungsfallwerte können Sie der Anlage 3a des zum 01.10.2026 gültigen HVM entnehmen.

▪ **Redaktionelle Anpassungen**

- Die **Fachpsychotherapeuten für Neuropsychologische Psychotherapie** werden als neue psychotherapeutische Fachgruppenbezeichnung und Zuordnung zum arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen der Psychotherapeuten in den EBM aufgenommen. In der Folge werden sie auch im HVM mit eigener Fachgebietsbezeichnung im HVM berücksichtigt. Zu textlichen Vereinfachung wird in dem Zuge künftig nur noch einheitlich der Begriff „Fachpsychotherapeuten“ verwendet.
- Die neue **GOP 01833 EBM (Varicella-Zoster-Virus-Antikörper-Nachweis)** wird bei Fachärzten für Frauenheilkunde bereits seit dem 01.01.2026 als Freie Leistung honoriert und ggf. quotiert vergütet. Diese Leistung ist im Ziffernkranz „Empfängnisregelung, Sterilisation oder Schwangerschaftsabbruch“ enthalten und wurde nun in Anlage 2b zum HVM als Freie Leistung bei der Fachgruppe ergänzt.

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/satzungsrechtsquellen.

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

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 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@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 2/2026

Mit diesem Honorarversand erhalten Sie den Honorarbescheid für das Quartal 2/2026 sowie die dazugehörigen Abrechnungsunterlagen. Zum besseren Verständnis geben wir Ihnen die folgenden Hinweise:

1. Für das Quartal 2/2026 werden Ihnen folgende weitere **Honorarzahlungen** im Honorarbescheid ausgewiesen, sofern Sie vom jeweiligen Sachverhalt betroffen sind und einen entsprechenden Bescheid erhalten haben:

- 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 3/2021 bis 1/2026 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. Humangenetik 2/2026

Zur Finanzierung der zunehmenden humangenetischen Diagnostik ist eine jährliche Überprüfung der Mengenentwicklung humangenetischer Leistungen und eine hälftige Beteiligung der Krankenkassen vorgesehen. Für das Jahr 2026 hat der Bewertungsausschuss in seiner 850. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung, August 2026) die basiswirksame Aufstockung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) beschlossen. Die Erhöhung des Honorartopfes für die Humangenetik konnte ab dem Quartal 2/2026 in der laufenden Honorarabrechnung berücksichtigt werden, die Anpassung und Korrektur für das Quartal 1/2026 erfolgt mit dieser Abrechnung. Die Nachvergütungsbeträge sind in den Honorarunterlagen ausgewiesen. Mit der MGV-Anpassung für das Jahr 2026 endet die Vereinbarung.

3. Mikrobiologie 2/2026

Der Bewertungsausschuss (BA) hat im schriftlichen Unterschriftsverfahren (849. Sitzung) Änderungen an der Finanzierungsempfehlung zur Mikrobiologie (596. Sitzung am 15. Juni 2022) beschlossen. Konkret wird der Prüfzeitraum um ein Jahr von 2025 auf das Jahr 2026 verschoben und es wird für die vier Quartale 2026 als Abschlagszahlung eine basiswirksame Erhöhung der MGV beschlossen. Hintergrund: Bei der mikrobiologischen Diagnostik im EBM bestand ein Weiterentwicklungsbedarf, der über den zwingend erforderlichen Anpassungsbedarf (nach § 87 Absatz 5b Satz 5

SGBV) hinausgeht. Die Anpassung konnte ab dem Quartal 2/2026 in der laufenden Honorarabrechnung berücksichtigt werden, die Anpassung und Korrektur für das Quartal 1/2026 erfolgt mit dieser Abrechnung. Die Nachvergütungsbeiträge sind in den Honorarunterlagen ausgewiesen.

4. Vorbehalt zur Vergütung Psychotherapie:

Mit Beschluss vom 9. Juli 2026 hat das Landessozialgericht Berlin-Brandenburg im Wege des einstweiligen Rechtsschutzes die sofortige Vollziehung der durch den Erweiterten Bewertungsausschusses (EBA) am 11. März 2026 beschlossenen pauschalen Absenkung fast aller psychotherapeutischer Leistungen um 4,5 Prozent vorerst ausgesetzt.

In Umsetzung dieser gerichtlichen Vorgabe wird die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg bis zur Entscheidung in der Hauptsache vorerst die ungekürzten Vergütungsstrukturen an die Leistungserbringer auszahlen.

Bitte beachten Sie jedoch, dass es zu Rückforderungen (ggfs. über einen Zeitraum von mehreren Quartalen) kommen kann, sofern die Klage der KBV gegen die Regelungen des Beschlusses des EBA vom 11. März 2026 im Hauptsacheverfahren keinen Erfolg haben sollte.

5. Zu der auf der Abrechnungsunterlage **Kennzahlenblatt 2. Quartal 2026** 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, ambulant Operieren, DMP) ein wichti-

ger Bestandteil des Honorars und müssen in die Gesamtbetrachtung des Honorarergebnisses mit einbezogen werden.

6. Als **Anlagen** zu den Hinweisen zur Abrechnung des Quartals 2/2026 finden Sie:

- Auszahlungsquoten infolge der Honorarverteilung und Mengensteuerung 2/2026
- Auszahlungsübersicht 2/2026

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@kvbwue.de

Ihr



Cornel-Andreas Güss
Leiter des Geschäftsbereichs Abrechnung

Auszahlungsquoten – Quartal 2/2026

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)	95,89
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 Auf-führung 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 hausärztl. Veranlassung über Muster 10A	100,00
Labor (32.2 und 32.3) eigenerbracht oder bei hausärztl. 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	96,38
Psychosomatik	91,47
Restliche MGV-Leistungen	95,91
Kinder- und Jugendmedizin	
Psychosomatik	91,23
Restliche MGV-Leistungen	95,42

(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 fachärztl. Veranlassung über Muster 10A	100,00
Laborpauschalen 01437, 12210, 12222-12224	90,11
Labor (32.2 u. 32.3) eigenerbracht oder bei fachärztl. Veranlassung über Muster 10A	
Pathologische und zytologische Leistungen Kap. 19 und 08315	88,01
Genetisches Labor – tlw. Abschnitt 11.4, 19.4	64,63
Pauschale für fachärztliche Grundversorgung (PFG)	88,73
Humangenetische Beurteilung 01841, 01842, 11230, 11233-11236	82,31

(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	21,32
Augenheilkunde	24,26
Chirurgie, Kinderchirurgie, Plastische Chirurgie, Herzchirurgie	46,18
Neurochirurgie	9,85
Frauenheilkunde mit u. ohne fakultativer WB Endokrinologie u. Reproduktionsmedizin	27,60
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	16,51
Haut- und Geschlechtskrankheiten	68,58
Innere Medizin ohne Schwerpunkt, fachärztlicher Versorgungsbereich	69,28
Angiologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	50,76
Endokrinologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	6,78
Gastroenterologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	55,30
Hämato-/Onkologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	13,29
Kardiologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	29,53
Kardiologie u. invasiver Tätigkeit, Innere Medizin mit Schwerpunkt	44,30
Pneumologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	15,30
Rheumatologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	26,89
Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	2,23
Nervenheilkunde, Neurologie	21,12
Nuklearmedizin ohne Genehmigung für MRT	21,53
Nuklearmedizin mit Genehmigung für MRT	21,36
Orthopädie	58,13
Phoniatrie, Pädaudiologie und Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen	62,98
Psychiatrie und Psychotherapie	14,72
Diagnostische Radiologie ohne Vorhaltung von CT und MRT	29,17
Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT	13,45
Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von MRT	9,17
Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT und MRT	14,08
Urologie	100,00
Physikalisch-Rehabilitative Medizin	17,24

(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	80,00
Augenheilkunde	
Elektroophthalmologie	80,00
Fluoreszenzangiographie	80,00
Kontaktlinsenanpassung	91,87
Strukturpauschale für konservative Augenärzte	93,26
Chirurgie, Kinderchirurgie, Plastische Chirurgie, Herzchirurgie	
Akupunktur	100,00
Gastroenterologie, Bronchoskopie	100,00
Phlebologie	98,29
Proktologie	100,00
Neurochirurgie	
Akupunktur	80,00
Frauenheilkunde mit und ohne fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	
Empfängnisregelung, Sterilisation oder Schwangerschaftsabbruch	87,82
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	100,00
Übrige psychotherapeutische Leistungen	80,00*
Sonographie Brustdrüsen	81,65
Stanzbiopsie	88,39
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	
Kardiorespiratorische Polygraphie	80,00
Haut- und Geschlechtskrankheiten	
Balneophototherapie	100,00
Besuche	100,00
Dermatologische Lasertherapie	100,00
Phlebologie	97,36
Proktologie	100,00
Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	
Gastroenterologie	100,00
Langzeit-EKG	80,00
Nuklearmedizinische Leistungen	100,00
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	100,00
Endokrinologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	
Nuklearmedizinische Leistungen	91,13
Gastroenterologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	
Kapselendoskopie	100,00

Gastroenterologie	100,00
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	95,00
Hämato-/ Onkologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	
Gastroenterologie	92,34
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	80,00
Kardiologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	
Kardiorespiratorische Polygraphie	92,74
Langzeit-EKG	100,00
Nuklearmedizinische Leistungen	100,00
Kardiologie und invasiver Tätigkeit, Innere Medizin mit Schwerpunkt	
Langzeit-EKG	100,00
Pneumologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	
Bronchoskopie	87,73
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	100,00
Urodynamik	100,00
Physikalisch-Rehabilitative Medizin	
Akupunktur	100,00
Ärzte mit Teilnahme Qualitätssicherungsvereinbarung zur SMT-Versorgung	
Zuschlag schmerztherapeutische Einrichtungen 30704	83,61
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	82,05
Psychotherapeuten Restliche MGV-Leistungen	73,59
Ermächtigte (Krankenhaus-) Ärzte, Krankenhäuser, Einrichtungen, und Institutionen sowie ermächtigte Bundeswehrkrankenhäuser	100,00
Sonstige Arztgruppen (z.B. Nephrologen, Pathologen, Strahlentherapeuten, Labor- ärzte, Laborgemeinschaften, etc.), Krankenhäuser, Kliniken	100,00

* Mindestquote

Auszahlungsübersicht: Gesamthonorar GKV kollektiv

1.433.284.573 €

Leistungen außerhalb der MGV 563.998.588 €		Leistungen innerhalb der MGV 869.285.985 €	
HA	FA/PT	HA	FA/PT
Leistg. u. Begeleitstg. § 115b 271.594 € 97.106.396 €		Labor ² 3.184.918 € 60.839.032 €	
Leistg. u. Begeleitstg. § 115f 6.243 € 468.273 €		Bereitschaftsdienst und Notfall 4.361.757 € 26.656.371 €	
Ambulantes Operieren 694.754 € 17.249.486 €		Hausarzt-MGV 243.504.756 € Kinderarzt-MGV 45.229.827 € Labor ³ 5.538.644 € Sonstige Leistungen 39.053.184 €	Labor ⁴ 17.678.433 € RLV/QZV 305.971.072 € FL 33.431.093 € Sonstige Leistungen 52.803.896 €
Prävention 20.648.667 € 71.444.403 €			
Psychotherapie ¹ 1.543.159 € 96.283.096 €			
DMP 19.988.217 € 4.604.897 €			
Belegärztliche Leistungen 9.682 € 1.859.704 €		PFG 14.076.217 €	
Leistungen TSVG 1.307.611 € 50.949.232 €		Genetisches Labor 16.956.785 €	
Sonstige/regionale Leistungen 26.589.131 € 152.974.043 €			

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), Laborpau-schalen
- FA/PT = Fachärztlicher Versorgungsbereich und psychotherapeutische Versorgung
- HA = Hausärztlicher Versorgungsbereich, GKV = Gesetzliche Krankenversicherung
- RLV = Regelleistungsvolumen, QZV = Qualifikationsgebundene Zusatzvolumen, FL = Freie Leistungen/Vor-wegabzug
- MGV = Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, PFG = Pauschale für fachärztliche Grundversorgung