

Hinweise zur Abrechnung der KV Baden-Württemberg

ABRECHNUNGSQUARTAL 2 / 2024

Alles Gute.



Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

mit diesem Brief erhalten Sie die **Honorarabrechnung sowie die Hinweise zur Abrechnung für das Quartal 2/2024**.

Wie erwartet, sind auch im Quartal 2/2024 unsere Hausärztinnen und Hausärzte erneut von der Budgetierung betroffen, nun zum dritten Mal in Folge. Ein Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG), welches die Entbudgetierung in Teilen wieder bringen soll, lässt weiter auf sich warten, der weitere Zeitplan der Gesetzgebung ist ungewiss. Andere der vielen Lauterbach'schen Gesetzesentwürfe werden derzeit priorisiert. Gefahren gehen auch vom Bundesrechnungshof aus: Dieser rügt bereits vorab zum wiederholten Male die Pläne der Bundesregierung zur Entbudgetierung. Beim Hausärztinnen- und Hausärztetag in Berlin hat der Minister sein Versprechen, dass die Entbudgetierung kommen wird, erneuert. Manch einer hat mittlerweile Zweifel daran. Aber selbst, wenn das GVSG die Entbudgetierung noch brächte, wird wohl kaum alles einmal werden, wie es einmal war.

Da ist die zwischenzeitlich erfolgte Festlegung des Orientierungswertes (OW) für 2025 auf +3,85% kein wirklicher Trost. Der zum zweiten Mal höchste Orientierungswert seit dessen Existenz trifft auf nach wie vor hohe Inflation und gestiegene Kosten in den Praxen unserer Mitglieder. Verständlicherweise erreicht uns manch dramatischer Hilferuf von Praxen, die sich in ihrer Existenz gefährdet sehen. Im Vergleich mit dem OW der Krankenhäuser kommt das ambulante System seit Jahren annähernd nur halb so gut weg. Verständlich unsere Forderung, dass die Methodik dieser Festlegungen grundsätzlich geändert werden muss.

Infolge der Budgetierung können im Quartal 2/2024 bei den Hausärzten die angeforderten und anerkannten Leistungen nur quotiert ausbezahlt werden. Im hausärztlichen Bereich fehlten für die Bezahlung aller Leistungen mit den festen Preisen der Euro-Gebührenordnung, Finanzmittel von > 11 Mio. €. Geld, das uns von den Krankenkassen nicht zur Verfügung gestellt wurde. Somit ergibt sich bei den Hausärzten ein Budgetierungsgrad von 96,79%. Leistungen, die das RLV/QZV-Volumen überschreiten, konnten nur mit einer Auszahlungsquote von 26,63% bezahlt werden.

Alle wichtigen Informationen zur Budgetierung bei den Hausärzten finden Sie weiterhin auf unserer Homepage unter:

<https://www.kvbawue.de/praxis/aktuelles/hausaerzte-budgetierung>



Sie finden dort auch die Erläuterungen der bestehenden **Möglichkeiten, z. B. über Anträge auf Anerkennung tatsächlicher Fallzahl oder von Praxisbesonderheiten**, die finanziellen Auswirkungen für Ihre Praxis abzumildern. Nicht immer sind solche Anträge sinnvoll oder mit Aussicht auf Erfolg, weshalb sich vor Antragstellung unbedingt zuvor ein telefonischer Kontakt zu unserer Abrechnungsberatung empfiehlt. Sie erreichen diese unter 0711 / 7875 - 3397. Ebenso gerne helfen Ihnen unsere Bezirksbeiräte weiter.

Honorarentwicklungen im haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich im Quartal 2/2024:

Die Honorarergebnisse beinhalten insbesondere die für das Jahr 2024 festgelegten Steigerungen beim Orientierungswert (OW) in Höhe von +3,85% sowie bei der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) um +0,2441%.

Vergleicht man **die Honorarentwicklung im hausärztlichen Versorgungsbereich** zum Vorjahr ist **eine Honorarsteigerung (trotz Budgetierung bei den Hausärzten)** in Höhe von +3,8% (+15 Mio. €) im GKV-Bereich festzustellen. Unter Berücksichtigung der Differenzbereinigung (HzV)

ergibt sich eine Honorarsteigerung **von +5,4%** (+21,4 Mio. €). Im gesamten **fachärztlichen Versorgungsbereich** ist das Honorar um +6,2% (+56,9 Mio. €) angestiegen. Unter Berücksichtigung der Differenzbereinigung (Selektivverträge) liegt die **Honorarsteigerung bei +6,4%** (+57,8 Mio. €).

Vergleicht man das Honorarergebnis beider Versorgungsbereiche **mit dem des Jahres 2019 (Vor-Corona-Zeit)**, ergibt sich **beim hausärztlichen Versorgungsbereich** ein Honorarplus von knapp **+15%**, im **fachärztlichen Versorgungsbereich immerhin** ein Honorarplus von rund **+18%**. Aber auch hier haben wir einen durchschnittlichen Budgetierungsgrad von 95,47%, unsere fachärztlichen Kollegen erbringen im Quartal Leistungen im Wert von ca. 46 Mio. € unvergütet und erfüllen die unbegrenzten Leistungsversprechen von Politik und Krankenkassen zum eigenen Nachteil. Auch das muss sich ändern!

Bei uns im Land folgen in den nächsten Wochen nun die Honorarverhandlungen mit unseren regionalen Krankenkassen und deren Verbänden. Die vom BMG vorgelegten Zahlen über die bundesweite GKV-Finanzentwicklung im 1. Halbjahr 2024 zeigen allerdings, dass die 95 Krankenkassen in diesem Zeitraum ein Defizit von 2,2 Mrd. € eingefahren haben: Einnahmen von 159,1 Mrd. € stehen Ausgaben von 161,3 Mrd. € gegenüber. Die Finanzreserven haben sich im 1. Halbjahr auf 6,2 Mrd. € entsprechend 0,23 Monatsausgaben reduziert, nur knapp über der gesetzlich vorgeschriebenen Mindestreserve von 0,2 Monatsausgaben. Lag der durchschnittlich von den Krankenkassen erhobene Zusatzbeitrag zu Jahresanfang bei 1,7%, lag er Ende August bei 1,78% nach unterjähriger Anhebung bei 22 Krankenkassen. Noch ohne Gesetzesvorhaben wie KHVVG einkalkuliert zu haben, rechnet der GKV-SV für 2025 mit einem durchschnittlichen Zusatzbeitrag von 2,3%! Die Leistungsausgaben der Kassen stiegen um 7,6%. Besonders gestiegen sind dabei die Ausgaben für Krankenhaus (+7,9%) und Arzneimittel (+10%). Aber auch ambulante Operationen (+9,2%), Hybrid-DRG (181 Mio. €), ambulant ärztliche (+5,3%) und psychotherapeutische (+6,8%) Behandlung schlagen zu Buche.

Diese Kassenlage macht auch vor Baden-Württemberg nicht halt. In den vergangenen Jahren ist es uns allerdings stets gelungen, gemeinsames Verständnis mit den Krankenkassen hier im Land für wichtige Versorgungsthemen zu entwickeln. Wir werden uns im Interesse unserer Patientinnen und Patienten und der sie versorgenden Praxen auch bei den Verhandlungen in diesem Jahr stark dafür einsetzen, dass diese hochwertige Versorgung, die Sie alle ermöglichen, bei uns auch weiterhin aufrechterhalten werden kann. Zum Erhalt dieser Regelversorgung dient auch die derzeit laufende Restrukturierung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes. Unser neues Standortkonzept werden wir am 21.10.2024 der Öffentlichkeit bekanntgeben.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen und herzlichem Dank für Ihr Engagement!

Ihr



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

BEKANNTMACHUNGEN

Änderungen der Honorarverteilung zum 1. Januar 2025

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) hat mit ihrem Beschluss vom 25. September 2024 über folgende erste Änderungen des Honorarverteilungsmaßstabs (HVM) mit Wirkung zum 1. Januar 2025 entschieden:

- **Teilnahme von nicht vertragsärztlichen Ärzten und Krankenhäusern an der vertragsärztlichen Versorgung im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege (AKI)**

Nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte und Krankenhäuser können nach § 37c Abs. 1 Satz 7 SGB V zum Zwecke der AKI an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen.

Daher sind sie als Leistungserbringer in den HVM aufzunehmen.

Die Vergütung ihrer innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu vergütenden Leistungen erfolgt ggf. quotiert aus dem arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen für Sonstige Ärzte.

- **Änderungen aufgrund der Laborreform: Weiterentwicklung von Kostenpauschalen der In-vitro-Diagnostik und Anpassung des laborärztlichen Honorars**

Der Bewertungsausschuss hat mit seinem Beschluss in der 709. Sitzung Vorgaben zur Weiterentwicklung von Kostenpauschalen der In-vitro-Diagnostik und zur Anpassung des laborärztlichen Honorars zum 1. Januar 2025 gemacht.

In Umsetzung dieses Beschlusses werden für in-vitro-diagnostische Leistungen neue Kostenpauschalen - GOP 40089 bis 40095 - in den EBM aufgenommen. Damit werden der Transport der Proben, die kostenfreie Bereitstellung des Entnahmematerials wie Probengefäße und Abstrichbestecke sowie die Technik zur elektronischen Auftragserteilung spezifisch vergütet.

Die Kostenpauschalen GOP 40094 und 40095 EBM ersetzen dabei ab 1. Januar 2025 die bisherige Transportpauschale 40100 EBM. Ebenso fallen zum 31. Dezember 2024 die GOP 01699 EBM und 12230 EBM weg, die als Zuschläge seit dem Entfall der Portopauschalen GOP 40120 bis 40126 EBM in Behandlungsfällen mit Leistungen des Allgemeinlabors (EBM-Abschnitte 32.2.1 bis 32.2.7) abgerechnet werden können, bei denen die Abrechnung der GOP 40100 EBM ausgeschlossen ist.

Über die weiteren Kostenpauschalen GOP 40089 bis 40093 EBM werden zukünftig Entnahmematerial und Komponenten zur digitalen Auftragserteilung (eAuftrag) für die In-vitro-Diagnostik unter bestimmten Voraussetzungen vergütet.

Beim laborärztlichen Honorar werden die Grundpauschalen weiterentwickelt sowie Anpassungen an die bestehende Systematik des EBM vorgenommen.

So kommt es zur Streichung der Grundpauschalen GOP 12220 und 12225 EBM und Weiterführung der entsprechenden Leistungen in den GOP 01437, 01698 und 12222 bis 12224 EBM.

Die Einführung und Zuordnung der neuen Kostenpauschalen und Leistungen erfordern entsprechende Anpassungen im HVM:

- **Anpassung des Vorwegabzugs für laboratoriumsmedizinische Untersuchungen im fachärztlichen Versorgungsbereich**

Die Streichung der bisherigen Grundpauschalen GOP 12220 und 12225 EBM wird hier umgesetzt und die ersetzenden Leistungen GOP 01437, 01998 und 12222 bis 12224 EBM werden neu aufgenommen.

Zudem schlägt sich hier der Entfall der GOP 01699 und 12230 EBM zum 31.12.2024 nieder.

- **Änderung der Vorgaben der KBV für die Honorarverteilung der Kassenärztlichen Vereinigungen**

Die Vergütung der ab dem 1. Januar 2025 neu in den EBM aufzunehmenden Kostenpauschalen ist in den KBV-Vorgaben zur Honorarverteilung zu regeln, die wiederum Teil des HVM (siehe Anlage 4) sind.

Die Kostenpauschalen werden den Grundbeträgen „Labor“ und – sofern betroffen – dem Grundbetrag „Bereitschaftsdienst und Notfall“ zugeordnet und innerhalb dieser Grundbeträge vergütet.

Zusätzlich wird die Labormindestquote von 89 % auf 85 % abgesenkt.

- **Anpassung des Vergütungsvolumens für Leistungen und Kosten, die dem Grundbetrag Labor zuzurechnen sind**

Analog zur Anpassung der KBV-Vorgaben werden die neuen Kostenpauschalen, soweit sie aus dem Grundbetrag Labor zu vergüten sind, in das entsprechende regionale Vergütungsvolumen aufgenommen, das für die - ggf. quotierte - Vergütung von über Muster 10 veranlasste Laboruntersuchungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM und für den Labor-Wirtschaftlichkeitsbonus zur Verfügung steht. Die neuen Kostenpauschalen werden vorab zu 100% vergütet.

Zu beachten:

Der GKV-Spitzenverband hat bisher noch **nicht das Einvernehmen** zu den Änderungen in Teil B der KBV-Vorgaben (Vorgabe zur Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung) hergestellt. **Insoweit stehen die Änderungen der KBV-Vorgaben und die entsprechenden HVM-Änderungen unter Vorbehalt.**

- **Änderung bei Ermittlung der für das Regelleistungsvolumen (RLV) relevanten Fälle im Rahmen der Fallzahlzuwachsbeschränkung (FZZB)**

Die (Wieder-)Einbudgetierung der Leistungen bei TSVG-Neupatienten hatte eine für das Jahr 2023 geltende und an die Rückführung angepasste Fallzählung der für das RLV relevanten Behandlungsfälle zur Folge. Behandlungsfälle, die im entsprechenden Quartal des Jahres 2022 als TSVG-Neupatienten mit der Ziffer 99873E gekennzeichnet worden waren, wurden im entsprechenden Quartal des Jahres 2023 arztbezogen als für das RLV relevante Fälle mitgezählt.

Die für das Jahr 2024 übergangsweise geltende Regelung, dass TSVG-Neupatienten im Rahmen der Fallzahlzuwachsbeschränkung bei der Ermittlung der Fallzahlgrenze auf Basis der Quartale 1/2022 bis 4/2022 als RLV-Fälle mitberücksichtigt (gezählt) werden, ist im Jahr 2025 nicht mehr notwendig und wird gestrichen, weil im Vorvorjahr 2023, das für die Ermittlung der Fallzahlgrenze im Jahr 2025 relevant ist, sind Neupatienten bereits wieder in den RLV-Fallzahlen enthalten.

- **Anpassung von qualifikationsbedingten Zusatzvolumen (QZV)**

Die GOP 33046 EBM (*Zuschlag zu den GOP 33020 bis 33022, 33030, 33031 und 33042 Durchführung der Echokardiographie/Sonographie des Abdomens mit Kontrastmitteleinbringung*) wird bei Fachärzten für Innere Medizin, Radiologen, Urologen und Hausärzten ins jeweils zutreffende QZV (Sonographie I und/oder Sonographie II) aufgenommen.

Der seit dem Quartal 2/2020 abrechenbare Zuschlag wird bereits bisher abrechnungsseitig entsprechend gesteuert und honoriert, es fehlte lediglich die Ausweisung im jeweiligen QZV im HVM. Dies wird nun nachgeholt.

- **Anpassung bei Freien Leistungen (FL) der Gynäkologen**

Die GOP 01698 EBM (*Zuschlag für Leistungen nach den GOP 01840 und 01915 für Vertragsärzte, die zur Versorgung gemäß Kapitel 8 zugelassen sind*) wird in den Ziffernkranz FL bei Gynäkologen (FL für Empfängnisregelung, Sterilisation oder Schwangerschaftsabbruch) aufgenommen.

Die Leistung kann von Frauenärzten ab dem 1. Januar 2025 als Zuschlag zu den Leistungen nach den GOP 01840 und 01915 EBM abgerechnet werden und erweitert dementsprechend den Ziffernkranz der FL.

Weitere Änderungen des HVM zum 1. Januar 2025 sind für die Sitzung der Vertreterversammlung der KVBW am 4. Dezember 2024 vorgesehen, sofern dann insbesondere die vom Gesetzgeber zum Jahresbeginn vorgesehen Gesetzesvorhaben abgeschlossen sind und uns alle weiteren erforderlichen Informationen vorliegen.

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/honorarverteilungsmaassstab.

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

Mit der Einführung des Agilen Frühwarnsystems Baden-Württemberg im 3. Quartal 2022 wurde ein Informationssystem geschaffen, das der Ärzteschaft helfen soll, sich vor Einzelfallprüfungen im Arzneimittelbereich zu schützen. Die Zunahme dieser Prüfanträge in den vergangenen Quartalen ist ein Ärgernis für alle Praxen.

Die umgestaltete Frühinformation Arzneimittel (siehe Anlage 71) kommuniziert im modernen Layout gezielt die wichtigen Inhalte. Die ehemalige, dem Honorarbescheid beigelegte Fehlerliste Verordnungen (Anlage 76) wurde durch themenspezifische neue Berichte, die sogenannten **Verordnungshinweise** ersetzt:

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

So 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 und nicht mehr als Printversion im Honorarversand enthalten. 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:

Verordnungsberatung Arzneimittel

0711 / 7875 - 3663 oder verordnungsberatung@kvbawue.de

Hinweise zur Abrechnung – Quartal 2/2024

Mit diesem Honorarversand erhalten Sie den Honorarbescheid für das Quartal 2/2024 sowie die dazugehörigen Abrechnungsunterlagen. Zum besseren Verständnis geben wir Ihnen die folgenden Hinweise:

1. Für das Quartal 2/2024 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 2/2024 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 3/2019 bis 1/2024 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 im quotierten Honorarvolumen ausgewiesen werden, greift die hausärztliche Vergütungsquote hier nicht.

3. **TSS- und Hausarzt-Vermittlungsfall immer als Überweisungsfall abrechnen (außer überweisungsfreie Fachgruppen)**

Um Abrechnungskorrekturen zu vermeiden und von der unbudgetierten Vergütung zu profitieren beachten Fachärzte bitte, dass beim TSS- und Hausarzt-Vermittlungsfall immer eine Überweisung vorgelegt (außer bei den überweisungsfreien Fachgruppen – das sind Haus- und Kinderärzte, Augenärzte, Frauenärzte sowie Psychotherapeuten – sowie Akutfälle) und auch entsprechend über diesen Überweisungsfall abgerechnet werden muss.

4. Humangenetik 2/2024

Zur Finanzierung der zunehmenden humangenetischen Diagnostik ist eine jährliche Überprüfung der Mengenentwicklung vorgesehen. Für das Jahr 2024 hat der Bewertungsausschuss in seiner 730. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung, Juli 2024) die basiswirksame Aufstockung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) beschlossen. Die Erhöhung des Honorartopfes für die Humangenetik konnte ab dem Quartal 2/2024 in der laufenden Honorarabrechnung berücksichtigt werden, die Anpassung und Korrektur für das Quartal 1/2024 erfolgt mit dieser Abrechnung. Die Nachvergütungsbeträge sind in den Honorarunterlagen ausgewiesen.

5. Zu der auf der Abrechnungsunterlage **Kennzahlenblatt 2. Quartal 2024** 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.

6. Als **Anlagen** zu den Hinweisen zur Abrechnung des Quartals 2/2024 finden Sie:

- Auszahlungsquoten infolge der Honorarverteilung und Mengensteuerung 2/2024
- Auszahlungsübersicht 2/2024

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 2/2024

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

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).

(1.) Quote für die Honorierung von Leistungen aus den Vergütungsvolumen für Laborleistungen, für Leistungen im Bereitschaftsdienst und Notfall, für die fachärztliche Grundversorgung und für die Leistungen der Humangenetik sowie aus Vorwegabzügen 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 (ausschließlich Wirtschaftlichkeitsbonus und auf Muster 10 veranlasste Laboruntersuchungen), Bereitschaftsdienst und Notfall, Kinder- und Jugendärzte (Kap. 4 ohne GOP 04003-04005 EBM), fachärztliche Grundversorgung (PFG) und Humangenetik (Genetisches Labor) verteilt. Die Leistungsanforderungen für Labor, Bereitschaftsdienst und Notfall, Kinder- und Jugendärzte, fachärztliche Grundversorgung sowie Humangenetik werden mit den nachstehenden Quoten honoriert.

Im Rahmen eines Vorwegabzugs honoriert werden je Versorgungsbereich die Leistungsanforderungen für belegärztliche Leistungen außerhalb Kapitel 36 EBM; im hausärztlichen Versorgungsbereich Labor (eigenerbracht oder bei hausärztlicher Veranlassung über Muster 10A) sowie regionale Zuschläge beispielsweise für nichtärztliche Praxisassistenten (GOP 99981 EBM); im fachärztlichen Versorgungsbereich Labor (Laborpauschale GOP 01700, 01701, 12210, 12220, 12225 EBM, eigenerbracht oder bei fachärztlicher Veranlassung über Muster 10A), die pathologischen und zytologischen Leistungen Kapitel 19 EBM sowie regionale Zuschläge beispielsweise für onkologische/immunologische Betreuung und psychiatrische Behandlung (GOP 99983, 99996 EBM).

Dabei werden die belegärztlichen Leistungen 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 %
Laborwirtschaftlichkeitsbonus 32001, Laborveranlassung Muster 10	92,78
Leistungen im Bereitschaftsdienst und Notfall	100,00

Hausärztlicher Versorgungsbereich	Quote in %
Kurativ-stationäre Leistungen außerhalb Kap. 36	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
Laborpauschalen 01699, 01700, 01701, 12210, 12220, 12225, 12230 Labor eigenerbracht oder bei fachärztlicher Veranlassung über Muster 10A	89,00 *
Pathologische und zytologische Leistungen Kap. 19 und 08315	78,61
Genetisches Labor – tlw. Abschnitt 11.4, 19.4	63,85
Pauschale für fachärztliche Grundversorgung (PFG)	90,04
Humangenetische Beurteilung 01841, 01842, 11230, 11233-11236	85,14

(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 ermittelt. 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. Die so ermittelten Auszahlungsquoten je Arztgruppe werden auf die überschreitenden Leistungen angewandt und in der Folge wird nur noch dieser Anteil mit dem vollen Orientierungspunktwert honoriert.

Arztgruppe / Fachärzte für	Quote in %
Innere u. Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Prakt. Ärzte, Innere Medizin (HÄ VB)	26,63
Anästhesiologie	30,04
Augenheilkunde	30,67
Chirurgie, Kinderchirurgie, Plastische Chirurgie, Herzchirurgie	48,84
Neurochirurgie	10,82
Frauenheilkunde mit u. ohne fakultativer WB Endokrinologie u. Reproduktionsmedizin	23,82
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	15,19
Haut- und Geschlechtskrankheiten	78,74
Innere Medizin ohne Schwerpunkt, fachärztlicher Versorgungsbereich	77,61
Angiologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	100,00
Endokrinologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	8,19
Gastroenterologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	59,10
Hämato-/Onkologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	14,91
Kardiologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	29,78
Kardiologie u. invasiver Tätigkeit, Innere Medizin mit Schwerpunkt	59,95
Pneumologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	20,40
Rheumatologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	24,43
Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	3,43
Nervenheilkunde, Neurologie	26,86
Nuklearmedizin ohne Genehmigung für MRT	18,91
Nuklearmedizin mit Genehmigung für MRT	18,21
Orthopädie	49,62
Phoniatrie, Pädaudiologie und Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen	78,37
Psychiatrie und Psychotherapie	16,85
Diagnostische Radiologie ohne Vorhaltung von CT und MRT	7,38
Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT	13,88
Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von MRT	7,76
Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT und MRT	14,99
Urologie	100,00
Physikalisch-Rehabilitative Medizin	21,66

(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 unter Berücksichtigung der Bereinigung nach Selektivverträgen 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	96,74
Langzeit-EKG	100,00
Nicht-ärztliche Praxisassistenten	98,42
Phlebologie	99,03
Proktologie	91,78
Übrige psychotherapeutische Leistungen	80,00 *
Sonographie II	87,71
Teilradiologie	80,00 *
Fachärztlicher Versorgungsbereich, Fachärzte für	Quote in %
Anästhesiologie	
Akupunktur	100,00
Narkosen (bei zahnärztlicher Behandlung)	82,61
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	80,00
Augenheilkunde	
Elektroophthalmologie	80,00
Fluoreszenzangiographie	80,00
Kontaktlinsenanpassung	86,02
Strukturpauschale für konservative Augenärzte	93,40
Chirurgie, Kinderchirurgie, Plastische Chirurgie, Herzchirurgie	
Akupunktur	100,00
Gastroenterologie, Bronchoskopie	100,00
Phlebologie	95,56
Proktologie	100,00
Neurochirurgie	
Akupunktur	80,00
Frauenheilkunde mit und ohne fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	
Empfängnisregelung, Sterilisation oder Schwangerschaftsabbruch	90,39
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	100,00
Übrige psychotherapeutische Leistungen	80,93
Sonographie Brustdrüsen	80,00 *
Stanzbiopsie	85,10
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	
Kardiorespiratorische Polygraphie	80,00

Haut- und Geschlechtskrankheiten	
Dermatologische Lasertherapie	80,00
Besuche	100,00
Phlebologie	100,00
Proktologie	100,00
Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	
Gastroenterologie	100,00
Langzeit-EKG	100,00
Nuklearmedizinische Leistungen	80,00
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	80,00
Endokrinologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	
Nuklearmedizinische Leistungen	100,00
Gastroenterologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	
Gastroenterologie	100,00
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	95,26
Langzeit-EKG	98,61
Nuklearmedizinische Leistungen	100,00
Kardiologie und invasiver Tätigkeit, Innere Medizin mit Schwerpunkt	
Langzeit-EKG	100,00
Pneumologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	
Bronchoskopie	96,30
Rheumatologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	
Akupunktur	80,00
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	89,39
Nervenheilkunde und Neurologie	
Akupunktur	100,00
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	94,41
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	87,58
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 Abrechnungsquartal 1/2024 gegenübergestellt. Daraus ergeben sich die jeweiligen Quoten.

Hinweis: Bitte beachten Sie hier auch die Quoten für gesonderte Leistungsbereiche im fachärztlichen Versorgungsbereich (z.B. Labor) unter dem Punkt (1).

Sonstige Arztgruppen	Quote in %
Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin (Restliche) Leistungen, die innerhalb der MGV vergütet werden	96,61
Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Restliche) Leistungen, die innerhalb der MGV vergütet werden	83,24
Psychotherapeuten (Restliche) Leistungen, die innerhalb der MGV vergütet werden	77,67
Ermächtigte (Krankenhaus-) Ärzte und Institute	100,00
Sonstige Arztgruppen (z.B. Nephrologen, Pathologen, Strahlentherapeuten, Laborärzte, Laborgemeinschaften, etc.), Krankenhäuser, Kliniken	100,00

* Mindestquote

Auszahlungsübersicht: Gesamthonorar GKV kollektiv

1.378.936.633 €

Leistungen außerhalb der MGV 550.481.291 €		Leistungen innerhalb der MGV 828.455.342 €							
HA	FA/PT	HA	FA/PT						
Leistg. u. Begleitlsg. § 115b 330.886 € 94.961.243 €		Labor² 3.323.202 € 55.720.557 €							
Leistg. u. Begleitlsg. § 115f 1.391 € 3.555.196 €		Bereitschaftsdienst und Notfall 5.930.482 € 22.810.615 €							
Ambulantes Operieren 819.603 € 15.745.118 €		Kinder- u. Jugendärzte 45.016.635 €							
Prävention 22.111.462 € 65.062.476 €		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">Labor³ 6.659.812 €</td> <td style="text-align: center;">Labor⁴ 17.189.174 €</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">RLV/QZV 263.470.384 €</td> <td style="text-align: center;">RLV/QZV 291.800.099 €</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">FL 9.050.629 €</td> <td style="text-align: center;">FL 80.021.067 €</td> </tr> </table>		Labor ³ 6.659.812 €	Labor ⁴ 17.189.174 €	RLV/QZV 263.470.384 €	RLV/QZV 291.800.099 €	FL 9.050.629 €	FL 80.021.067 €
Labor ³ 6.659.812 €	Labor ⁴ 17.189.174 €								
RLV/QZV 263.470.384 €	RLV/QZV 291.800.099 €								
FL 9.050.629 €	FL 80.021.067 €								
Psychotherapie ¹ 1.422.682 € 91.485.427 €		PFG 13.538.174 €							
DMP 18.401.669 € 4.317.039 €		Genetisches Labor 13.924.512 €							
Belegärztliche Leistungen 50.884 € 3.132.953 €									
Leistungen TSVG 1.188.286 € 42.942.666 €									
Sonstige/regionale Leistungen 39.167.158 € 145.785.152 €									

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
- 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