

Hinweise zur Abrechnung der KV Baden-Württemberg

ABRECHNUNGSQUARTAL 3 / 2024

Alles Gute.



Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

mit diesem ersten Brief im neuen Jahr erhalten Sie die **Honorarabrechnung sowie die Hinweise zur Abrechnung für das Quartal 3/2024**.

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%.

Infolge der Budgetierung können im Quartal 3/2024 bei den Hausärzten die angeforderten und anerkannten Leistungen nur quotiert ausbezahlt werden. Es fehlten in diesem Quartal für die Bezahlung aller Leistungen mit den festen Preisen der Euro-Gebührenordnung, Finanzmittel von fast 23 Mio. €. Somit ergibt sich bei den Hausärzten ein Budgetierungsgrad von 93,59%. Leistungen, die das RLV/QZV-Volumen überschreiten, werden mit einer Auszahlungsquote von 14,22% bezahlt.

Vergleicht man **die Honorarentwicklung im hausärztlichen Versorgungsbereich** zum noch nicht von der Budgetierung betroffenen Vorjahresquartal 3/2023 ist trotz Budgetierung bei den Hausärzten nur ein leichter Honorarrückgang in Höhe von -0,2% (-1 Mio. €) im GKV-Bereich festzustellen. Unter Berücksichtigung der Differenzbereinigung (HzV) ergibt sich sogar eine **leichte Honorarsteigerung von +2,2%** (+8,6 Mio. €).

Im gesamten **fachärztlichen Versorgungsbereich** ist das Honorar um +4,7% (+42,0 Mio. €) angestiegen. Unter Berücksichtigung der Differenzbereinigung (Selektivverträge) liegt die **Honorarsteigerung bei +4,8%** (+43,1 Mio. €).

Vergleicht man das Honorarergebnis beider Versorgungsbereiche mit dem des Jahres 2019 (Vor-Corona-Zeit), ergibt sich beim **hausärztlichen Versorgungsbereich** ein **Honorarplus von +9,3%**, im **fachärztlichen Versorgungsbereich** ein **Honorarplus von +17,7%**. Der durchschnittliche Budgetierungsgrad im fachärztlichen Bereich liegt bei 93,57%. Unsere Kollegen im fachärztlichen Versorgungsbereich erbringen in diesem Quartal Leistungen im Wert von ca. 64,6 Mio. €, die nicht bezahlt werden.

Zum Jahreswechsel brachten ein den Anstieg von Zusatzbeiträgen beklagender GKV-Spitzenverband und unisono auch Parteien mit Neigung zur Staatsmedizin, sog. Patientenschützer und VdK mal wieder populistisch das Thema ungleicher Wartezeiten auf Arzttermine für gesetzlich und privat Versicherte in die Diskussion. Die Bürgerversicherung sowie Terminmeldepflichten und -garantien seien die Lösung dieses angeblichen Problems. Dabei schneidet gerade Deutschland in internationalen Vergleichen von Gesundheitssystemen wegen des niedrigschwelligen guten Zugangs zu fachärztlicher Versorgung besonders gut ab. Die Kritiker verkennen alle gemeinsam, dass mengenbegrenzende Regelungen wie Budgetierung genau dazu geschaffen wurden, um Leistungserbringer zur Rationierung ihres Angebotes zu zwingen. Den schwarzen Peter dafür auch noch der Vertragsärzteschaft zuzuschieben und nicht über die zwar in Anspruch genommenen, aber unbezahlten Leistungen in Höhe von 23 Mio. € im hausärztlichen und 65 Mio. € im fachärztlichen Versorgungsbereich allein in einem Quartal in Baden-Württemberg zu berichten, ist verlogen und dreist.

Realität ist doch, dass angesichts der bescheidenen GKV-Honorare Innovationen in unseren Praxen nur noch mit PKV- und Selbstzahlerleistungen möglich sind und davon GKV-Versicherte ganz maßgeblich profitieren. Nur von GKV-Einnahmen allein könnten vielerorts die Praxen überhaupt nicht mehr existieren. Auch sollte man nicht vergessen, wer die sinnvolle TSVG-Neupatientenregelung abgeschafft hat und damit zur Verschärfung von Terminwartezeiten maßgeblich beigetragen hat. Gleichzeitig leistet sich Deutschland weiterhin den Luxus einer freien Arztwahl; Patientensteuerung über eine ausreichend finanzierte 116117 und Eigenverantwortung von Patienten? Fehlanzeige!

Für die bevorstehenden Bundestagswahlen sollte man daher die Wahlprogramme der Parteien und ihren Blick auf die ambulante Versorgung gut im Blick behalten. Patientinnen und Patienten sollte man klar machen, dass sie mit ihrer Stimme auch über ihre eigene künftige ambulante Versorgungssituation entscheiden. Hoffen wir auf das Beste!

Mit den besten Wünschen für ein gesundes, glückliches und erfolgreiches neues Jahr 2025

Ihr

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'K. Braun', written in a cursive style.

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

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 3/2024

Mit diesem Honorarversand erhalten Sie den Honorarbescheid für das Quartal 3/2024 sowie die dazugehörigen Abrechnungsunterlagen. Zum besseren Verständnis geben wir Ihnen die folgenden Hinweise:

1. Für das Quartal 3/2024 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 3/2024 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 4/2019 bis 2/2024 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. Zu der auf der Abrechnungsunterlage **Kennzahlenblatt 3. 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.

4. Als **Anlagen** zu den Hinweisen zur Abrechnung des Quartals 3/2024 finden Sie:

- Auszahlungsquoten infolge der Honorarverteilung und Mengensteuerung 3/2024
- Auszahlungsübersicht 3/2024

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 3/2024

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	92,13
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	74,57
Genetisches Labor – tlw. Abschnitt 11.4, 19.4	51,29
Pauschale für fachärztliche Grundversorgung (PFG)	88,47
Humangenetische Beurteilung 01841, 01842, 11230, 11233-11236	74,45

(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)	14,22
Anästhesiologie	17,05
Augenheilkunde	26,91
Chirurgie, Kinderchirurgie, Plastische Chirurgie, Herzchirurgie	18,52
Neurochirurgie	8,71
Frauenheilkunde mit u. ohne fakultativer WB Endokrinologie u. Reproduktionsmedizin	18,99
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	16,69
Haut- und Geschlechtskrankheiten	55,99
Innere Medizin ohne Schwerpunkt, fachärztlicher Versorgungsbereich	39,35
Angiologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	39,39
Endokrinologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	6,77
Gastroenterologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	23,85
Hämato-/Onkologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	10,22
Kardiologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	14,45
Kardiologie u. invasiver Tätigkeit, Innere Medizin mit Schwerpunkt	26,85
Pneumologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	17,05
Rheumatologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	8,61
Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	3,61
Nervenheilkunde, Neurologie	12,94
Nuklearmedizin ohne Genehmigung für MRT	14,32
Nuklearmedizin mit Genehmigung für MRT	12,84
Orthopädie	31,38
Phoniatrie, Pädaudiologie und Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen	30,52
Psychiatrie und Psychotherapie	12,83
Diagnostische Radiologie ohne Vorhaltung von CT und MRT	15,15
Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT	11,37
Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von MRT	13,90
Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT und MRT	11,19
Urologie	43,56
Physikalisch-Rehabilitative Medizin	13,10

(3.) Quote für die Honorierung von Leistungen außerhalb RLV/QZV („freie“ Leistungen)

Leistungen der MGV, die außerhalb der RLV vergütet werden (sog. freie Leistungen), werden ebenfalls einer Mengensteuerung unterzogen. Denn: Ein Anstieg der freien Leistungen führt zwangsläufig zu einer 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	89,95
Langzeit-EKG	97,59
Nicht-ärztliche Praxisassistenten	90,85
Phlebologie	96,86
Proktologie	100,00
Übrige psychotherapeutische Leistungen	80,00 *
Sonographie II	86,51
Teilradiologie	86,61
Fachärztlicher Versorgungsbereich, Fachärzte für	Quote in %
Anästhesiologie	
Akupunktur	93,39
Narkosen (bei zahnärztlicher Behandlung)	80,00
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	80,00
Augenheilkunde	
Elektroophthalmologie	80,00
Fluoreszenzangiographie	80,00
Kontaktlinsenanpassung	80,00
Strukturpauschale für konservative Augenärzte	84,80
Chirurgie, Kinderchirurgie, Plastische Chirurgie, Herzchirurgie	
Akupunktur	100,00
Gastroenterologie, Bronchoskopie	100,00
Phlebologie	80,00
Proktologie	96,07
Neurochirurgie	
Akupunktur	80,00
Frauenheilkunde mit und ohne fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	
Empfängnisregelung, Sterilisation oder Schwangerschaftsabbruch	80,00
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	83,99
Übrige psychotherapeutische Leistungen	100,00
Sonographie Brustdrüsen	80,00 *
Stanzbiopsie	90,98
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	80,00
Nuklearmedizinische Leistungen	80,00
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	80,00
Endokrinologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	
Nuklearmedizinische Leistungen	80,00
Gastroenterologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	
Gastroenterologie	91,72
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	80,00
Rheumatologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt	
Akupunktur	100,00
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	80,00
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	97,76
Stoßwellenlithotripsie	80,00 *
Urodynamik	100,00
Physikalisch-Rehabilitative Medizin	
Akupunktur	92,55
Ärzte mit Teilnahme Qualitätssicherungsvereinbarung zur SMT-Versorgung	
Zuschlag schmerztherapeutische Einrichtungen 30704	80,00
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	95,51
Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Restliche) Leistungen, die innerhalb der MGV vergütet werden	80,34
Psychotherapeuten (Restliche) Leistungen, die innerhalb der MGV vergütet werden	74,32
Ermächtigte (Krankenhaus-) Ärzte und Institute	94,18
Sonstige Arztgruppen (z.B. Nephrologen, Pathologen, Strahlentherapeuten, Laborärzte, Laborgemeinschaften, etc.), Krankenhäuser, Kliniken	83,16

* Mindestquote

Auszahlungsübersicht: Gesamthonorar GKV kollektiv

1.333.099.091 €

Leistungen außerhalb der MGV 538.123.484 €		Leistungen innerhalb der MGV 794.975.607 €	
HA	FA/PT	HA	FA/PT
Leistung u. Begleitstg. § 115b 301.318 € 91.571.280 €		Labor² 3.509.378 € 54.801.936 €	
Leistung u. Begleitstg. § 115f 775 € 3.267.122 €		Bereitschaftsdienst und Notfall 4.755.368 € 22.539.000 €	
Ambulantes Operieren 731.519 € 15.324.701 €		Kinder- u. Jugendärzte 43.519.143 €	
Prävention 20.149.768 € 62.888.201 €		Labor ³ 6.179.895 €	Labor ⁴ 17.393.021 €
Psychotherapie ¹ 1.356.433 € 86.694.330 €		RLV/QZV 251.455.215 €	RLV/QZV 281.922.296 €
DMP 18.291.492 € 4.242.606 €		FL 8.462.898 €	FL 75.449.378 €
Belegärztliche Leistungen 50.306 € 2.752.069 €		PFG 13.184.131 €	
Leistungen TSVG 1.163.913 € 44.773.866 €		Genetisches Labor 11.803.948 €	
Sonstige/regionale Leistungen 38.772.503 € 145.791.282 €			

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