

Honorarsystematik

4. QUARTAL 2022

STABILITÄT.
KALKULATIONSSICHERHEIT.
PLANBARKEIT.

DER HVM AB 3/2022

Alles Gute.



Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Inhalt

- 4 Vorwort
- 8 Aufteilung der Gesamtvergütung und Bildung von Honoraranteilen
- 11 Zusammensetzung des Honorars für einen/eine Ärzt*in
- 13 Systematik der RLV, QZV und Freien Leistungen
- 16 Förderung kooperativer Behandlungsformen
- 17 Mengenbegrenzung
- 19 Sonderregelungen
- 20 Teil-Berufsausübungsgemeinschaften
- 21 Übersicht über RLV, QZV und FL

Vorwort

Verehrte Kolleginnen, liebe Kollegen,

wir befinden uns durch die Forderung des GKV-Spitzenverbandes in Berlin nach einer Honorarnullrunde und der damit verbundenen Verweigerung eines Inflationsausgleiches für unsere Mitarbeiter bei vorbekannter Weigerung, sich darüber hinaus an den gestiegenen Lohnkosten zu beteiligen, sowie durch die Ankündigung des Bundesgesundheitsministers, die Neupatientenregelung des TSVG (Ausbudgetierung sogenannter Neupatienten) nicht mehr fortzusetzen, in honorarpolitisch turbulenten Zeiten. Beides ist nicht abschließend entschieden und befindet sich weiter im Verhandlungsmodus, die Änderungen des TSVG haben zudem die Hürden in der Koalition und dem Parlament nicht genommen, zahlreiche Aktionen der KVen und der Berufsverbände werden in der Thematik kurzfristig stattfinden. Wir werden Sie zeitnah über die Entscheidungen auf Bundesebene informieren, die gegebenenfalls ihre Wirkung aber erst mit dem Honorar ab dem Quartal 1/2023 entfalten würden.

Mit diesem Versand erhalten Sie die Information über die Höhe Ihres RLV-QZV-Volumens für das Quartal 4/2022.

Wir sind weiterhin in einer Zeit in der Regel spürbar positiver Honorarentwicklung.

In Bezug auf die zurückliegenden Steigerungen ist darauf hinzuweisen, dass wesentliche Teile insbesondere des hausärztlichen Honorars durch Impfleistungen bedingt waren, welche sich zukünftig nur noch fraglich in diesem Umfang wiederholen werden. Die Steigerungen im fachärztlichen Honorar waren überwiegend auf die Ausbudgetierung der

sogenannten TSVG-Konstellationen zurückzuführen. Diese Ergebnisse können dann erhalten und auch weiterentwickelt werden, wenn Sie weiterhin die durch den Gesetzgeber mit dem Terminalservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) vorgegebenen neuen Rahmenbedingungen berücksichtigen und in Ihren Praxisalltag auch inkorporieren. Aus diesem Grunde empfehlen wir Ihnen, wie bereits mehrfach in der Vergangenheit, nochmals die Informationen auf unserer Homepage über die Rahmenbedingungen des TSVG.

Es ist auch deshalb umso wichtiger, dass wir uns entschieden gegen Planungen des Gesetzgebers zur Wehr setzen, die TSVG-Regelung für die Neupatienten abzuschaffen!

Stets gilt es ganz grundsätzlich zu beachten: RLV ist nicht gleich Honorar.

Das Gesamthonorar einer Praxis setzt sich aus mehreren Komponenten zusammen, das heißt, das RLV darf nicht als isolierte Größe betrachtet werden. Neben den Leistungen innerhalb der MGV (MGV = budgetierter Vergütungsanteil; das heißt RLV, QZV und Freie Leistungen) sind auch die Leistungen außerhalb der MGV (sog. Einzelleistungen oder extrabudgetäre Leistungen, zum Beispiel TSVG-Leistungen, Prävention, ambulantes Operieren) ein wichtiger Teil des Honorars und müssen in die Gesamtbetrachtung des Honorarergebnisses mit einbezogen werden. Insbesondere bitten wir Sie zu berücksichtigen, dass bei festen (unbudgetierten) Preisen die Mengenentwicklung ebenso nicht begrenzt ist.

$$\text{Honorar} = (\text{RLV-FW} + \text{QZV-FW}) \times \text{Fallzahl} + \text{FL} + \text{extrabudgetäre Leistungen} + \text{TSVG-Konstellationen}$$

Die TSVG-Konstellationen unterliegen der sog. Bereinigung der in vielen Fachgruppen quotierten Vergütung in Umfang und auch Fallzahl mit der Konsequenz, dass sowohl der RLV-Fallwert als auch die RLV-Fallzahl, also das Ihnen garantierte RLV-Volumen sich deutlich rückläufig entwickelt haben. Die genannten und auf viele Patienten zutreffenden TSVG-Konstellationen werden jedoch unbegrenzt in der Zahl und im Umfang unbudgetiert vergütet, so dass der Rückgang der budgetierten und damit oft quotierten RLV-Vergütung durch die genannten TSVG-Konstellationen (über) kompensiert wird. Dies haben die zurückliegenden Abrechnungsergebnisse aufgezeigt.

Es war der explizite Wunsch des Gesetzgebers, dass über die Terminservicestelle vermittelte Fälle, neue Patienten, aber insbesondere auch die Patienten in der offenen Sprechstunde, also auch bisherige Patienten, die ohne regulären Sprechstundetermin auf diese verwiesen werden, honorarrechtlich bevorzugt werden, um eine zeitnähere Versorgung zu ermöglichen. Benötigt ein neuer oder bisheriger Patient einen zeitnahen Eiltermin, kann er auf die offene Sprechstunde verwiesen werden mit dem Ergebnis der extrabudgetären Honorierung in diesem Quartal.

Mit diesem Versand erhalten Sie die Information über die Höhe Ihres RLV-QZV-Volumens für das Quartal 4/2022 per Post zugestellt.

Wichtig und mit der Bitte um Beachtung:

Honorarverteilungssystematik ab dem 1.1.2022

Der für das Jahr 2021 geltende Pandemie-Übergangsvom HVM zur Abfederung der Pandemiefolgen in Bezug auf die Regelleistungsvolumen (RLV) ist ausgelaufen. Die Ermittlung der RLV-/QZV-Volumen für die Quartale 1/2022 bis 4/2022 erfolgt damit wieder nach der vertrauten Honorarsystematik auf Basis der abgerechneten und anerkannten RLV-Fallzahlen (also ohne TSVG-Fälle!) im jeweiligen Vorjahresquartal, also für 4/2022 auf Basis der Fallzahlen des Quartals 4/2021. Durch das Abflauen der Pandemie im Laufe des

Jahres 2021 sind die Fallzahlen wieder in den meisten Fachgruppen auf das Vor-Corona-Niveau angestiegen. Folglich ist der Vorjahresbezug zur Ermittlung der arzt- und praxisbezogenen RLV für das Jahr 2022 (ohne extrabudgetäre TSVG-Fälle!) überwiegend wieder geeignet.

Die Fallzahlzuwachsbeschränkung (FZZB) kommt im fachärztlichen Versorgungsbereich wieder zur Anwendung. Die Ermittlung der Fallzahlgrenze erfolgt auf Basis der mit den RLVs 2021 in der Endabrechnung zugewiesenen RLV-Fallzahl aus 2019 (oder ggf. der höheren Fallzahl aus 2020). Keine Relevanz hat die FZZB im hausärztlichen Versorgungsbereich.

Maßgebliche Einflussgröße für die Höhe des RLV ist das TSVG

Der Umgang mit den verschiedenen TSVG-Fallkonstellationen ist zwischenzeitlich in den Praxen etabliert und die in diesem Zusammenhang geregelte extrabudgetäre Vergütung in den ärztlichen Honoraren beinhaltet. Bei weiterhin kompletter Ausbudgetierung des hausärztlichen Versorgungsbereiches und Wegfall aller Mengenbegrenzungsmaßnahmen werden insbesondere auch im fachärztlichen Bereich mittlerweile ca. 48 % der Leistungen als Einzelleistung vergütet. Wenn nahezu die Hälfte des Honorars extrabudgetär, also außerhalb des RLVs generiert wird, ist klar, dass insbesondere die RLV-relevante Fallzahl und damit die Höhe des RLV-Honorarvolumens entsprechend zurück geht und zwar je höher sich in einer Fachgruppe der Anteil der TSVG-Konstellationen, wie zum Beispiel Neupatienten, darstellt, Neupatienten die dann extrabudgetär vergütet werden. Die Behandlungsfälle aus den TSVG-Konstellationen des Vorjahresquartals wurden dort vollständig extrabudgetär vergütet und werden deshalb folgerichtig in diesem Quartal nicht für die RLV-Berechnung herangezogen. Die Einzelleistungsvergütung für TSVG-Behandlungsfälle, insbesondere Neupatienten, aber auch offene Sprechstunde, im aktuellen Abrechnungsquartal erfolgt weiterhin ergänzend zum RLV, hier gilt es Zuwächse anzustreben – so der ausdrückliche Wunsch des Gesetzgebers.

RLV-Fallwerte im Quartal 4/2022

Der Gesetzgeber hat ab dem Quartal 3/2021 eine Nachbereinigung der TSVG-Konstellationen beschlossen, die aber nicht praxisindividuell umzusetzen ist, sondern sich auf die RLV-Fallwerte einer Fachgruppe auswirkt. Hierüber haben wir Sie regelmäßig in den vergangenen Rundschreiben informiert. Grund dafür war, dass nicht in jedem Fall die Zahl der gekennzeichneten Neupatienten mit der tatsächlichen Zahl der Neupatienten übereingestimmt haben soll und die Pandemie sich auf die Bereinigungsquartale ausgewirkt hat.

Die TSVG-Korrektur für das Quartal 4/2021 ist deshalb – wie bereits das Quartal 3/2021 für die RLV-Fallwerte 3/2022 – bei den Berechnungen der RLV-Fallwerte für das Quartal 4/2022 basiswirksam berücksichtigt. An dieser Stelle möchte ich ausdrücklich darauf hinweisen, dass eine rückwirkende Bereinigung und Korrektur der bereits abgerechneten Quartale 3/2021 und 4/2021 sowie der zugewiesenen RLV-Fallwerte für die Quartale 1/2022 und 2/2022 nicht erfolgt. In den vergangenen Quartalen verfügte somit die KVBW infolge der unvollständigen Bereinigung über eine höhere MGV, welche sich in höhere RLV-Fallwerte ausdrückte und sich in den guten Honorarergebnissen niedergeschlagen hat. Die Finanzierung für diese Quartale kann aus versorgungsbereichsspezifischen Rückstellungen, die wir vorausschauend einrichteten, sichergestellt werden.

Die garantierten RLV-Fallwerte im Quartal 4/2022 sind deshalb vollständig um die TSVG-Korrekturvolumen bereinigt. Dies führt wie dargelegt dazu, dass im Vergleich zum Vorjahresquartal die RLV-Fallwerte bei einzelnen Fachgruppen niedriger als in den Vorquartalen liegen. Festzustellen ist, dass sich bei den Fachgruppen mit RLV-Fallwert-Rückgang der Fachgruppentopf infolge des TSVG-Bereinigungsvolumens stärker zurück entwickelt als die RLV-Fallzahlen. Es ist insbesondere in diesen Fällen zu berücksichtigen, dass die budgetierte Gesamtvergütung keine Finanzmittel mehr für im Rahmen TSVG bereinigte Patienten enthält und eine Kompensation ausschließlich über Zuwächse im Bereich TSVG möglich ist.

Bitte beachten Sie in diesem Zusammenhang, dass mittlerweile Neupatienten automatisch von der KVBW als solche gekennzeichnet werden, die Fälle in der Offenen Sprechstunde (998730) sowie die durch die TSS vermittelten Termine müssen selbst gekennzeichnet werden.

Ihr RLV-Honorarvolumen, also der budgetierte Teil Ihrer Vergütung, ergibt sich aus den garantierten RLV-Fallwerten x die mitgeteilte RLV-Fallzahl.

Unabhängig von den im Jahr 2022 geltenden HVM-Regelungen ist zu beachten, dass im hausärztlichen Versorgungsbereich (Allgemein- und Kinderärzte, hausärztliche Internisten) auch im Quartal 4/2022 die Maßnahmen der Begrenzungsregelung – wie in den vergangenen Jahren – auf dem Boden der guten bisherigen Honorarabschlüsse in Baden-Württemberg ausgesetzt bleiben. Das heißt, alle Leistungen können zu 100 % bezahlt werden und auch Maßnahmen der Fallzahlbegrenzung werden nicht umgesetzt.

Im fachärztlichen Versorgungsbereich wird über den Honorarabschluss hinaus eine Besservergütung auch abhängig von der Zahl abgerechneter TSVG-Konstellationen stattfinden.

Wir gehen davon aus, dass der Rückgang der RLV-Volumen durch oben genannte Mechanismen in der Regel gut durch die TSVG-Konstellationen kompensierbar sein wird und damit das TSVG als Einstieg in die Entbudgetierung zu einem Honorarplus führt, was sich bereits in den Vorquartalen zeigt.

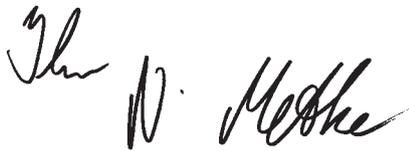
Die RLV-Fallwerte können sich im Rahmen der Durchführung der endgültigen Abrechnung für das Quartal nochmals erhöhen, indem die erst zu diesem Zeitpunkt feststehenden Finanzmittel aus der nicht vertragskonformen Inanspruchnahme (NVI) im Zusammenhang mit den Selektivverträgen nach §§ 73b und 140a SGB V der Honorarverteilung zugeführt werden.

Falls Sie Fragen haben, steht Ihnen unsere Abrechnungsberatung gerne telefonisch oder per E Mail zur Verfügung.

Tel. 0711/7875-3397

E-Mail: abrechnungsberatung@kvbawue.de

Mit freundlichen Grüßen

A handwritten signature in black ink, reading "Dr. med. Norbert Metke". The signature is written in a cursive style with a large initial "N" and "M".

Dr. med. Norbert Metke
Vorsitzender des Vorstandes

I. Aufteilung der Gesamtvergütung und Bildung von Honoraranteilen

Die Gesamtvergütung, die die gesetzlichen Krankenkassen für die ambulante ärztliche und psychotherapeutische Versorgung ihrer Versicherten zur Verfügung stellt, gliedert sich im Wesentlichen in zwei Teile: Die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) und die Vergütung außerhalb der MGV (Einzelleistungsvergütung).

Die MGV wird nach bundesweiten Vorgaben in ein haus- und fachärztliches Vergütungsvolumen aufgeteilt. Vorab werden, wie in der nachfolgenden Grafik dargestellt, eigene Honoraranteile für die Vergütung von Leistungen im Bereitschaftsdienst und im Notfall sowie von Laborleistungen gebildet.

Die Vergütung der Leistungen im Bereitschaftsdienst und Notfall erfolgt in voller Höhe zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung.

Seit dem Quartal 2/2018 ist der gesonderte Honoraropf für die Laborvergütung („Grundbetrag Labor“) neu definiert:

- Hieraus werden ausschließlich der Wirtschaftlichkeitsbonus und auf Muster 10 veranlasste Laboruntersuchungen bezahlt.
- Untersuchungen im organisierten Notfalldienst werden aus dem Honoraropf „Bereitschaftsdienst und Notfall“ vergütet.
- Die Laborleistungen der Laborgemeinschaften (Muster 10A) und eigenerbrachtes Labor werden im Rahmen eines Vorwegabzugs getrennt im haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich bezahlt. Aus diesem Vorwegabzug werden im fachärztlichen Versorgungsbereich auch die Laborgrundpauschalen (GOP 12210 und 12220 EBM) und die Laborpauschalen (GOP 01700, 01701, 12225 EBM) vergütet.

Alle Laborleistungen werden quotiert vergütet, mindestens in Höhe der bundeseinheitlichen Quote von 89 %.

Nach Trennung der MGV werden im fachärztlichen Versorgungsbereich versorgungsbereichsspezifische Vergütungsvolumen für die Vergütung der Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung (PFG) sowie für das genetische Labor (GOP 01841, 01842, 11230, 11233 - 11236, 32860 - 32865, sowie teilweise Abschnitt 11.4, Abschnitt 19.4 EBM und Abschnitt 32.3.15 EBM) und für strahlentherapeutische Leistungen des Kapitels 25 EBM nach bundesweiten Vorgaben ermittelt. Diese Vergütungsvolumen werden jeweils durch die abgerechneten und anerkannten Honoraranforderungen der betreffenden Ärzt*innen im jeweiligen Abrechnungsquartal geteilt. Hieraus ergibt sich die ggf. quotierte Vergütung für die jeweiligen Leistungen.

In den haus- und fachärztlichen Versorgungsbereichen selbst werden sog. Vorwegabzüge für die Vergütung belegärztlicher Leistungen außerhalb Kapitel 36 EBM und für Rückstellungen z. B. zur Berücksichtigung einer Zunahme von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten oder für Sicherstellungsaufgaben vorgenommen. Dabei werden die belegärztlichen Leistungen mit den festen Preisen der Euro-Gebührenordnung bezahlt. Beim fachärztlichen Vergütungsvolumen erfolgt zudem ein Abzug von begrenzten Honoraranteilen für die ggf. quotierte Vergütung von pathologischen/ zytologischen Leistungen.

Im fachärztlichen Versorgungsbereich wird innerhalb der MGV ein weiterer Vorwegabzug zur Förderung von radiologischen Leistungen bei onkologischen Patient*innen vorgenommen:

- Punktwert-Zuschlag in Höhe von 1,5 Cent auf alle Leistungen der Abschnitte 34.2, 34.3 und 34.4 EBM, wenn mindestens zwei dieser Leistungen im Behandlungsfall abgerechnet werden und eine gesicherte onkologische Diagnose gemäß Anlage 7 BMV-Ä vorliegt.

Die Förderung von ambulanten praxisklinischen Betreuungsleistungen und von psychiatrischen Gesprächen erfolgt innerhalb der MGV als jeweiliger Vorwegabzug im haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich:

- Zuschlag in Höhe von € 20,00 für jede Zusatzpauschale für die Beobachtung und Betreuung (GOP 01510, 01511 oder 01512 EBM) bei einer onkologischen und / oder immunologischen Betreuung.
- Zuschlag in Höhe von € 1,15 für jede GOP 14220, 14221, 14222, 21220 und 21221 EBM im Rahmen einer (kinder- und jugend-) psychiatrischen Behandlung.
- Zuschlag zur subkutanen Immuntherapie je abgerechnete und anerkannte GOP 30130 EBM in Höhe von € 3,00 und je abgerechnete und anerkannte GOP 30131 EBM in Höhe von € 2,50.

Im hausärztlichen Versorgungsbereich erfolgen innerhalb der MGV weitere Vorwegabzüge und Förderungen:

- Zuschlag in Höhe von € 4,00 für die Förderung von nicht-ärztlichen Praxisassistent*innen in Hausarztpraxen je Behandlungsfall, in dem eine GOP 03060 EBM für ärztlich angeordnete Hilfeleistungen durch qualifizierte nichtärztliche Praxisassistent*innen abgerechnet und anerkannt wird.
- Zuschlag in Höhe von € 4,00 für die Förderung der hausärztlich-geriatrischen Betreuung je Behandlungsfall, in dem eine GOP 03362 EBM abgerechnet und anerkannt wird.
- Zuschlag in Höhe von € 2,50 für die Behandlung von chronisch kranken Patient*innen, je abgerechneter und anerkannter Chronikerpauschale (GOP 03220 und 04220 EBM).
- Zuschlag für eine U3 – Untersuchung je abgerechneter und anerkannter GOP 01713 EBM in Höhe des jeweiligen €-Wertes der Leistung gemäß EBM (aktuell € 45,29).

Das verbleibende Vergütungsvolumen je Versorgungsbereich wird in sog. Arztgruppentöpfe aufgeteilt. Basis für die Bemessung der Arztgruppentöpfe ist das – bereinigte – zugewiesene (eingestellte) Honorar des Vorjahresquartals.

Aus diesen Arztgruppentöpfen werden neben den Leistungen einer Fachgruppe, die den RLV, QZV und Freien Leistungen zugeordnet sind, auch die Kosten und die abgestaffelt zu vergütenden Leistungen vergütet. Damit wird sichergestellt, dass eine Umverteilung zwischen den Fachgruppen vermieden wird und Leistungsdynamik in einer Fachgruppe nicht zu Lasten einer anderen geht.

Aufteilung der Gesamtvergütung

GESAMTVERGÜTUNG																											
<p>Leistungen außerhalb der MGV*</p> <ul style="list-style-type: none"> Leistungen / Begleitleistungen in Verbindung mit Ambulanten Operieren Ambulantes Operieren Prävention Dialyse Kostenpauschalen Psychotherapie DMP Nephrologische Leistungen Belegärztliche Leistungen Substitution PFG-Zuschlag Regional vereinbarte Leistungen besonders qualifizierte und koordinierte Palliativmedizinische Versorgung Sozialpädiatrie Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) Humangenetische Leistungen ... 	<p>Leistungen innerhalb der MGV</p> <p>Bereitschaftsdienst und Notfall</p> <p>Labor (Wirtschaftlichkeitsbonus, Allg. u. Spez. Untersuchungen bei Veranlassung über Muster 10)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Hausärztlicher Versorgungsbereich</th> <th>Fachärztlicher Versorgungsbereich</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;"> <p>Hausärztliches Vergütungsvolumen</p> <p>Vorwegabzüge</p> <ul style="list-style-type: none"> Rückstellungen Restliche belegärztliche Leistungen Labor: Allg. u. Spez. Untersuchungen (bei hausärztlicher Veranlassung über Muster 10 A oder eigenerbracht) Zuschlag NÄPa-Fall Zuschläge: Amb. praxisklin. Betreuungsleistungen, Psychiatrische Gespräche, Subkutane Immuntherapie, Hausärztl.-geriatrische Betreuung, Betreug. lebensveränd. chron. Erkrankg., U3-Untersuchung <table border="1"> <thead> <tr> <th>Hausärzte</th> <th>Kinderärzte</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>RLV</td> <td>RLV</td> </tr> <tr> <td>QZV FL</td> <td>QZV FL</td> </tr> <tr> <td>Kosten Abgestf. Leistg.</td> <td>Kosten Abgestf. Leistg.</td> </tr> </tbody> </table> </td> <td style="text-align: center;"> <p>Fachärztliches Vergütungsvolumen</p> <p>Vorwegabzüge</p> <ul style="list-style-type: none"> Rückstellungen Restliche belegärztliche Leistungen Labor: Allg. u. Spez. Untersuchungen (bei fachärztlicher Veranlassung über Muster 10 A oder eigenerbracht), Laborpauschalen Pathologie / Zytologie Zuschläge: Amb. praxisklin. Betreuungsleistungen, Psychiatrische Gespräche, Subkutane Immuntherapie, Radioonkologische Leistungen <table border="1"> <thead> <tr> <th>Orthopäden</th> <th>...</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>RLV</td> <td></td> </tr> <tr> <td>QZV FL</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Kosten Abgestf. Leistg.</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">PFG</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">Genetisches Labor</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">Strahlentherapie</td> </tr> </tbody> </table>	Hausärztlicher Versorgungsbereich	Fachärztlicher Versorgungsbereich	<p>Hausärztliches Vergütungsvolumen</p> <p>Vorwegabzüge</p> <ul style="list-style-type: none"> Rückstellungen Restliche belegärztliche Leistungen Labor: Allg. u. Spez. Untersuchungen (bei hausärztlicher Veranlassung über Muster 10 A oder eigenerbracht) Zuschlag NÄPa-Fall Zuschläge: Amb. praxisklin. Betreuungsleistungen, Psychiatrische Gespräche, Subkutane Immuntherapie, Hausärztl.-geriatrische Betreuung, Betreug. lebensveränd. chron. Erkrankg., U3-Untersuchung <table border="1"> <thead> <tr> <th>Hausärzte</th> <th>Kinderärzte</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>RLV</td> <td>RLV</td> </tr> <tr> <td>QZV FL</td> <td>QZV FL</td> </tr> <tr> <td>Kosten Abgestf. Leistg.</td> <td>Kosten Abgestf. Leistg.</td> </tr> </tbody> </table>	Hausärzte	Kinderärzte	RLV	RLV	QZV FL	QZV FL	Kosten Abgestf. Leistg.	Kosten Abgestf. Leistg.	<p>Fachärztliches Vergütungsvolumen</p> <p>Vorwegabzüge</p> <ul style="list-style-type: none"> Rückstellungen Restliche belegärztliche Leistungen Labor: Allg. u. Spez. Untersuchungen (bei fachärztlicher Veranlassung über Muster 10 A oder eigenerbracht), Laborpauschalen Pathologie / Zytologie Zuschläge: Amb. praxisklin. Betreuungsleistungen, Psychiatrische Gespräche, Subkutane Immuntherapie, Radioonkologische Leistungen <table border="1"> <thead> <tr> <th>Orthopäden</th> <th>...</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>RLV</td> <td></td> </tr> <tr> <td>QZV FL</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Kosten Abgestf. Leistg.</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Orthopäden	...	RLV		QZV FL		Kosten Abgestf. Leistg.		PFG		Genetisches Labor		Strahlentherapie	
Hausärztlicher Versorgungsbereich	Fachärztlicher Versorgungsbereich																										
<p>Hausärztliches Vergütungsvolumen</p> <p>Vorwegabzüge</p> <ul style="list-style-type: none"> Rückstellungen Restliche belegärztliche Leistungen Labor: Allg. u. Spez. Untersuchungen (bei hausärztlicher Veranlassung über Muster 10 A oder eigenerbracht) Zuschlag NÄPa-Fall Zuschläge: Amb. praxisklin. Betreuungsleistungen, Psychiatrische Gespräche, Subkutane Immuntherapie, Hausärztl.-geriatrische Betreuung, Betreug. lebensveränd. chron. Erkrankg., U3-Untersuchung <table border="1"> <thead> <tr> <th>Hausärzte</th> <th>Kinderärzte</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>RLV</td> <td>RLV</td> </tr> <tr> <td>QZV FL</td> <td>QZV FL</td> </tr> <tr> <td>Kosten Abgestf. Leistg.</td> <td>Kosten Abgestf. Leistg.</td> </tr> </tbody> </table>	Hausärzte	Kinderärzte	RLV	RLV	QZV FL	QZV FL	Kosten Abgestf. Leistg.	Kosten Abgestf. Leistg.	<p>Fachärztliches Vergütungsvolumen</p> <p>Vorwegabzüge</p> <ul style="list-style-type: none"> Rückstellungen Restliche belegärztliche Leistungen Labor: Allg. u. Spez. Untersuchungen (bei fachärztlicher Veranlassung über Muster 10 A oder eigenerbracht), Laborpauschalen Pathologie / Zytologie Zuschläge: Amb. praxisklin. Betreuungsleistungen, Psychiatrische Gespräche, Subkutane Immuntherapie, Radioonkologische Leistungen <table border="1"> <thead> <tr> <th>Orthopäden</th> <th>...</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>RLV</td> <td></td> </tr> <tr> <td>QZV FL</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Kosten Abgestf. Leistg.</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Orthopäden	...	RLV		QZV FL		Kosten Abgestf. Leistg.											
Hausärzte	Kinderärzte																										
RLV	RLV																										
QZV FL	QZV FL																										
Kosten Abgestf. Leistg.	Kosten Abgestf. Leistg.																										
Orthopäden	...																										
RLV																											
QZV FL																											
Kosten Abgestf. Leistg.																											
PFG																											
Genetisches Labor																											
Strahlentherapie																											
<p>* Einzelne der aufgeführten Leistungen umfassen GOP-Bereiche, die innerhalb der MGV vergütet werden.</p>																											

2. Zusammensetzung des Honorars für einen/eine Ärzt*in

Das Honorar aus GKV-Leistungen eines/einer Ärzt*in setzt sich aus mehreren Komponenten zusammen.

2.1. Leistungen außerhalb der MGV (Einzelleistungen)

Einzelleistungen werden ohne Mengenbegrenzung und in der Höhe ausbezahlt, wie sie für das jeweilige Jahr mit den Krankenkassen vereinbart wurden, also zu festen Preisen. Dazu gehören insbesondere die Prävention, Substitution und das Ambulante Operieren.

Darüber hinaus werden u. a. folgende Leistungen und Leistungsbereiche außerhalb der MGV als Einzelleistungen bezahlt: Der Zuschlag für jede Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung (PFG) im EBM wird – im Gegensatz zur PFG – außerhalb der MGV vergütet und automatisch durch die KVBW bei der Abrechnung der PFG zugesetzt.

Ebenfalls außerhalb der MGV wird für Fachärzt*innen für Kinder- und Jugendmedizin die GOP 04356 EBM als Zuschlag im Zusammenhang mit der GOP 04355 EBM für die weiterführende sozialpädiatrisch orientierte Versorgung vergütet.

Das Gleiche gilt für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) nach § 116b SGB V.

Weiter werden alle Leistungen nach dem Vertrag gemäß § 115b SGB V (ambulante durchführbare Operationen und stationärsersetzende Eingriffe) sowie alle dazu gehörenden Begleitleistungen einer extrabudgetären Vergütung zu 100 % und damit festen Preisen zugeführt. Voraussetzung für die Vergütung insbesondere der Begleitleistungen zu den festen Preisen der Euro-Gebührenordnung ist allerdings, dass ein gesonderter Abrechnungsschein unter Angabe der Pseudo-GOP 88115 angelegt sowie der OPS (den der Operateur festlegt) der zugrundeliegenden originären 115b-Leistung eingetragen wurde.

Auch die antrags- und genehmigungspflichtige Psychotherapie (Abschnitt 35.2 EBM) für alle Arztgruppen und die probatorische Sitzung (GOP 35150 EBM) für die in § 87b Abs. 2 S 4 SGB V genannten Arztgruppen wird als Einzelleistung vergütet.

Zudem werden die GOP 35151 (Psychotherapeutische Sprechstunde) und 35152 (Psychotherapeutische Akutbehandlung) sowie der Zuschlag nach GOP 35573 EBM extrabudgetär vergütet.

Ab dem 01.01.2022 werden probatorische Sitzungen im Gruppensetting auf Basis der neuen GOP 35163 bis 35169 für die in § 87b Abs. 2 Satz 4 SGB V genannten Arztgruppen außerhalb der MGV vergütet.

Die gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung (Gruppenbehandlung) wird auf Basis der neuen GOP 35173 bis 35179 ebenfalls ab dem 01.01.2022 für alle Fachgruppen unbefristet außerhalb der MGV vergütet.

Des Weiteren werden die nephrologischen Leistungen des EBM Abschnittes 13.3.6 und die kinderärztlichen nephrologischen Leistungen des EBM Abschnittes 4.5.4 sowie die Versichertenpauschalen, wenn in demselben Behandlungsfall Leistungen des Abschnittes 4.5.4 EBM abgerechnet werden, als Einzelleistung vergütet.

Ebenfalls nicht mehr in die MGV einbezogen, sondern als Einzelleistungen vergütet werden GOP 32865 EBM und die Leistungsbereiche „allgemeine Tumorgenetik“ (Abschnitt 19.4.2 EBM) sowie „Companion Diagnostic“ (Abschnitt 19.4.4 EBM).

Außerbudgetär abrechenbar sind zudem die Zuschläge für ärztlich angeordnete Hilfeleistungen von qualifizierten nicht-ärztlichen Praxisassistent*innen nach den GOP 38200 bzw. 38205 EBM.

Desgleichen werden die Leistungen für die besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung (Abschnitt 37.3 EBM) außerhalb der MGV als Einzelleistungen vergütet. Gleiches gilt für Kooperations- und Koordinationsleistungen in Pflegeheimen (Abschnitt 37.2 EBM).

Neue Leistungen nach dem TSVG (Terminservice- und Versorgungsgesetz):

Mit dem TSVG hat der Gesetzgeber eine Fülle von Maßnahmen beschlossen, damit Patientinnen und Patienten schneller einen Termin beim / bei der Ärzt*in oder Psychotherapeut*in erhalten sollen. Zum Erreichen dieses Ziels sehen die gesetzlichen Vorgaben mehr finanzielle Mittel vor.

Bereits seit dem Inkrafttreten des TSVG zum 11. Mai 2019 erhalten weiterbehandelnde Fachärzt*innen alle Leistungen in einem vom / von der Hausärzt*in oder der Terminservicestelle (TSS) als

Terminfall vermittelten Arztgruppenfall extrabudgetär vergütet. Gleiches gilt für Hausärzt*innen oder Psychotherapeut*innen für Patient*innen, die über die TSS in die Praxis kommen.

Zum 01. September 2019 sind mit den Zuschlägen auf die Versicherten- bzw. Grundpauschalen bei über die TSS vermittelten Terminen, die nach der Länge der Wartezeit gestaffelt sind, den Zuschlägen für Haus- und Kinderärzt*innen für eine dringende Terminvermittlung, der Aufnahme neuer Patienten sowie der verpflichtenden offenen Sprechstunde bei grundversorgenden Fachärzt*innen (Eingrenzung auf 5 Stunden je Kalenderwoche) weitere Sachverhalte hinzu gekommen, die ebenfalls extrabudgetär vergütet werden.

Seit dem 01. Oktober 2020 werden auch alle Leistungen in einem von der TSS als Akutfall vermittelten Arztgruppenfall extrabudgetär vergütet.

Im Akutfall werden Patienten mit akuten Beschwerden über die Rufnummer 116 117 mittels eines standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens in die richtige Versorgungsebene (auch während der Sprechstundenzeiten) vermittelt. Dies können sein:

- Arztpraxis
- Ärztlicher Bereitschaftsdienst
- Notfallambulanz am Krankenhaus
- Rettungsdienst (112)

Die entbudgetierte Abrechnung von über die TSS vermittelten Akutterminen geschieht durch Kennzeichnung mit der GOP 99873A.

Kennzeichnung:

Voraussetzung für eine extrabudgetierte Vergütung der TSVG-Leistungen ist allerdings, dass mit einer Pseudo-GOP gekennzeichnet wird.

Näheres zur Vergütung, Bereinigung und Kennzeichnung finden Sie auf dem Merkblatt, das Ihnen auf unserer Homepage zur Verfügung steht: www.kvbawue.de » Praxis » Aktuelles » TSVG: TSVG-Überblick

2.2. Leistungen innerhalb der MGV

Zu den Leistungen innerhalb der MGV gehören vor allem Leistungen, welche der Mengensteuerung durch Regelleistungsvolumen (RLV) und qualifikationsgebundene Zusatzvolumen (QZV) unterliegen.

Neben den Versichertenpauschalen gehören auch die hausärztlichen Zusatzpauschalen, Gesprächsleistungen und Chronikerpauschalen zu den Leistungen, die dem RLV unterliegen.

Die hausärztliche Strukturpauschale (GOP 03040 / 04040 EBM) sowie die Leistungen der Geriatrischen Versorgung (GOP 03360 / 03362 EBM) und Versorgung von Kindern mit chronischen Erkrankungen und / oder Behinderungen nach GOP 04355 EBM werden innerhalb des RLV, aber in voller Höhe zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung vergütet. Die Finanzierung wird aus dem hausärztlichen Vergütungsvolumen sichergestellt.

Sogenannte Freie Leistungen (FL), welche zwar nicht von vornherein mengenbegrenzt sind, für deren Vergütung aber im Arztgruppentopf nur beschränkte Mittel zur Verfügung stehen und die deshalb ggf. quotiert vergütet werden, zählen ebenfalls zu den Leistungen innerhalb der MGV.

Des Weiteren werden die Leistungen im Bereitschaftsdienst und Notfall (unter Berücksichtigung der Regelungen in der Notfalldienst-Ordnung und dem Statut zur Notfalldienst-Ordnung) und die Laborleistungen sowie Kosten, welche weiterhin ohne Mengenbegrenzung nach den Preisen der Euro-Gebührenordnung vergütet werden, den Leistungen innerhalb der MGV zugeordnet.

Ab dem 1. Januar 2021 erfolgt die Vergütung der strahlentherapeutischen Leistungen des Kapitels 25 EBM für zwei Jahre innerhalb der MGV. Nach Ablauf der zwei Jahre kommt es zur Rückführung in die extrabudgetäre Gesamtvergütung.

3. Systematik der RLV, QZV und Freien Leistungen

3.1. Systematik der RLV und QZV

Das Honorarvolumen für die Leistungen des RLV einer Arztgruppe wird durch sämtliche RLV-relevanten Fälle des Vorjahresquartals dividiert und ergibt den arztgruppenspezifischen RLV-Fallwert. Die QZV werden grundsätzlich identisch berechnet, indem das Honorarvolumen für die Leistungen eines QZV einer Arztgruppe durch sämtliche RLV-relevanten Fälle der zur Abrechnung berechtigten Ärzt*innen dividiert wird. Dies ergibt den arztgruppenspezifischen QZV-Fallwert (vgl. Tabelle der RLV- und QZV-Fallwerte je Arztgruppe in dieser Broschüre).

Anspruch auf ein QZV hat ein/eine Ärzt*in, wenn er/sie die zutreffende Gebiets- oder Schwerpunktbezeichnung führt oder die erforderliche Genehmigung der KVBW zur Erbringung und Abrechnung der spezifischen Leistungen eines QZV besitzt. Die Höhe des RLV und QZV eines/einer Ärzt*in oder einer Praxis errechnet sich aus diesen jeweiligen Fallwerten, multipliziert mit seiner Fallzahl im Vorjahresquartal. Die Höhe wird vor Quartalsbeginn mitgeteilt.

Das Gesamtvolumen aus RLV und QZV bildet eine Obergrenze, bis zu der alle RLV- und QZV-Leistungen mit den festen Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet werden. Wird das Gesamtvolumen überschritten, werden die überschreitenden Leistungen abgestaffelt vergütet. Im hausärztlichen Versorgungsbereich ist es seit 2014 möglich auch die abgestaffelt zu vergütenden Leistungen zu 100% zu bezahlen.

Hinweise

- In Einzelpraxen entspricht die Zahl der RLV-Fälle der Zahl der RLV-relevanten kurativ-ambulant Behandlungsfälle. In einer BAG, einem MVZ und in Praxen mit angestellten Ärzt*innen entspricht die Zahl der RLV-Fälle eines/einer Ärzt*in der Zahl der RLV-relevanten Behandlungsfälle der Arztpraxis, multipliziert mit seinem Anteil an der RLV-relevanten Arztfallzahl der Praxis.
- Für Ärzt*innen, die im Vorjahresquartal noch nicht niedergelassen waren (Neupraxis), wird die (RLV-relevante) Fallzahl des Abrechnungsquartals angesetzt. Da diese Zahlen erst mit der tatsächlichen Abrechnung vorliegen, wird in der Information über die Höhe des RLV-QZV-Volumens zunächst ein fachgruppendurchschnittliches RLV stellvertretend mitgeteilt. Für den Unternehmer eines Praxissitzes in einer BAG, einem MVZ oder einer Praxis mit angestelltem/angestellter Ärzt*in (ohne Leistungsbeschränkung) besteht auf Antrag die Möglichkeit, für das erste Jahr der Neuaufnahme seiner/ihrer Tätigkeit die RLV-Fallzahl des Übergebers aus dem Vorjahresquartal zu erhalten, sofern seine/ihre eigene RLV-Fallzahl im Abrechnungsquartal niedriger ist.
- Unter einer Jungpraxis versteht man einen Vertragsarztsitz, der sich noch im Aufbau befindet. Ein Vertragsarztsitz ist dann nicht mehr im Aufbau, wenn seit der ersten Niederlassung des/der Ärzt*in mehr als 12 Quartale vergangen sind. Mit der RLV-Zuweisung werden einem/einer Vertragsarzt*in in der Aufbauphase zunächst die im Vorjahresquartal abgerechneten RLV-Fallzahlen mitgeteilt. Auf Antrag besteht die Möglichkeit, die (RLV-relevante) Fallzahl des Abrechnungsquartals für die Bemessung des RLV in der Honorarabrechnung zu erhalten.

Bei einem nach den Förderrichtlinien des Konzeptes „Ziel und Zukunft: Wir – die Ärzte und Psychotherapeuten in Baden-Württemberg“ geförderten Praxismodell kann auf Antrag eine Aufbauphase von bis zu 20 Quartalen anerkannt werden.

Für Ärzt*innen, die in eine BAG, ein MVZ oder in eine Praxis als angestellter/angestellte Ärzt*in (ohne Leistungsbeschränkung) neu eintreten, kann die Aufbauphase verkürzt sein. Denn für die Beurteilung der Dauer der Aufbauphase ist auch maßgeblich, dass sich die BAG, das MVZ oder die Praxis selbst noch in der Aufbauphase von 12 Quartalen seit der Gründung befindet.

- Reduziert ein/eine Ärzt*in seinen/ihren Versorgungsauftrag, wird die zur Berechnung des RLV notwendige Fallzahl aus dem Vorjahresquartal dann nicht verringert, wenn mit der Reduzierung des Versorgungsauftrags eine Anpassung an die tatsächlich schon bestehenden Gegebenheiten stattfindet. Ist dies nicht der Fall, wird die (RLV-relevante) Fallzahl aus dem Vorjahresquartal angepasst und dabei mindestens die durchschnittliche anteilige RLV-Fallzahl der Fachgruppe berücksichtigt.
- Ist ein Praxis- / Kooperationspartner einer BAG, eines MVZ oder einer Praxis mit angestelltem/angestellter Ärzt*in (ohne Leistungsbeschränkung) als Anfängerpraxis (Neupraxis oder nach Antragstellung als Jungpraxis) einzustufen, wird allein dessen RLV auf Basis der anteiligen Behandlungsfallzahl im Abrechnungsquartal berechnet und für die übrigen Praxis- / Kooperationspartner auf Basis ihrer anteiligen Behandlungsfallzahl im Vorjahresquartal ermittelt.

▪ 3.2. Freie Leistungen

Nach anderen Maßgaben werden die Freien Leistungen abgerechnet. Überschreitet die Honoraranforderung der Ärzt*innen einer Arztgruppe die innerhalb des Arztgruppentopfes für diese spezifischen Leistungen zur Verfügung gestellte Geldmenge, werden diese Freien Leistungen (außerhalb von RLV und QZV) quotiert vergütet, dabei können Mindestquoten zum Ansatz kommen (vgl. Tabelle der Freien Leistungen je Arztgruppe in dieser Broschüre).

4. Förderung kooperativer Behandlungsformen

Gefördert werden BAG, MVZ und Praxen mit angestellten Ärzt*innen, deren Teilnehmer sich am gleichen Standort befinden. Besteht die Kooperation dabei aus Teilnehmern, die derselben Fachgruppe angehören, bzw. die denselben Schwerpunkt haben, erhalten die Teilnehmer eine Erhöhung des RLV um 10 %. Besteht die Praxis hingegen aus Teilnehmern, die sich in ihrer Fachgruppenzugehörigkeit bzw. in ihrem Schwerpunkt unterscheiden, erhalten die Teilnehmer eine Erhöhung des RLV um mindestens 10 % und maximal 20 %. Die tatsächliche Höhe hängt hier vom Kooperationsgrad ab.

Teilnehmer einer standortübergreifenden Praxis werden nur und ausschließlich an demjenigen Vertragsarztsitz gefördert, an dem sie mit anderen Teilnehmern niedergelassen sind – unabhängig von der Fachgruppenzugehörigkeit. Die Förderung beträgt für diese Teilnehmer dann 10 %.

Der kooperativen Behandlung von Patientinnen und Patienten in der vertragsärztlichen Versorgung durch Teilnahme an einem oder mehreren von der KVBW anerkannten Praxisnetz(en) (§ 87b Abs. 2 Sätze 2 und 3 SGB V) wird in der Weise Rechnung getragen, indem teilnehmende Ärzt*innen, deren vertragsärztliche Tätigkeit einer Mengengrenzung durch RLV und QZV unterliegt, einen Aufschlag auf das RLV-/QZV-Gesamtvolumen in Höhe von € 100,00 je Quartal erhalten. Für Ärzt*innen im Praxisnetz, die mit einem anteiligen Tätigkeitsumfang an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, erfolgt die Bemessung des Aufschlags unter Berücksichtigung des Umfangs laut Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid.

Hinweise

- Bei neu zugelassenen Teilnehmern einer Praxis / Einrichtung und bei Praxen / Einrichtungen, bei denen sich zwischen dem Vorjahresquartal und dem Abrechnungsquartal die Praxiskonstellation geändert hat, erfolgt die Berechnung des Kooperationsgrads für die Gesamtpraxis auf Basis der tatsächlich erbrachten RLV-relevanten Fallzahlen des Abrechnungsquartals. Sollte der Kooperationsgrad auf Basis der tatsächlich erbrachten RLV-relevanten Fallzahlen höher als 10 % sein, wird dieser mit der Honorarabrechnung des Abrechnungsquartals ausgewiesen.

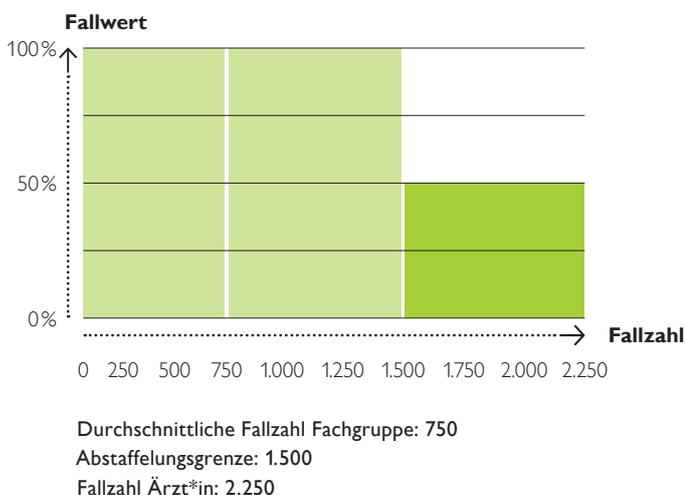
5. Mengengrenzung

Um zu verhindern, dass sich bei begrenzter Gesamtvergütung die vertragsärztliche Tätigkeit einzelner zu Lasten aller Ärzte „übermäßig ausdehnt“ (ein „hässlicher Begriff“ aus dem Gesetz), sind für die fachärztlichen Arztgruppen nachfolgende Begrenzungen in der Honorarverteilung installiert. Im hausärztlichen Versorgungsbereich wird seit 2014 sowohl auf die fallzahlabhängige Abstufung des RLV-Fallwertes als auch auf die Fallzahlzuwachsbegrenzung verzichtet. Vor dem Hintergrund des Hausarzt-EBM (ab 4 / 2013) mit einem Zuschlag für die „Großpraxen“, der geringen Wirkung infolge laufender Selektivverträge und schließlich wegen Patientenwanderungen in unterversorgten Gebieten waren diese Regelungen nicht mehr angemessen.

5.1. Fallzahlbedingte Abstufung

Bei der Ermittlung des RLV eines/einer Vertragsärzt*in wird der RLV-Fallwert für jeden seiner/ihrer Fälle halbiert, der über 200 % der durchschnittlichen RLV-Fallzahl der Fachgruppe liegt.

Fallzahlbedingte Abstufung des Fallwertes



Hinweise

- Für Vertragsärzt*innen mit einem anteiligen Versorgungsauftrag wird die durchschnittliche RLV-Fallzahl der Arztgruppe anteilig zugrunde gelegt.
- Eine Möglichkeit einen Antrag auf Ausnahme von der Abstufung zu stellen gibt es in Einzelfällen zur Sicherstellung der Versorgung in Regionen, die im Rahmen des Projektes „Ziel und Zukunft: Wir – die Ärzte und Psychotherapeuten in Baden-Württemberg“ als Fördergebiete ausgewiesen sind oder in denen Minderversorgung droht oder besteht, für die Dauer der (drohenden) Minderversorgung.

5.2. Fallzahlzuwachsbegrenzung

Die Fallzahlzuwachsbegrenzung begrenzt bei einem überproportionalen Anstieg die Fallzahl, welche zur Ermittlung des RLV eines/einer Vertragsärzt*in herangezogen wird.

Die artzindividuelle Fallzahlgrenze ist die eigene Fallzahl des Vorjahresquartals zuzüglich einer Zuwachstoleranz in Höhe von 3 % der durchschnittlichen Fallzahl der eigenen Fachgruppe im Vorjahresquartal. Die RLV-relevante Fallzahl eines/einer Vertragsärzt*in ist also grundsätzlich die Fallzahl des Vorjahresquartals, höchstens aber diese artzindividuelle Fallzahlgrenze.

Die Fallzahlzuwachsbegrenzung kommt nicht zur Anwendung, wenn in der eigenen Fachgruppe die durchschnittliche Fallzahl im Vorjahresquartal gegenüber dem Vorvorjahresquartal um weniger als 1 % angestiegen ist.

Um unterdurchschnittlich abrechnenden Praxen ein ungehindertes Wachstum bis zum Durchschnitt der Fachgruppe zu ermöglichen, wird die durchschnittliche Fallzahl der Fachgruppe – unter Berücksichtigung der Zuwachstoleranz – als Fallzahlgrenze zugrunde gelegt.

Anfängerpraxen werden in den ersten beiden Jahren nach Neuaufnahme der Praxistätigkeit als Fallzahlgrenze maximal die durchschnittliche Fallzahl der Fachgruppe im jeweiligen Vorvorjahresquartal zugrunde gelegt.

Für Vertragsärzt*innen mit einem anteiligen Versorgungsauftrag wird die durchschnittliche RLV-Fallzahl der Arztgruppe anteilig zugrunde gelegt.

Hinweise

- Sonderregelungen gelten u. a. bei Neuaufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit.
- Auf begründeten Antrag können Ausnahmen von der Fallzahlzuwachsbeschränkung gewährt werden, z. B. kann dem Übernehmer eines Praxissitzes in einer Kooperation in den ersten drei Jahren der Neuaufnahme der Praxistätigkeit zur Ermittlung der Fallzahlgrenze die höhere RLV-Fallzahl des Übergebers aus dem jeweiligen Bezugsquartal zugrunde gelegt werden.

6. Sonderregelungen

6.1. QZV-Honorarvolumen

Neben den unter Punkt 3.1 in dieser Broschüre erwähnten QZV gibt es für einzelne Fachgruppen noch die Variante der QZV-Honorarvolumen: Die Berechnung eines QZV-Honorarvolumens geschieht dabei nicht auf der Basis von QZV-Fallwert und RLV-relevanter Fallzahl, sondern auf der Basis einer spezifischen Quote und dem arztindividuellen Leistungsbedarf.

Ein QZV-Honorarvolumen gibt es einerseits für Fachärzt*innen für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Pneumologie und Fachärzt*innen für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde im Leistungsbereich Polysomnographie, andererseits für Fachärzt*innen für Nuklearmedizin mit Vorhaltung MRT in den Leistungsbereichen Nuklearmedizin und MRT.

Das arztbezogene QZV-Honorarvolumen wird wie folgt gebildet (Erläuterung am Beispiel polysomnographischer Leistungen für die Pneumologen): Für die Vergütung der polysomnographischen Leistungen der Pneumologen wird ein eigener Honoraranteil gebildet. Dieser wird ins Verhältnis zum abgerechneten und anerkannten Leistungsbedarf des Vorjahresquartals gesetzt. Daraus ergibt sich eine Quote. Mit dieser Quote wird der arztindividuelle abgerechnete und anerkannte Leistungsbedarf für Polysomnographie aus dem Vorjahresquartal multipliziert und ergibt im Ergebnis das arztindividuelle QZV-Honorarvolumen.

6.2. Praxisbesonderheiten

Kennzeichnet sich die vertragsärztliche Tätigkeit durch einen besonderen Versorgungsauftrag oder eine besondere, für die Versorgung bedeutsame fachliche Spezialisierung, kann dies eine Praxisbesonderheit darstellen, die einen individuellen Aufschlag auf den RLV-Fallwert rechtfertigt. Die Anerkennung einer Praxisbesonderheit setzt neben der Antragstellung u. a. voraus, dass es sich um einen Leistungsbereich handelt, der der Mengenbegrenzung durch RLV und QZV unterliegt, einen Versorgungsschwerpunkt in der Praxis darstellt und sich von der typischen Leistungserbringung der Fachkollegen abhebt. Der Aufschlag wird aktuell auf Basis der Abrechnungsdaten 1. Quartal 2019 bis 4. Quartal 2019 ermittelt.

Die Ermittlung der individuellen Aufschläge erfolgt turnusmäßig auf einer aktualisierten Datenbasis und unter Berücksichtigung von Änderungen im Abrechnungsverhalten sowie Anpassungen des EBM. Ein zuerkannter individueller Aufschlag auf das RLV unterliegt so einer kontinuierlichen Neuberechnung und Anpassung.

Der individuell berechnete Aufschlag für eine Praxisbesonderheit wird in Ihrer Vorab-Zuweisung des RLV-/QZV-Gesamt volumens ausgewiesen.

7. Teil-Berufsausübungsgemeinschaften

Für Ärzte, die außer in ihrer Arztpraxis auch in einer oder mehreren Teil-Berufsausübungsgemeinschaften (Teil-BAG) tätig sind, wird ein gesamtes RLV für die vom / von der jeweiligen Ärzt*in in der Praxis und in der(n) Teil-BAG(en) erbrachten Leistungen ermittelt. Dem so ermittelten RLV werden die Leistungen des/der Ärzt*in in der Praxis und in der(n) Teil- BAG(en) gegenüber gestellt. Die Mitteilung des RLV erfolgt für die Gesamttätigkeit nur an die jeweilige Arztpraxis; die Teil-BAG erhält keine Mitteilung.

Arztgruppe	Bezeichnung Leistungen	GOP	Budget	Fallwert in EUR
------------	------------------------	-----	--------	-----------------

Hausärztlicher Versorgungsbereich

Fachärzte für Innere Medizin und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 846	RLV		RLV	47,13
	Allergologie (Zusatzbezeichnung)	30100, 30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123, 30130, 30131	QZV	1,53
	Behandlung des diabetischen Fußes	02311	QZV	0,21
	Chirotherapie	30200, 30201	QZV	0,67
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	3,15
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	QZV	0,77
	Sonographie III	33060, 33061, 33062	QZV	0,26
	Akupunktur	30790, 30791	FL	
	Kleinchirurgie ¹	02300, 02301, 02302, 02310	FL	
	Langzeit-EKG ¹	03241, 03322, 01600, 01601, 01602	FL	
	Nicht-ärztliche Praxisassistenten	03060, 03061, 03062, 03063, 03064, 03065	FL	
	Phlebologie ¹	30500, 30501	FL	
	Proktologie ¹	03331, 30600, 30601, 30610, 30611	FL	
	Richtlinienpsychotherapie ¹	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150, 35163, 35164, 35165, 35166, 35167, 35168, 35169	FL	
	Sonographie II ^{1, 2}	33020, 33021, 33022, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075	FL	
Teilradiologie ^{1, 2}	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34270, 34271, 34272, 34273, 34280, 34281, 34282	FL		
¹ Mindestquote in Höhe von 80% ² betrifft nur Ärzte mit Sondergenehmigung				

Übersicht über RLV, QZV und FL

Stand: 15.09.2022

Arztgruppe	Bezeichnung Leistungen	GOP	Budget	Fallwert in EUR
Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 1.065	RLV		RLV	46,54
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	0,72
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	QZV	0,26
	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040	QZV	0,27
	Hyposensibilisierung ¹	30130, 30131	FL	
	Richtlinienpsychotherapie ¹	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150, 35163, 35164, 35165, 35166, 35167, 35168, 35169	FL	
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung ²	01510, 01511, 01512	FL	
¹ Mindestquote in Höhe von 80% ² betrifft nur Ärzte mit Schwerpunkt Neuropädiatrie oder mit der Zusatzweiterbildung Kinder-Rheumatologie bzw. Kinder-Gastroenterologie				
Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder-Kardiologie	RLV		RLV	127,97
Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie	RLV		RLV	87,0
Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie	RLV		RLV	87,48
Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie	RLV		RLV	60,33

Fachärztlicher Versorgungsbereich

Fachärzte für Anästhesiologie	RLV		RLV	23,12
Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 152	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	2,85
	Akupunktur	30790, 30791	FL	
	Narkosen bei zahnärztlicher Behandlung	05330, 05331, 05340, 05341, 05350	FL	
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512	FL	

Übersicht über RLV, QZV und FL

Stand: 15.09.2022

Arztgruppe	Bezeichnung Leistungen	GOP	Budget	Fallwert in EUR
Fachärzte für Augenheilkunde	RLV		RLV	21,23
Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 952	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	0,47
	Elektroophthalmologie	06312	FL	
	Fluoreszenzangiographie	06331	FL	
	Kontaktlinsenanpassung	06340, 06341, 06342, 06343	FL	
	Strukturpauschale für konservative Augenärzte ¹	06225	FL	
	¹ Mindestquote in Höhe von 80%			
Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie, für Herzchirurgie	RLV		RLV	25,48
Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 608	Behandlung des diabetischen Fußes	02311	QZV	0,09
	Chirotherapie	30200, 30201	QZV	1,50
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	0,52
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	QZV	0,48
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	QZV	9,09
	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503	QZV	3,72
	Akupunktur	30790, 30791	FL	
	Gastroenterologie, Bronchoskopie	13400, 13401, 13402, 13410, 13411, 13412, 13662, 13663, 13664, 13670	FL	
	Phlebologie	30500, 30501	FL	
	Proktologie	30600, 30601	FL	
Fachärzte für Neurochirurgie	RLV		RLV	33,65
Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 243	Chirotherapie	30200, 30201	QZV	3,39
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	1,02
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	QZV	0,00
	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503	QZV	14,30
	Akupunktur	30790, 30791	FL	

Übersicht über RLV, QZV und FL

Stand: 15.09.2022

Arztgruppe	Bezeichnung Leistungen	GOP	Budget	Fallwert in EUR/Quote
Fachärzte für Frauenheilkunde mit und ohne fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 826	RLV		RLV	17,81
	Kurative Mammographie	34270, 34271, 34272, 34273	QZV	3,70
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	1,54
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	QZV	0,39
	Empfängnisregelung, Sterilisation oder Schwangerschaftsabbruch	01820, 01821, 01822, 01823, 01824, 01825, 01826, 01827, 01828, 01830, 01831, 01832, 01840, 01850, 01851, 01852, 01853, 01854, 01855, 01856, 01857, 01900, 01901, 01902, 01903, 01904, 01905, 01906, 01910, 01911, 01912, 01913, 01915	FL	
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512	FL	
	Richtlinienpsychotherapie ¹	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150, 35163, 35164, 35165, 35166, 35167, 35168, 35169	FL	
	Stanzbiopsie ¹	08320	FL	
	Sonographie Brustdrüsen ¹	33041	FL	
	¹ Mindestquote in Höhe von 80%			
Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 772	RLV		RLV	31,75
	Chirotherapie	30200, 30201	QZV	0,07
	Otoakustische Emissionen	09324	QZV	0,19
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	0,37
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	QZV	0,52
	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503	QZV	0,24
	Polysomnographie ³	30901	QZV	86,26 %
	Kardiorespiratorische Polygraphie	30900	FL	
³ QZV-Honorarvolumen				

Übersicht über RLV, QZV und FL

Stand: 15.09.2022

Arztgruppe	Bezeichnung Leistungen	GOP	Budget	Fallwert in EUR
Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 1.087	RLV		RLV	24,26
	Allergologie	30100, 30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123, 30130, 30131	QZV	2,83
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	0,65
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	QZV	1,59
	Besuche	01410, 01413, 01415	FL	
	Dermatologische Lasertherapie	10320, 10322, 10324	FL	
	Phlebologie	30500, 30501	FL	
	Proktologie	30600, 30601, 30610, 30611	FL	
Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 619	RLV		RLV	38,59
	Behandlung des diabetischen Fußes	02311	QZV	0,28
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	2,66
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	QZV	2,39
	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040	QZV	6,39
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	QZV	5,00
	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503	QZV	1,64
	Gastroenterologie ¹	13400, 13401, 13402, 13410, 13411, 13412	FL	
	Langzeit-EKG	13253, 01600, 01601, 01602	FL	
	Nuklearmedizinische Leistungen	17310, 17311, 17320, 17321, 17330, 17331, 17332, 17333, 17340, 17341, 17350, 17351, 17360, 17361, 17362, 17363	FL	
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512	FL	

¹ Mindestquote in Höhe von 100 %

Übersicht über RLV, QZV und FL

Stand: 15.09.2022

Arztgruppe	Bezeichnung Leistungen	GOP	Budget	Fallwert in EUR
Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Angiologie Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 780	RLV		RLV	58,45
	Behandlung des diabetischen Fußes	02311	QZV	0,47
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	2,56
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	QZV	1,00
	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040	QZV	2,23
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	QZV	1,72
Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Endokrinologie Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 911	RLV		RLV	34,35
	Behandlung des diabetischen Fußes	02311	QZV	0,15
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	2,72
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	QZV	0,60
	Nuklearmedizinische Leistungen	17310, 17311, 17320, 17321, 17330, 17331, 17332, 17333, 17340, 17341, 17350, 17351, 17360, 17361, 17362, 17363	FL	
Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Gastroenterologie Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 635	RLV		RLV	20,36
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	1,29
	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040	QZV	0,62
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	QZV	1,55
	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503	QZV	0,67
	Gastroenterologie	13400, 13401, 13402, 13410, 13411, 13412	FL	
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512	FL	

Übersicht über RLV, QZV und FL

Stand: 15.09.2022

Arztgruppe	Bezeichnung Leistungen	GOP	Budget	Fallwert in EUR
Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Hämato-/Onkologie Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 593	RLV		RLV	50,39
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	4,84
	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040	QZV	0,55
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	QZV	0,65
	Gastroenterologie	13400, 13401, 13402, 13410, 13411, 13412	FL	
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512	FL	
Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 776	RLV		RLV	60,84
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	0,62
	Sonographie I	33000, 33001, 33002, 33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	QZV	0,52
	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040	QZV	2,03
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	QZV	3,18
	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503	QZV	0,48
	Kardiorespiratorische Polygraphie	30900	FL	
	Langzeit-EKG	13253, 01600, 01601, 01602	FL	
	Nuklearmedizinische Leistungen	17310, 17311, 17320, 17321, 17330, 17331, 17332, 17333, 17340, 17341, 17350, 17351, 17360, 17361, 17362, 17363	FL	

Übersicht über RLV, QZV und FL

Stand: 15.09.2022

Arztgruppe	Bezeichnung Leistungen	GOP	Budget	Fallwert in EUR/Quote
Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie und invasiver Tätigkeit Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 701	RLV		RLV	67,32
	Sonographie I	33000, 33001, 33002, 33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	QZV	0,19
	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040	QZV	1,67
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	QZV	3,99
	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503	QZV	0,51
	Langzeit-EKG ¹	13253, 01600, 01601, 01602	FL	
¹ Mindestquote in Höhe von 80%				
Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Pneumologie Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 1.097	RLV		RLV	48,60
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	0,39
	Sonographie I	33000, 33001, 33002, 33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	QZV	0,10
	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040	QZV	0,27
	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503	QZV	2,38
	Polysomnographie ³	30901	QZV	85,91 %
	Bronchoskopie	13662, 13663, 13664, 13670	FL	
³ QZV-Honorarvolumen				

Übersicht über RLV, QZV und FL

Stand: 15.09.2022

Arztgruppe	Bezeichnung Leistungen	GOP	Budget	Fallwert in EUR
Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Rheumatologie Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 1.017	RLV		RLV	45,27
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	1,86
	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040	QZV	0,13
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	QZV	0,28
	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503	QZV	1,53
	Akupunktur	30790, 30791	FL	
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512	FL	
Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 75	RLV		RLV	16,07
Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 103	RLV		RLV	120,34
Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie mit Teilnahme an der Sozialpsychiatrischen Vereinbarung Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 306	RLV		RLV	111,34
Fachärzte für Nervenheilkunde und Fachärzte für Neurologie Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 778	RLV		RLV	62,90
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	0,26
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	QZV	3,13
	Akupunktur	30790, 30791	FL	
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512	FL	
Fachärzte für Nuklearmedizin ohne Genehmigung für MRT Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 753	RLV		RLV	37,50
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	QZV	9,98
	Zuschlag SPECT	17362, 17363	FL	

Übersicht über RLV, QZV und FL

Stand: 15.09.2022

Arztgruppe	Bezeichnung Leistungen	GOP	Budget	Fallwert in EUR/Quote
Fachärzte für Nuklearmedizin mit Genehmigung für MRT Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 1.091	RLV		RLV	9,91
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	QZV	0,87
	Nuklearmedizinische Leistungen ³	17310, 17311, 17320, 17321, 17330, 17331, 17332, 17333, 17340, 17341, 17350, 17351, 17360, 17361, 17362, 17363, 17372	QZV	91,34 %
	MRT-Leistungen ³	34410, 34411, 34420, 34421, 34422, 34430, 34431, 34440, 34441, 34442, 34450, 34451, 34452, 34460, 34470, 34475, 34480, 34485, 34486, 34489, 34490, 34492	QZV	91,95 %
³ QZV-Honorarvolumen				
Fachärzte für Orthopädie Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 945	RLV		RLV	33,93
	Chirotherapie	30200, 30201	QZV	3,31
	Osteodensitometrie	34600	QZV	0,12
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	1,22
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	QZV	0,47
	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503	QZV	5,47
Akupunktur	30790, 30791	FL		
Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie und Fachärzte für Sprach-, Stimm-, und kindliche Hörstörungen Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 492	RLV		RLV	45,64
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	0,89
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	QZV	0,39
	Phoniatrisch-pädaudiologische Leistungen	20314, 20327, 20330, 20331, 20332, 20335, 20336, 20340, 20370, 35600, 35601, 35602	FL	
Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 514	RLV		RLV	66,92
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	QZV	1,20

Übersicht über RLV, QZV und FL

Stand: 15.09.2022

Arztgruppe	Bezeichnung Leistungen	GOP	Budget	Fallwert in EUR
Fachärzte für Diagnostische Radiologie ohne Vorhaltung von CT und MRT Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 435	RLV		RLV	55,44
	Nuklearmedizinische Leistungen	17310, 17311, 17320, 17321, 17330, 17331, 17332, 17333, 17340, 17341, 17350, 17351, 17360, 17361, 17362, 17363, 17372	QZV	29,52
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	QZV	19,81
Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 1.280	RLV		RLV	62,45
	Nuklearmedizinische Leistungen	17310, 17311, 17320, 17321, 17330, 17331, 17332, 17333, 17340, 17341, 17350, 17351, 17360, 17361, 17362, 17363, 17372	QZV	11,55
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	QZV	3,76
	CT-gesteuerte Intervention	34504, 34505	FL	
Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT und MRT Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 1.531	RLV		RLV	82,61
	MRT-Angiographie	34470, 34475, 34480, 34485, 34486, 34489, 34490, 34492	QZV	1,86
	Nuklearmedizinische Leistungen	17310, 17311, 17320, 17321, 17330, 17331, 17332, 17333, 17340, 17341, 17350, 17351, 17360, 17361, 17362, 17363, 17372	QZV	4,97
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	QZV	1,73
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	QZV	0,37
	CT-gesteuerte Intervention	34504, 34505	FL	
Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von MRT Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 897	RLV		RLV	97,01

Übersicht über RLV, QZV und FL

Stand: 15.09.2022

Arztgruppe	Bezeichnung Leistungen	GOP	Budget	Fallwert in EUR
Fachärzte für Urologie	RLV		RLV	22,77
Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 850	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	3,46
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	QZV	7,23
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	QZV	0,59
	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503	QZV	1,04
	Stoßwellenlithotripsie ¹	26330	FL	
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512	FL	
	Urodynamik	26312, 26313	FL	
	¹ Mindestquote in Höhe von 80%			
Fachärzte für Physikalisch-Rehabilitative Medizin	RLV		RLV	43,76
Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 420	Chirotherapie	30200, 30201	QZV	3,45
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	2,09
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	QZV	0,39
	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503	QZV	3,20
	Akupunktur	30790, 30791	FL	

Hausärztlicher und fachärztlicher Versorgungsbereich

Alle Arztgruppen, haus- und fachärztlicher Versorgungsbereich	RLV-Fallwert für schmerztherapeutische Einrichtungen		RLV	110,14
	RLV-Fallwert für übrige schmerztherapeutisch Tätige		RLV	106,26
	Zuschlag schmerztherapeutische Einrichtungen	30704	FL	
	Akupunktur im Rahmen der Schmerztherapie	30790, 30791	FL	

Impressum

Honorarsystematik 4. Quartal 2022

Herausgeber **KVBW**
Kassenärztliche Vereinigung
Baden-Württemberg
Albstadtweg 11
70567 Stuttgart

Redaktion Dr. Norbert Metke (verantw.)

Mitwirken Cornel-Andreas Güss
Mark Biesinger
Fabian Hurlebaus
Tim Schenk

Gestaltung Tanja Peters

Erscheinungstermin September 2022

Auflage 150

KVBW

Kassenärztliche Vereinigung
Baden-Württemberg
Albstadtweg 11
70567 Stuttgart
Telefon 0711/7875 0
Telefax 0711/7875 3274