

Honorarsystematik

3. QUARTAL 2023

STABILITÄT.
KALKULATIONSSICHERHEIT.
PLANBARKEIT.

DER HVM AB 2/2023

Alles Gute.



Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Inhalt

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

Vorwort

**Sehr verehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege, liebe Praxisteams,**

mit dieser Broschüre erhalten Sie zu Ihrem Verständnis die notwendigen und wichtigen Erläuterungen im Zusammenhang mit der Honorarsystematik. Bitte beachten Sie die nachfolgend dargestellten Punkte im Hinblick auf Ihr RLV-/QZV-Gesamtvolumen.

Auswirkung der Abschaffung der Neupatientenregelung auf RLV/QZV

Die „TSVG-Neupatientenregelung“, nach welcher Neupatient*innen vollständig extrabudgetär vergütet wurden, wurde durch das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz zum 01.01.2023 wieder abgeschafft.

Wichtig für Sie zu wissen:

Die Finanzmittel, die im Zusammenhang mit der Einführung der „TSVG-Neupatientenregelung“ 2019/2020 bereinigt wurden, werden wieder in die morbiditätsorientierte Gesamtvergütung (MGV) zurückgeführt. Die (Wieder-) Einbudgetierung der Leistungen von TSVG-Neupatient*innen hat eine Anpassung der Fallzählung für die Bemessung der RLV/QZV zur Folge:

Die Ermittlung der RLV/QZV erfolgt im Jahr 2023 grundsätzlich nach der bekannten Honorarverteilungssystematik auf Basis der RLV-Fallzahlen des jeweiligen Vorjahresquartals (2022). Behandlungsfälle, die im Vorjahresquartal (2022) als TSVG-Neupatient*innen mit der Ziffer 99873E gekennzeichnet wurden – also von der KVBW automatisch beim Vorliegen einer Neupatientenkonstellation zugesetzt wurden –, werden im entsprechenden Quartal des Jahres 2023 arztbezogen als für das RLV relevante Fälle mitgezählt und Ihnen in der beigefügten RLV/QZV-Zuweisung separat ausgewiesen. Dasselbe gilt für die wenigen QZVs, die nicht auf Fallzahlbasis ermittelt werden – hier wird der Leistungsbedarf für TSVG-Neupatient*innen im entsprechenden Vorjahresquartal mitberücksichtigt.

Vergleicht man die für die RLV-Bemessung im Quartal 3/2023 relevante RLV-Fallzahl aus 3/2022 (RLV-Fallzahl und Neupatientenfallzahl) mit den RLV-Fallzahlen aus dem

Quartal 3/2019 (vor Pandemie und TSVG) ist festzustellen, dass es im fachärztlichen Versorgungsbereich weiterhin nur wenige Fachgruppen gibt, die ihre Gesamtfallzahlen gesteigert haben und somit die RLV-Fallwerte im Vergleich zum Quartal 3/2019, also vor TSVG-Bereinigung, weiterhin sehr stabil sind und sogar erfreulicherweise in manchen Fachgruppen angestiegen sind.

Die Abschaffung der Neupatientenregelung bringt es mit sich, dass die Honorarvolumina für Neupatient*innen, um die die morbiditätsorientierte Gesamtvergütung zuvor bereinigt wurde, nun wieder dort und damit für Ihre RLV/QZV zur Verfügung stehen.

Fallzahlzuwachsbegrenzungsregelung (FZZB) für das Jahr 2023 im fachärztlichen Bereich

Die „Einbudgetierung“ der TSVG-Neupatient*innen hat im Vergleich dieses Zeitraumes zur Folge, dass manche Facharzt*innen deutlich über ihrer individuellen Fallzahlgrenze liegen und damit unverhältnismäßig von den Konsequenzen der gesetzlich veranlassten Rückführung der TSVG-Neupatient*innen betroffen wären. Der – teilweise starke und politisch gewollte – Zuwachs der TSVG-Neupatient*innen in diesem Vergleichszeitraum darf nicht zulasten der einem RLV unterliegenden Facharzt*innen gehen. Deshalb hat die Vertreterversammlung der KVBW vorübergehend für das ganze Jahr 2023 die FZZB ausgesetzt. Danach werden also die Fälle des Vorjahresquartals inklusive der Neupatient*innen vollständig zur Bemessung des RLV in allen Quartalen 2023 anerkannt.

TSVG – Offene Sprechstunden

Die Leistungen, die im Rahmen einer „offenen Sprechstunde“ erbracht werden, werden weiterhin extrabudgetär vergütet, allerdings hat der Gesetzgeber neu „vorbeugend“ eine unbefristete basiswirksame Bereinigungsregelung der MGV vorgesehen. Diese Bereinigung greift, wenn das Punktzahlvolumen (= Leistungsbedarf) der Leistungen im Rahmen der offenen Sprechstunde in den einzelnen Arztgruppen, die der Grundversorgenden und wohnortnahen

Patientenversorgung angehören, im Vergleich zum jeweiligen Vorjahresquartal um mehr als 3 % steigt.

Werden nun also zunehmend Fälle in der Offenen Sprechstunde erbracht (Achtung: Obergrenze liegt weiterhin bei 17,5 % der Fallzahl eines/einer Ärzt*in), werden diese zu 100 % vergütet, aber gleichzeitig basiswirksam der budgetierten Gesamtvergütung entnommen. Der „Gewinn“ liegt lediglich im vollen Preis, während ein Mengenzuwachs zu Lasten der RLV geht, und zwar zu Lasten der gesamten Fachgruppe, nicht praxisindividuell.

Vorbehalt einer nachträglichen Anpassung

Zu den Auswirkungen auf die RLVs ab dem 01.01.2023 mussten noch die ausstehenden Beschlüsse des Bewertungsausschusses (BA) abgewartet werden, so dass die RLVs diesbezüglich unter dem Vorbehalt einer nachträglichen Anpassung stehen. Der BA hat das Nähere in seiner 640. Sitzung am 29.03.2023 beschlossen. Nähere Ausführungen hierzu entnehmen Sie bitte Punkt 2.1 dieser Broschüre.

TSVG – Hausarztvermittlungsfall

Auch der „Hausarztvermittlungsfall“ ist für vermittelnde Hausarztpraxen und für vermittlungsannehmende Facharztpraxen eine der verbliebenen und durchaus attraktiven verbliebenen TSVG-Konstellationen mit extrabudgetärer Vergütung und Zuschlägen, die bei Ihren Leistungsabrechnungen leider gerne vergessen werden in Ansatz zu bringen.

Um Ihre wertvolle Zeit bzw. die Zeit Ihrer geschätzten Mitarbeiter*innen nicht unnötig am Telefon zu binden, können Sie das neue HAFA-Onlinevermittlungstool des eTerminservice nutzen. Fachärztliche und psychotherapeutische

Kolleg*innen können hier Termine einstellen, auf die hausärztliche Kolleg*innen direkt zur Terminbuchung zugreifen können. Die so vermittelten Termine gelten als Hausarztvermittlungsfall.



Nähere Infos finden Sie auf unserer Homepage.

Wichtig: Auf Überweisungen für Hausarztvermittlungsfälle sind keine besonderen Kennzeichnungen, keine Angabe einer BSNR und kein Dringlichkeitscode vorgesehen.

Bitte beachten Sie: Unsere Terminservicestelle vermittelt keine Hausarztvermittlungsfälle. Die TSS vermittelt weiterhin nur die Akut- und Terminservicestellentermine, aber nicht an bestimmte Praxen.

RLV ist nicht gleich Honorar

Das Gesamthonorar einer Praxis setzt sich aus mehreren Komponenten zusammen, d. h., das RLV darf nicht als isolierte Größe betrachtet werden. Neben den Leistungen innerhalb der MGV (MGV = budgetierter Vergütungsanteil; d.h. RLV, QZV und Freie Leistungen) sind auch die Leistungen außerhalb der MGV (sog. Einzelleistungen oder extrabudgetäre Leistungen, z.B. die verbliebenen 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 RLV-Fallwerte können sich auch 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

Fazit: Empörende Honorarbedingungen

Planwirtschaftliche Berechnungen unseres Honorars mit seit Jahren stattfindender Nicht- und Untervergütung erbrachter Leistungen kennzeichnen unser derzeitiges Honorarsystem. Wo gibt es das seit dem Fall der Mauer sonst noch in Deutschland? Die ambulante Versorgung durch niedergelassene Praxen wird im Moment kaputtgemacht und kaputtgespart.

Wie unehrlich die Politik mit uns und unseren Patient*innen umgeht, zeigt z. B. ein Bundesgesundheitsminister, der noch auf dem Deutschen Ärztetag in Essen davon berichtet, Ärzt*innen besser in Entscheidungen einbinden zu wollen und wenige Tage später in einer Nacht- und Nebelaktion eine Gesetzgebung herbeiführt, die entgegen jeglicher Vernunft und entgegen der Empfehlungen der wirklich ernst zu nehmenden Fachgesellschaften in einer Ersteinschätzungsrichtlinie den Verweis von im Krankenhaus ungesteuert aufschlagenden Patient*innen an Praxen der Regelversorgung zu deren Öffnungszeiten unmöglich macht. Dies ist auch ein Affront gegenüber unseren Kolleg*innen in den Notaufnahmen der Kliniken, die so absehbar völlig überlaufen werden.

Wenngleich man ein Kartenspiel mit gezinkten Karten nur schwer gewinnen kann, haben badenwürttembergische Kolleg*innen die Online-Petition „Rettet die ambulante medizinische Versorgung“ initiiert.



www.change.org/p/rettet-die-ambulante-medizinische-versorgung

Auch ich habe diese unterzeichnet. Weitere Formen des Protests einen mittlerweile viele Akteure im Gesundheitswesen und auch viele unserer Patient*innen, so zu beobachten beim Protesttag der Apotheker*innen am Mittwoch, 14.6.23, und der Ärzt*innen am Mittwoch, 21.6.23, auf dem Stuttgarter Schlossplatz.

Ich wünsche mir, dass es Ihnen und Ihren Verbänden gelingt, diesen unter kritischer Beobachtung der Öffentlichkeit stehenden Prozess rechtskonform, solidarisch und wirkungsvoll zum Wohle der Patientenversorgung in unserem Land zu gestalten!

In tiefer Sympathie für Sie, Ihre Ziele und Ihre wertvolle Arbeit

Ihr



Dr. med. Karsten Braun, LL. M.
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 eigene Honoraranteile für die Vergütung von Leistungen im Bereitschaftsdienst und im Notfall, von Laborleistungen sowie des neuen Grundbetrages „Kinder- und Jugendmedizin“ gebildet.

Die Vergütung der Leistungen im organisierten Notfalldienst erfolgt aus dem Honorartopf „Bereitschaftsdienst und Notfall“ in voller Höhe zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung, ohne die Leistungen, die aus dem Grundbetrag „Kinder- und Jugendmedizin“ vergütet werden.

Die Leistungen aus dem Grundbetrag „Kinder- und Jugendmedizin“ werden ebenfalls in voller Höhe zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung vergütet.

Die Laborleistungen werden nach den bundeseinheitlichen Vorgaben der KBV aus dem Honorartopf „Grundbetrag Labor“ vergütet:

- Hieraus werden ausschließlich der Wirtschaftlichkeitsbonus und alle auf Muster 10 veranlasste Laboruntersuchungen bezahlt.
- 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 und Zuschläge (GOP 12210, 12220 und 12230 EBM) und die Grundpauschalen und Zuschläge (GOP 01699, 01700, 01701 und 12225 EBM) vergütet.
- Zum 01. Januar 2023 wurden Finanzmittel aus dem Grundbetrag „Labor“ in den fachärztlichen Grundbetrag überführt, vor dem Hintergrund des Entfalls der GOP 32819 EBM und der Einführung der inhaltsgleichen neuen GOP 19328 EBM.

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

Vor der Trennung der MGV in den hausärztlichen und fachärztlichen Versorgungsbereich ist aufgrund einer gesetzlichen Neuregelung rückwirkend ab dem 01.04.2023 ein Grundbetrag „Kinder- und Jugendärzte“ zu bilden. Aus diesem Grundbetrag werden Leistungen des Kapitels 4 EBM mit Ausnahme der Versichertenpauschalen 04003, 04004 und 04005 EBM vollständig und ohne mengenbegrenzende oder honorarmindernde Maßnahmen mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung vergütet.

Infolge der gesetzlichen Neuregelung entfallen die bisherigen mengenbegrenzenden Regelungen, wie Regelleistungsvolumen (RLV), qualifikationsgebundene Zusatzvolumen (QZV) sowie die Freien Leistungen für die Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin. Die restlichen Leistungen (v. a. Kapitel 30, 33, 35 EBM sowie die GOP 01430 EBM) werden aus einem gesonderten Honorartopf, ggf. quotiert, vergütet. Die Leistungen des Abschnitts 38.2 EBM und die Kostenpauschalen aus Kapitel 40 EBM werden weiterhin wie bisher im Wege eines Vorwegabzugs innerhalb der MGV zu 100 % vergütet.

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 (Abschnitte 11.4 und 19.4 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 Ärzt*innen 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 begrenzt-

ten Honoraranteilen für die ggf. quotierte Vergütung von pathologischen/zytologischen Leistungen des Kapitels 19 EBM sowie die GOP 08315 EBM.

Die bisher extrabudgetär (GOP 01841, 11230, 11233 bis 11236 EBM) sowie innerhalb der MGV (GOP 01842 EBM) vergüteten humangenetischen Leistungen wurden zum 01. Januar 2023 aus dem Grundbetrag „genetisches Labor“ in den fachärztlichen Grundbetrag überführt. In der Folge ist die Zuordnung dieser Leistungen zum Vergütungsvolumen für humangenetische Leistungen entfallen und für diese Leistungen ein neuer Vorwegabzug im fachärztlichen Versorgungsbereich gebildet worden.

Innerhalb des fachärztlichen Versorgungsbereiches werden rückwirkend zum 01. April 2023 Leistungen der kinder- und jugendpsychiatrischen Grundversorgung, Gespräche, Beratungen, Erörterungen, Abklärungen, Anleitung von Bezugs- oder Kontaktpersonen, Betreuung sowie kontinuierliche Mitbetreuung in häuslicher Umgebung oder in beschützenden Einrichtungen oder Heimen (Abschnitt 14.2 EBM sowie die GOP 14220, 14222, 14240, 14313 und 14314 EBM) aus der MGV herausgenommen und in voller Höhe zu Preisen der Euro-Gebührenordnung, und somit extrabudgetär, vergütet.

In der Folge entfallen die bisherigen RLV-Budgets für die Fachärzt*innen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (mit und ohne Teilnahme an der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung). Die bislang getrennten Honorartöpfe für die Fachärzt*innen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie in Abhängigkeit von der Teilnahme an der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung werden aufgegeben und ein gemeinsamer Honorartopf für die restlichen Leistungen (v. a. Kapitel 35 EBM sowie GOP 14310/14311 EBM) gebildet, deren Vergütung ggf. quotiert erfolgt. Die Leistungen des Abschnitts 38.2 EBM und die Kostenpauschalen nach Kapitel 40 EBM werden auch hier weiterhin im Wege eines Vorwegabzugs zu 100 % vergütet.

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 € 1,40 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 € 46,20).

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.

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 EBM (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 EBM 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 EBM 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.

Als Einzelleistung vergütet werden auch die GOP 32865 EBM sowie der Leistungsbereich „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).

Seit dem 01. Januar 2023 erfolgt die Finanzierung und Vergütung der strahlentherapeutischen Leistungen wieder außerhalb der MGV. Der Hygienezuschlag nach der GOP 25215 EBM bleibt dabei unberücksichtigt und wird weiterhin innerhalb der MGV aus dem u. a. für Strahlentherapeuten zur Verfügung stehenden Honorartopf für „Sonstige Ärzte“ vergütet.

Die nachfolgenden, ab dem 01. Januar 2023 neu in den EBM aufgenommenen, Leistungen werden ebenfalls außerhalb der MGV extrabudgetär vergütet:

- Leistungen im Zusammenhang mit der künstlichen Befruchtung nach der GOP 08536 EBM.
- Zuschlag im Zusammenhang mit der Beantragung einer geriatrischen Rehabilitation nach der GOP 01611 EBM
- KSVPsych-Richtlinie (Abschnitt 37.5 EBM, GOP 22220M/Y und 23220M/Y EBM).

Rückwirkend ab dem 01. April 2023 werden bestimmte kinder- und jugendpsychiatrische Leistungen extrabudgetär vergütet:

- Abschnitt 14.2 EBM
- GOP 14220, 14222, 14240 sowie 14313 und 14314 EBM.

Leistungen nach dem TSVG (Terminservice- und Versorgungsgesetz):

Mit dem TSVG hat der Gesetzgeber Regelungen vorgesehen, nach denen Ärzt*innen bestimmte Leistungen extrabudgetär vergütet erhalten.

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 Terminservice-stelle (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 Patient*innen sowie der verpflichtenden offenen Sprechstunde bei grundversorgenden Fachärzt*innen (Eingrenzung auf 5 Stunden je Kalenderwoche) weitere Sachverhalte hinzugekommen, 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 Patient*innen 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 die entsprechende Kennzeichnung.

Der Gesetzgeber hat allerdings mit dem GKV-FinStG die extrabudgetäre Vergütung der TSVG-Neupatient*innen ab dem 01. Januar 2023 zurückgenommen. Der bei Neupatient*innen abgerechnete Leistungsbedarf wird wieder in die MGV zurückgeführt. Die Neupatientenregelung wurde ursprünglich eingeführt, damit Patient*innen schneller einen Termin bekommen. Als Ausgleich für die Einbudgetierung dieser Leistungen, wurden die Zuschläge für eine schnelle Terminvermittlung zum 01. Januar 2023, und die für die Vermittlung vorgegebenen Zeitfenster angepasst. Der Zuschlag für die Terminvermittlung durch Hausärzt*innen und Kinderärzt*innen nach der GOP 03008 bzw. 04008 EBM wurde von 10 Euro auf 15 Euro erhöht.

Der Gesetzgeber sieht zudem mit dem GKV-FinStG für die weiterhin extrabudgetäre Vergütung der Leistungen, die im Rahmen der offenen Sprechstunde erbracht werden, ab dem 01. Januar 2023 eine unbefristete Bereinigung der MGV vor. Diese Bereinigung greift, wenn das arztgruppenspezifische Punktzahlvolumen (Δ Leistungsbedarf) der Leistungen im Rahmen der offenen Sprechstunde in den Arztgruppen, die der grundversorgenden und wohnortnahen Patientenversorgung angehören, im Vergleich zum jeweiligen Vorjahresquartal um mehr als 3 % ansteigt.

Die Vorgaben für dieses Bereinigungsverfahren hat der Bewertungsausschuss in seiner 640. Sitzung am 29.03.2023 beschlossen. Der Bereinigung unterliegen ausschließlich Leistungen, die im Bereinigungsquartal als Leistungen der offenen Sprechstunde (Pseudo-GOP 998730) gekennzeichnet und deshalb außerhalb der MGV vergütet werden, und ohne diese extrabudgetäre Förderung der MGV zugehörig wären. Leistungen, die ohnehin der extrabudgetären Vergütung außerhalb der MGV zugeordnet sind, sowie Leistungen des Kapitels 32 EBM, sind nicht zu bereinigen. Nicht zu berücksichtigen sind zudem zwischenzeitlich neu eingeführte Leistungen im Bereinigungsquartal sowie, bis einschließlich dem Bereinigungsquartal 4/2023, gegenüber dem jeweiligen Vorjahresquartal erfolgte Einbudgetierungen im aktuellen Quartal (bspw. Einbudgetierung der TSVG-Neupatient*innen). Einbudgetierungen von Leistungen sind erst ab dem Bereinigungsquartal 1/2024 zu berücksichtigen.

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-Konstellationen ab 2023 » TSVG: Unterlagen.

2.2. Leistungen innerhalb der MGV

Zu den Leistungen innerhalb der MGV gehören vor

allem Leistungen, welche der Mengensteuerung durch RLV und 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 EBM) sowie die Leistungen der Geriatrischen Versorgung (GOP 03360 / 03362 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.

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.

Hinweise

- In Einzelpraxen entspricht die Zahl der RLV-Fälle der Zahl der RLV-relevanten kurativ-ambulantem 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/ihrer Anteil an der RLV-relevanten Arztfallzahl der Praxis. Im Zeitraum 1/2023 bis 4/2023 werden als RLV-relevante Fälle auch die Behandlungsfälle berücksichtigt, die im entsprechenden Vorjahresquartal als TSVG-Neupatient*innen mit der Pseudo-GOP 99873E gekennzeichnet wurden. Gleiches gilt für die Ermittlung des durchschnittlichen Fallzahlniveaus einer Arztgruppe im Zeitraum 1/2023 bis 4/2023 – und soweit im Folgezeitraum noch mengenbegrenzungsrelevant – auch für die Quartale 1/2021 bis 4/2022.
- 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-Gesamtvolumens zunächst ein fachgruppendurchschnittliches RLV stellvertretend mitgeteilt. Für den/die Unternehmer*in 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 der/des Übergeber*in 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/eine Praxis- / Kooperationspartner*in 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/deren RLV auf Basis der anteiligen Behandlungsfallzahl im Abrechnungsquartal berechnet und für die übrigen Praxis- / Kooperationspartner*innen 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*innen sich am gleichen Standort befinden. Besteht die Kooperation dabei aus Teilnehmer*innen, die derselben Fachgruppe angehören, bzw. die denselben Schwerpunkt haben, erhalten die Teilnehmer*innen eine Erhöhung des RLV um 10 %. Besteht die Praxis hingegen aus Teilnehmer*innen, die sich in ihrer Fachgruppenzugehörigkeit bzw. in ihrem Schwerpunkt unterscheiden, erhalten die Teilnehmer*innen eine Erhöhung des RLV um mindestens 10 % und maximal 20 %. Die tatsächliche Höhe hängt hier vom Kooperationsgrad ab.

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

Der kooperativen Behandlung von Patient*innen 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 Mengenbegrenzung 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 Teilnehmer*innen 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.

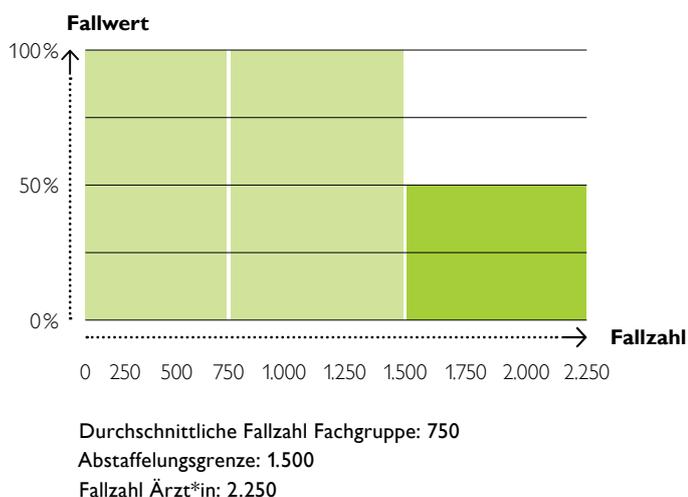
5. Mengengrenzung

Um zu verhindern, dass sich bei begrenzter Gesamtvergütung die vertragsärztliche Tätigkeit einzelner zu Lasten aller Ärzt*innen „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/der Übernehmer*in eines Praxissitzes in einer Kooperation in den ersten zwei Jahren der Neuaufnahme der Praxistätigkeit zur Ermittlung der Fallzahlgrenze die höhere RLV-Fallzahl des/der Übergeber*in aus dem jeweiligen Bezugsquartal zugrunde gelegt werden.
- Im Jahr 2023 wird die Fallzahlzuwachsbeschränkung vorübergehend ausgesetzt. Damit sollen unverhältnismäßige Auswirkungen der Rückführung der TSVG-TSVG-Neupatient*innen ins RLV abgewendet 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 Pneumolog*innen): Für die Vergütung der polysomnographischen Leistungen der Pneumolog*innen 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. Im Zeitraum 1/2023 bis 4/2023 werden die im Vorjahresquartal als TSVG-Neupatient*innen mit der Pseudo-GOP 99873E gekennzeichneten Behandlungsfälle, in denen QZV-relevanter Leistungsbedarf abgerechnet wurde, im entsprechenden Quartal des Jahres 2023 arztbezogen mitberücksichtigt.

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 Fachkolleg*innen 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-Gesamtvolumens ausgewiesen.

7. Teil-Berufsausübungsgemeinschaften

Für Ärzt*innen, 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.

Übersicht über RLV, QZV und FL

Stand: 15.06.2023

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: 906	RLV		RLV	46,18
	Allergologie (Zusatzbezeichnung)	30100, 30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123, 30130, 30131	QZV	1,26
	Behandlung des diabetischen Fußes	02311	QZV	0,18
	Chirotherapie/Manuelle Medizin	30200, 30201	QZV	0,57
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	3,22
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	QZV	0,68
	Sonographie III	33060, 33061, 33062	QZV	0,23
	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	
	Übrige psychotherapeutische Leistungen 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: 15.06.2023

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

Fachärztlicher Versorgungsbereich

Fachärzte für Anästhesiologie	RLV		RLV	21,69
Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 150	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	2,71
	Akupunktur	30790, 30791	FL	
	Narkosen (bei zahnärztlicher Behandlung)	05330, 05331, 05340, 05341, 05350	FL	
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512	FL	
Fachärzte für Augenheilkunde	RLV		RLV	21,99
Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 1.165	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	0,52
	Elektroophtalmologie	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	26,98
Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 1.013	Behandlung des diabetischen Fußes	02311	QZV	0,06
	Chirotherapie/Manuelle Medizin	30200, 30201	QZV	1,52
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	0,40
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	QZV	0,52
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	QZV	10,84
	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	4,30
	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		

Übersicht über RLV, QZV und FL

Stand: 15.06.2023

Arztgruppe	Bezeichnung Leistungen	GOP	Budget	Fallwert in EUR/Quote
Fachärzte für Neurochirurgie	RLV		RLV	44,07
Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 419	Chirotherapie/Manuelle Medizin	30200, 30201	QZV	2,92
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	1,11
	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	15,95
	Akupunktur	30790, 30791	FL	
Fachärzte für Frauenheilkunde mit und ohne fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	RLV		RLV	18,42
Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 870	Kurative Mammographie	34270, 34271, 34272, 34273	QZV	3,88
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	1,65
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	QZV	0,41
	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	
	Übrige psychotherapeutische Leistungen ¹	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150, 35163, 35164, 35165, 35166, 35167, 35168, 35169	FL	
	Stanzbiopsie ¹	08320	FL	
	Sonographie Brustdrüsen ¹	33041	FL	

¹Mindestquote in Höhe von 80%

Übersicht über RLV, QZV und FL

Stand: 15.06.2023

Arztgruppe	Bezeichnung Leistungen	GOP	Budget	Fallwert in EUR
Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 1.212	RLV		RLV	33,25
	Chirotherapie/Manuelle Medizin	30200, 30201	QZV	0,06
	Otoakustische Emissionen	09324	QZV	0,25
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	0,38
	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	0,21
	Polysomnographie ³	30901	QZV	88,40 %
	Kardiorespiratorische Polygraphie	30900	FL	
³ QZV-Honorarvolumen				
Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 1.475	RLV		RLV	22,25
	Allergologie	30100, 30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123, 30130, 30131	QZV	2,70
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	0,71
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	QZV	2,00
	Besuche	01410, 01413, 01415	FL	
	Dermatologische Lasertherapie	10320, 10322, 10324	FL	
	Phlebologie	30500, 30501	FL	
	Proktologie	30600, 30601, 30610, 30611	FL	

Übersicht über RLV, QZV und FL

Stand: 15.06.2023

Arztgruppe	Bezeichnung Leistungen	GOP	Budget	Fallwert in EUR
Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 853	RLV		RLV	34,70
	Behandlung des diabetischen Fußes	02311	QZV	0,29
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	2,16
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	QZV	2,31
	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040	QZV	5,25
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	QZV	4,60
	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	1,66
	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 %				
Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Angiologie Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 1.071	RLV		RLV	61,46
	Behandlung des diabetischen Fußes	02311	QZV	0,47
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	3,20
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	QZV	1,23
	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040	QZV	2,18
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	QZV	1,57

Übersicht über RLV, QZV und FL

Stand: 15.06.2023

Arztgruppe	Bezeichnung Leistungen	GOP	Budget	Fallwert in EUR
Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Endokrinologie Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 1.176	RLV		RLV	35,91
	Behandlung des diabetischen Fußes	02311	QZV	0,16
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	3,04
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	QZV	0,54
	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: 906	RLV		RLV	21,48
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	1,21
	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040	QZV	0,58
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	QZV	1,69
	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
	Gastroenterologie	13400, 13401, 13402, 13410, 13411, 13412	FL	
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512	FL		
Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Hämato-/Onkologie Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 668	RLV		RLV	53,00
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	5,83
	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040	QZV	0,56
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	QZV	0,78
	Gastroenterologie	13400, 13401, 13402, 13410, 13411, 13412	FL	
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512	FL		

Übersicht über RLV, QZV und FL

Stand: 15.06.2023

Arztgruppe	Bezeichnung Leistungen	GOP	Budget	Fallwert in EUR/Quote
Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 927	RLV		RLV	64,06
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	0,64
	Sonographie I	33000, 33001, 33002, 33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	QZV	0,59
	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040	QZV	2,22
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	QZV	4,50
	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	0,43
	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	
Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie und invasiver Tätigkeit Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 873	RLV		RLV	75,11
	Sonographie I	33000, 33001, 33002, 33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	QZV	0,17
	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040	QZV	1,77
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	QZV	4,69
	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	0,45
	Langzeit-EKG ¹	13253, 01600, 01601, 01602	FL	
¹ Mindestquote in Höhe von 80%				

Übersicht über RLV, QZV und FL

Stand: 15.06.2023

Arztgruppe	Bezeichnung Leistungen	GOP	Budget	Fallwert in EUR
Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Pneumologie Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 1.325	RLV		RLV	52,32
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	0,53
	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	0,21
	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	3,12
	Polysomnographie ³	30901	QZV	87,65 %
	Bronchoskopie	13662, 13663, 13664, 13670	FL	
³ QZV-Honorarvolumen				
Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Rheumatologie Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 1.123	RLV		RLV	41,13
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	2,15
	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040	QZV	0,11
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	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	1,46
	Akupunktur	30790, 30791	FL	
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512	FL	
Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 76	RLV		RLV	16,39

Übersicht über RLV, QZV und FL

Stand: 15.06.2023

Arztgruppe	Bezeichnung Leistungen	GOP	Budget	Fallwert in EUR/Quote
Fachärzte für Nervenheilkunde und Fachärzte für Neurologie Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 985	RLV		RLV	62,90
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	0,25
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	QZV	3,47
	Akupunktur	30790, 30791	FL	
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512	FL	
Fachärzte für Nuklearmedizin ohne Genehmigung für MRT Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 748	RLV		RLV	33,45
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	QZV	9,17
	Zuschlag SPECT	17362, 17363	FL	
Fachärzte für Nuklearmedizin mit Genehmigung für MRT Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 1.152	RLV		RLV	10,11
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	QZV	0,85
	Nuklearmedizinische Leistungen ³	17310, 17311, 17320, 17321, 17330, 17331, 17332, 17333, 17340, 17341, 17350, 17351, 17360, 17361, 17362, 17363, 17372	QZV	89,28 %
	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	89,80 %
	³ QZV-Honorarvolumen			
Fachärzte für Orthopädie Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 1.322	RLV		RLV	32,40
	Chirotherapie/Manuelle Medizin	30200, 30201	QZV	3,32
	Osteodensitometrie	34600	QZV	0,15
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	1,05
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	QZV	0,55
	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	6,54
	Akupunktur	30790, 30791	FL	

Übersicht über RLV, QZV und FL

Stand: 15.06.2023

Arztgruppe	Bezeichnung Leistungen	GOP	Budget	Fallwert in EUR
Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie und Fachärzte für Sprach-, Stimm-, und kindliche Hörstörungen Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 1.000	RLV		RLV	44,11
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	1,68
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	QZV	0,32
	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: 573	RLV		RLV	67,52
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	QZV	1,02
Fachärzte für Diagnostische Radiologie ohne Vorhaltung von CT und MRT Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 520	RLV		RLV	55,33
	Nuklearmedizinische Leistungen	17310, 17311, 17320, 17321, 17330, 17331, 17332, 17333, 17340, 17341, 17350, 17351, 17360, 17361, 17362, 17363, 17372	QZV	23,15
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	QZV	16,08
Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 1.277	RLV		RLV	66,32
	Nuklearmedizinische Leistungen	17310, 17311, 17320, 17321, 17330, 17331, 17332, 17333, 17340, 17341, 17350, 17351, 17360, 17361, 17362, 17363, 17372	QZV	8,50
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	QZV	4,67
	CT-gesteuerte Intervention	34504, 34505	FL	
Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT und MRT Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 1.570	RLV		RLV	79,58
	MRT-Angiographie	34470, 34475, 34480, 34485, 34486, 34489, 34490, 34492	QZV	1,73
	Nuklearmedizinische Leistungen	17310, 17311, 17320, 17321, 17330, 17331, 17332, 17333, 17340, 17341, 17350, 17351, 17360, 17361, 17362, 17363, 17372	QZV	3,88
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	QZV	1,62
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	QZV	0,32
	CT-gesteuerte Intervention	34504, 34505	FL	

Übersicht über RLV, QZV und FL

Stand: 15.06.2023

Arztgruppe	Bezeichnung Leistungen	GOP	Budget	Fallwert in EUR
Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von MRT	RLV		RLV	92,38
Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 854				
Fachärzte für Urologie	RLV		RLV	23,14
Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 1.005	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	3,61
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	QZV	7,64
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	QZV	0,79
	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	0,98
	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	43,79
Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 607	Chirotherapie/Manuelle Medizin	30200, 30201	QZV	3,21
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	1,58
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	QZV	0,42
	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	4,03
	Akupunktur	30790, 30791	FL	

Übersicht über RLV, QZV und FL

Stand: 15.06.2023

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

Hausärztlicher und fachärztlicher Versorgungsbereich

Alle Arztgruppen, haus- und fachärztlicher Versorgungsbereich	RLV-Fallwert für schmerztherapeutische Einrichtungen		RLV	121,39
	RLV-Fallwert für übrige schmerztherapeutisch Tätige		RLV	113,49
	Zuschlag schmerztherapeutische Einrichtungen	30704	FL	
	Akupunktur im Rahmen der Schmerztherapie	30790, 30791	FL	

Impressum

Honorarsystematik 3. Quartal 2023

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

Redaktion Dr. Karsten Braun, LL. M. (verantw.)

Mitwirken Cornel-Andreas Güss
Mark Biesinger
Christian Seibt
Tim Schenk

Gestaltung Tanja Peters

Erscheinungstermin Juli 2023

Auflage 140

KVBW

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