

Honorarsystematik

1. QUARTAL 2022

STABILITÄT.
KALKULATIONSSICHERHEIT.
PLANBARKEIT.

DER HVM AB 1/2022

Alles Gute.



Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Inhalt

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

Vorwort

Verehrte Kolleginnen, liebe Kollegen,

der für das Jahr 2021 geltende Pandemie-ÜbergangshVM 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 im jeweiligen Vorjahresquartal, also die Fallzahlen des Quartals 1/2021. 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 überwiegend wieder geeignet.

Die Fallzahlzuwachsbegrenzung (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 im Quartal 1/2022 ist das TSVG:

Der Umgang mit den verschiedenen TSVG-Fallkonstellationen ist zwischenzeitlich in den Praxen etabliert und die Auswirkungen der dort in diesem Zusammenhang geregelten extrabudgetären Vergütung erfreulicherweise deutlich in den ärztlichen Honoraren spürbar. So werden insbesondere 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 die Höhe des RLV entsprechend zurück geht. 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, im aktuellen Abrechnungsquartal erfolgt weiterhin ergänzend zum RLV, hier gilt es Zuwächse anzustreben – so der ausdrückliche Wunsch des Gesetzgebers.

RLV-Fallwerte im Quartal 1/2022:

Die garantierten RLV-Fallwerte im Quartal 1/2022 sind gegenüber dem Vorjahresquartal bei den meisten Fachgruppen im Durchschnitt um bis zu 5% angestiegen.

Da wir nur schwer einschätzen können, wie sich die Pandemielage auf die RLV-Fallzahlen im Quartal 1/2022 in den einzelnen Praxen auswirkt, stehen die Berechnungen der RLV-QZV-Volumen für das Quartal 1/2022 auf dem Boden der RLV-Fallzahlen aus dem Jahr 1/2021 teilweise unter erheblichen kalkulatorischen Unsicherheiten, wobei aber die mitgeteilten RLV-Honorarvolumen (RLV x mitgeteilte RLV-Fallzahl) garantierte Werte sind, sofern diese mit Leistungen ausgefüllt werden.

Sollte sich herausstellen, dass praxisindividuell pandemiebedingt die RLV-Fallzahlen aus dem Jahr 2021 für die Bemessung des RLV nicht geeignet sind, da im Quartal 1/2022 wieder mehr Behandlungsfälle in der Praxis durchgeführt werden können, besteht die Möglichkeit im Einzelfall auf Antrag die Anerkennung der tatsächlichen Fallzahl aus dem Abrechnungsquartal 1/2022 zu beantragen – sofern im Quartal 1/2022 die RLV-Fallzahl nicht höher liegt als die RLV-Fallzahl aus dem Quartal 1/2019.

Unabhängig von den im Jahr 2022 geltenden HVM-Regelungen ist zu beachten, dass im hausärztlichen Versorgungsbereich (Allgemein- und Kinderärzte, hausärztliche Internisten) auch im Quartal 1/2022 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 nachhaltige Besservergütung auch abhängig von der Zahl abgerechneter TSVG Konstellationen stattfinden.

An dieser Stelle möchte ich nochmals darauf hinweisen, dass der Gesetzgeber mittlerweile ab dem Quartal 3/2021 eine Nachbereinigung der TSVG Konstellationen beschlossen hat, die aber nicht praxisindividuell umzusetzen ist, sondern sich, wenn überhaupt, in geringem Maße in der Höhe der künftigen RLV-Fallwerte auswirken wird. 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. Neupatienten werden mittlerweile und auch weiterhin automatisch von der KVBW als solche gekennzeichnet. Wir gehen davon aus, dass der Rückgang der RLV-Volumen durch oben genannte Mechanismen in der Regel gut durch die TSVG-Konstellationen (über)kompensierbar sein wird, und damit das TSVG als Einstieg in die Entbudgetierung zu einem deutlichen 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.

**Unabhängig davon gilt es 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, z.B. 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.

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

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



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 03062 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 (2021: € 44,72).

Die Vergütung der vorgenannten im HVM geregelten regionalen Förderungen im haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich steht seit dem 1. Quartal 2020 unter dem Vorbehalt einer jeweils gültigen Vergütungsvereinbarung mit den Krankenkassen. Dies ist notwendig vor dem Hintergrund der Beanstandung der vom Landesschiedsamt für das Jahr 2020

festgesetzten Vergütungsvereinbarung durch das Bundesamt für Soziale Sicherung.

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;"> <p>PFG</p> <p>Genetisches Labor</p> <p>Strahlentherapie</p> </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.		<p>PFG</p> <p>Genetisches Labor</p> <p>Strahlentherapie</p>	
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.																							
<p>PFG</p> <p>Genetisches Labor</p> <p>Strahlentherapie</p>																							
<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 (ambulant 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 Praxiskonstellatation 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.

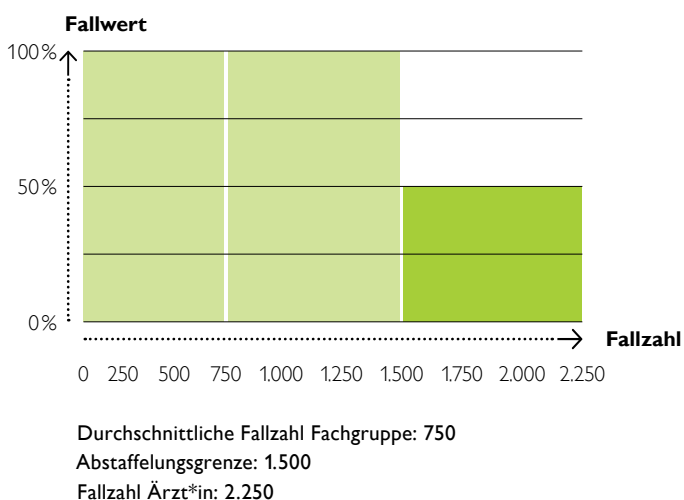
5. Mengengrenzung

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 Fallzahlzuwachsbeschränkung 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. Fallzahlzuwachsbeschränkung

Die Fallzahlzuwachsbeschränkung 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 Fallzahlzuwachsbeschränkung 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.

Übersicht über RLV, QZV und FL

Stand: 15.12.2021

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: 882	RLV		RLV	50,98
	Allergologie (Zusatzbezeichnung)	30100, 30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123, 30130, 30131	QZV	1,25
	Behandlung des diabetischen Fußes	02311	QZV	0,23
	Chirotherapie	30200, 30201	QZV	0,78
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	2,90
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	QZV	0,95
	Sonographie III	33060, 33061, 33062	QZV	0,28
	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: 15.12.2021

Arztgruppe	Bezeichnung Leistungen	GOP	Budget	Fallwert in EUR
Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 1.165	RLV		RLV	47,74
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	0,51
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	QZV	0,31
	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040	QZV	0,29
	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	137,38
Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie	RLV		RLV	94,53
Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie	RLV		RLV	107,58
Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie	RLV		RLV	71,23

Fachärztlicher Versorgungsbereich

Fachärzte für Anästhesiologie	RLV		RLV	25,77
Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 162	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	3,48
	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: 15.12.2021

Arztgruppe	Bezeichnung Leistungen	GOP	Budget	Fallwert in EUR
Fachärzte für Augenheilkunde	RLV		RLV	21,41
Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 924	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	0,46
	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	29,03
Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 653	Behandlung des diabetischen Fußes	02311	QZV	0,07
	Chirotherapie	30200, 30201	QZV	1,45
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	0,42
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	QZV	0,58
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	QZV	10,47
	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	4,44
	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	46,68
Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 267	Chirotherapie	30200, 30201	QZV	3,27
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	1,34
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	QZV	0,03
	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	16,18
	Akupunktur	30790, 30791	FL	

Übersicht über RLV, QZV und FL

Stand: 15.12.2021

Arztgruppe	Bezeichnung Leistungen	GOP	Budget	Fallwert in EUR/Quote
Fachärzte für Frauenheilkunde mit und ohne fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 814	RLV		RLV	18,33
	Kurative Mammographie	34270, 34271, 34272, 34273	QZV	4,52
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	1,30
	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: 728	RLV		RLV	33,15
	Chirotherapie	30200, 30201	QZV	0,09
	Otoakustische Emissionen	09324	QZV	0,21
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	0,27
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	QZV	0,65
	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	0,26
	Polysomnographie ³	30901	QZV	94,89 %
	Kardiorespiratorische Polygraphie	30900	FL	
³ QZV-Honorarvolumen				

Übersicht über RLV, QZV und FL

Stand: 15.12.2021

Arztgruppe	Bezeichnung Leistungen	GOP	Budget	Fallwert in EUR	
Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 1.064	RLV		RLV	21,39	
	Allergologie	30100, 30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123, 30130, 30131	QZV	2,52	
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	0,51	
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	QZV	1,46	
	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: 645	RLV		RLV	34,92	
	Behandlung des diabetischen Fußes	02311	QZV	0,24	
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	1,03	
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	QZV	2,49	
	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040	QZV	5,24	
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	QZV	4,29	
	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: 15.12.2021

Arztgruppe	Bezeichnung Leistungen	GOP	Budget	Fallwert in EUR
Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Angiologie Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 758	RLV		RLV	66,59
	Behandlung des diabetischen Fußes	02311	QZV	0,48
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	1,73
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	QZV	1,15
	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040	QZV	2,62
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	QZV	2,01
Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Endokrinologie Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 906	RLV		RLV	40,35
	Behandlung des diabetischen Fußes	02311	QZV	0,17
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	3,88
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	QZV	0,69
	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: 639	RLV		RLV	25,39
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	0,55
	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040	QZV	0,77
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	QZV	1,80
	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	0,70
	Gastroenterologie	13400, 13401, 13402, 13410, 13411, 13412	FL	
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512	FL	

Übersicht über RLV, QZV und FL

Stand: 15.12.2021

Arztgruppe	Bezeichnung Leistungen	GOP	Budget	Fallwert in EUR
Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Hämato-/Onkologie Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 561	RLV		RLV	56,56
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	4,97
	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040	QZV	0,65
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	QZV	0,85
	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: 775	RLV		RLV	68,70
	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	0,37
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	QZV	3,30
	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	0,53
	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: 15.12.2021

Arztgruppe	Bezeichnung Leistungen	GOP	Budget	Fallwert in EUR/Quote
Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie und invasiver Tätigkeit Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 671	RLV		RLV	67,16
	Sonographie I	33000, 33001, 33002, 33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	QZV	0,24
	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040	QZV	0,30
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	QZV	2,59
	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	0,61
	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: 1.078	RLV		RLV	57,14
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	0,29
	Sonographie I	33000, 33001, 33002, 33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	QZV	0,12
	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040	QZV	0,24
	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	2,91
	Polysomnographie ³	30901	QZV	98,92 %
	Bronchoskopie	13662, 13663, 13664, 13670	FL	
³ QZV-Honorarvolumen				

Übersicht über RLV, QZV und FL

Stand: 15.12.2021

Arztgruppe	Bezeichnung Leistungen	GOP	Budget	Fallwert in EUR
Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Rheumatologie Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 1.044	RLV		RLV	45,14
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	0,95
	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040	QZV	0,15
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	QZV	0,30
	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	1,93
	Akupunktur	30790, 30791	FL	
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512	FL	
Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 77	RLV		RLV	13,94
Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 100	RLV		RLV	146,07
Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie mit Teilnahme an der Sozialpsychiatrischen Vereinbarung Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 292	RLV		RLV	130,49
Fachärzte für Nervenheilkunde und Fachärzte für Neurologie Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 823	RLV		RLV	69,83
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	0,33
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	QZV	3,72
	Akupunktur	30790, 30791	FL	
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512	FL	
Fachärzte für Nuklearmedizin ohne Genehmigung für MRT Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 742	RLV		RLV	36,29
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	QZV	8,93
	Zuschlag SPECT	17362, 17363	FL	

Übersicht über RLV, QZV und FL

Stand: 15.12.2021

Arztgruppe	Bezeichnung Leistungen	GOP	Budget	Fallwert in EUR/Quote
Fachärzte für Nuklearmedizin mit Genehmigung für MRT Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 1.044	RLV		RLV	9,91
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	QZV	0,94
	Nuklearmedizinische Leistungen ³	17310, 17311, 17320, 17321, 17330, 17331, 17332, 17333, 17340, 17341, 17350, 17351, 17360, 17361, 17362, 17363, 17372	QZV	88,06 %
	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	89,50 %
³ QZV-Honorarvolumen				
Fachärzte für Orthopädie Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 1.011	RLV		RLV	30,00
	Chirotherapie	30200, 30201	QZV	3,20
	Osteodensitometrie	34600	QZV	0,11
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	0,59
	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	5,69
Akupunktur	30790, 30791	FL		
Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie und Fachärzte für Sprach-, Stimm-, und kindliche Hörstörungen Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 494	RLV		RLV	42,16
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	0,94
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	QZV	0,48
	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: 523	RLV		RLV	72,64
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	QZV	1,58

Übersicht über RLV, QZV und FL

Stand: 15.12.2021

Arztgruppe	Bezeichnung Leistungen	GOP	Budget	Fallwert in EUR
Fachärzte für Diagnostische Radiologie ohne Vorhaltung von CT und MRT Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 586	RLV		RLV	59,33
	Nuklearmedizinische Leistungen	17310, 17311, 17320, 17321, 17330, 17331, 17332, 17333, 17340, 17341, 17350, 17351, 17360, 17361, 17362, 17363, 17372	QZV	24,53
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	QZV	15,91
Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 1.263	RLV		RLV	64,07
	Nuklearmedizinische Leistungen	17310, 17311, 17320, 17321, 17330, 17331, 17332, 17333, 17340, 17341, 17350, 17351, 17360, 17361, 17362, 17363, 17372	QZV	15,19
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	QZV	4,82
	CT-gesteuerte Intervention	34504, 34505	FL	
Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT und MRT Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 1.512	RLV		RLV	79,01
	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	4,56
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	QZV	1,58
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	QZV	0,44
	CT-gesteuerte Intervention	34504, 34505	FL	
Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von MRT Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 918	RLV		RLV	86,24

Übersicht über RLV, QZV und FL

Stand: 15.12.2021

Arztgruppe	Bezeichnung Leistungen	GOP	Budget	Fallwert in EUR
Fachärzte für Urologie	RLV		RLV	24,63
Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 856	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	2,65
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	QZV	7,92
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	QZV	0,75
	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	1,22
	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	47,19
Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 421	Chirotherapie	30200, 30201	QZV	4,13
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	1,24
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	QZV	0,32
	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	3,61
	Akupunktur	30790, 30791	FL	

Hausärztlicher und fachärztlicher Versorgungsbereich

Alle Arztgruppen, haus- und fachärztlicher Versorgungsbereich	RLV-Fallwert für schmerztherapeutische Einrichtungen		RLV	133,47
	RLV-Fallwert für übrige schmerztherapeutisch Tätige		RLV	114,73
	Zuschlag schmerztherapeutische Einrichtungen	30704	FL	
	Akupunktur im Rahmen der Schmerztherapie	30790, 30791	FL	

Impressum

Honorarsystematik 1. 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 Dezember 2022

Auflage 150

KVBW

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