

Honorarsystematik

2. 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
- 11 Zusammensetzung des Honorars für einen/eine Ärzt*in
- 14 Systematik der RLV, QZV und Freien Leistungen
- 16 Förderung kooperativer Behandlungsformen
- 17 Mengenbegrenzung
- 19 Sonderregelungen
- 20 Teil-Berufsausübungsgemeinschaften
- 21 Übersicht über RLV, QZV und FL

Vorwort

Verehrte Kolleginnen, liebe Kollegen,

gesundheitpolitisch und honorartechnisch: Es sind wilde Zeiten! Da fällt es schwer für die Praxen, den Überblick zu wahren und betriebswirtschaftlich zu planen. Die Unsicherheit bei den Kolleginnen und Kollegen ist verständlicherweise groß: Schon in Zusammenhang mit der Mitteilung der Abrechnungsergebnisse 3/22 und im Zusammenhang mit den vielen Neuregelungen in kurzen Zeiträumen durch Corona, TSVG-Rücknahme u. v. m. haben die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Abrechnungsabteilung eine Vielzahl von Nachfragen erreicht. Zum besseren Verständnis daher hier für Sie die dringend nötigen Erläuterungen:

Auswirkung der Abschaffung der Neupatientenregelung auf RLV/QZV

Mit mehreren Schreiben haben wir Sie darüber informiert, dass mit der Verabschiedung des sogenannten GKV-Finanzstabilisierungsgesetzes auch die Neupatientenregelung zum 01.01.2023 wieder abgeschafft worden ist, nach welcher bisher Neupatientinnen und Neupatienten vollständig extrabudgetär vergütet wurden.

Wichtig für Sie zu wissen:

Die Beträge, 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-Neupatienten 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-Neupatienten mit der Ziffer 99873E gekennzeichnet wurden – also von der KVBW automatisch beim Vorliegen einer Neupatientenkonstellation gesetzt 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-Neupatienten im entsprechenden Vorjahresquartal mitberücksichtigt.

Vergleicht man die für die RLV-Bemessung im Quartal 2/2023 relevante RLV-Fallzahl aus 2/2022 (RLV-Fallzahl und Neupatientenfallzahl) mit den RLV-Fallzahlen aus dem Quartal 2/2019 (vor Pandemie und TSVG) ist festzustellen, dass es im fachärztlichen Versorgungsbereich nur ganz wenige Fachgruppen gibt, die ihre Gesamtfallzahlen gesteigert haben und somit die RLV-Fallwerte im Vergleich zum Quartal 2/2019, also vor TSVG-Bereinigung, sehr stabil sind.

Fallzahlzuwachsbegrenzungsregelung (FZZB) für das Jahr 2023 im fachärztlichen Bereich

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

wohnnahen 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 Mengenwuchs zu Lasten der Regelleistungsvolumen geht.

Vorbehalt einer nachträglichen Anpassung

Zu den Auswirkungen auf die RLVs ab dem 01.01.2023 müssen 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 zur Bereinigung bis spätestens zum 31. März 2023 zu beschließen. Hierzu werden wir Sie zu einem späteren Zeitpunkt informieren.

Hausärztlicher Versorgungsbereich

Unabhängig von den im Jahr 2023 geltenden HVM-Regelungen ist zu beachten, dass im hausärztlichen Versorgungsbereich (Allgemein- und Kinderärzt*innen, hausärztliche Internist*innen) auch im Quartal 2/2023 die Maßnahmen der Begrenzungsregelung – wie in den vergangenen Jahren – auf dem Boden der guten bisherigen Honorarabschlüsse in Baden-Württemberg ausgesetzt bleiben und Ihnen die Regelleistungsvolumen weiterhin nur pro forma mitgeteilt werden (müssen). Das heißt, alle abgerechneten und anerkannten Leistungen können zu 100 %

bezahlt werden und auch Maßnahmen der Fallzahlbegrenzung werden nicht umgesetzt. Ein großes Privileg gegenüber dem weitgehend quotierten fachärztlichen Versorgungsbereich, der unter dem Wegfall der Neupatientenregelung leidet.

Fachärztlicher Versorgungsbereich

Wir gehen dennoch davon aus, dass auch im fachärztlichen Versorgungsbereich die Honorarergebnisse aus ärztlicher Tätigkeit nach Abzug von Honorarbesonderheiten durch Coronatestungen und -impfungen auch im Jahr 2023 insgesamt stabil gehalten werden können. Ambulante Operateure können – leider nur bei manchen Eingriffen – von den Neuregelungen des Kapitels 31 profitieren.

Und wie meine Vorgänger kann auch ich nur wiederholen: 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.

Kollegiale Zusammenarbeit vor Ort ist gefragt!

Mit der sinnvollen(!) Anwendung der verbliebenen TSVG-Konstellation „Hausarztvermittlungsfall“ haben es Hausärztinnen und Hausärzte und Kolleginnen und Kollegen der Spezialgebiete weiterhin in der Hand, nicht nur zum Wohle ihrer Patient*innen, sondern auch in Teilen extrabudgetär vergütet zusammenzuarbeiten. Für den haus - u. kinderärztlichen Bereich wurde die Vermittlungspauschale 03008/04008 von 10 Euro auf 15 Euro attraktiv erhöht. Für den fachärztlichen Bereich sind Vermittlungsfälle nach Wegfall der Neupatientenregelung die einzige Möglichkeit, in relevanten Fallzahlen extrabudgetäre Vergütung des gesamten Punktzahlvolumens plus Zuschlag zu generieren und reale Einkommensverluste zu kompensieren. Hier ist Verständnis der hausärztlichen Kolleginnen und Kollegen gefragt. Aufgrund des Zuschlags beim Hausarztvermittlungsfall ist es zum Erhalt derselben extrabudgetären Honorarsumme beim Facharzt dabei aber nicht erforderlich, nun eine ähnlich hohe Zahl von Vermittlungsfällen zu haben, wie zuvor Neupatientenfälle. Beide Bereiche sollten für den Fall späterer Prüfungen auf gute Dokumentation zur Vermittlung und die Leistungslegende achten. Bitte verfahren Sie medizinisch sinnvoll und mit Augenmaß! Es ist ganz sicher weiterhin nicht so, dass nun jeder Fall bei Fachärzt*innen eine Hausarztvermittlung erforderlich macht. Hier ist Verständnis der fachärztlichen Kolleginnen und Kollegen gefragt. Eine kollegiale Absprache im Zuweisernetz vor Ort dürfte in den meisten Fällen die beste Lösung bei unterschiedlichen Auffassungen sein.

Der Irrsinn der komplizierten und leistungsfeindlichen budgetierten Vergütungssysteme in Zeiten der mangelnden Ressource Ärztin und Arzt zeigt sich auch darin, dass dieses nun vierseitige Schreiben zur Erklärung erforderlich ist. Alles könnte so einfach sein, wenn unsere Leistungen endlich fair, angemessen, ohne Budgets und eins zu eins vergütet würden. Sie können versichert sein, dass der Vorstand der KVBW nicht müde werden wird, dies bei jeder Gelegenheit gegenüber Entscheidern in der Politik und bei den Krankenkassen einzufordern. Ohne eine komplette Reform dieses auf der Kippe stehenden Gesundheitssystems wird dies nicht realisierbar sein. Vielen Dank dafür, dass Sie dennoch durchhalten und unermüdlich Ihre Patientinnen und Patienten versorgen!

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 kollegialen Grüßen
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, 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 HonorarTOPF für die Laborvergütung („Grundbetrag Labor“) neu definiert. Die bundeseinheitlichen Vorgaben der KBV für die Vergütung der Leistungen aus diesem HonorarTOPF wurden zum 01. Januar 2023 angepasst:

- Hieraus werden ausschließlich der Wirtschaftlichkeitsbonus und auf Muster 10 veranlasste Laboruntersuchungen bezahlt.
- Untersuchungen im organisierten Notfalldienst werden aus dem HonorarTOPF „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.
- Es werden 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.

- Die Finanzmittel für bestimmte laboratoriumsmedizinische Leistungen (GOP 32860 bis 32865, 32902, 32904, 32906, 32908, 32931, 32932, 32937, 32945 und 32946 EBM) werden aus dem Grundbetrag „genetisches Labor“ in den Grundbetrag „Labor“ überführt. Damit sind alle auf Muster 10 veranlassten Leistungen des Kapitels 32 EBM dem Grundbetrag „Labor“ zugeordnet.

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 (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 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 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 werden aus dem Grundbetrag „genetisches Labor“ in den fachärztlichen Grundbetrag überführt. In der Folge entfällt die Zuordnung dieser Leistungen zum Vergütungsvolumen für humangenetische Leistungen und es wird für diese Leistungen ein neuer Vorwegabzug im fachärztlichen Versorgungsbereich gebildet.

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:

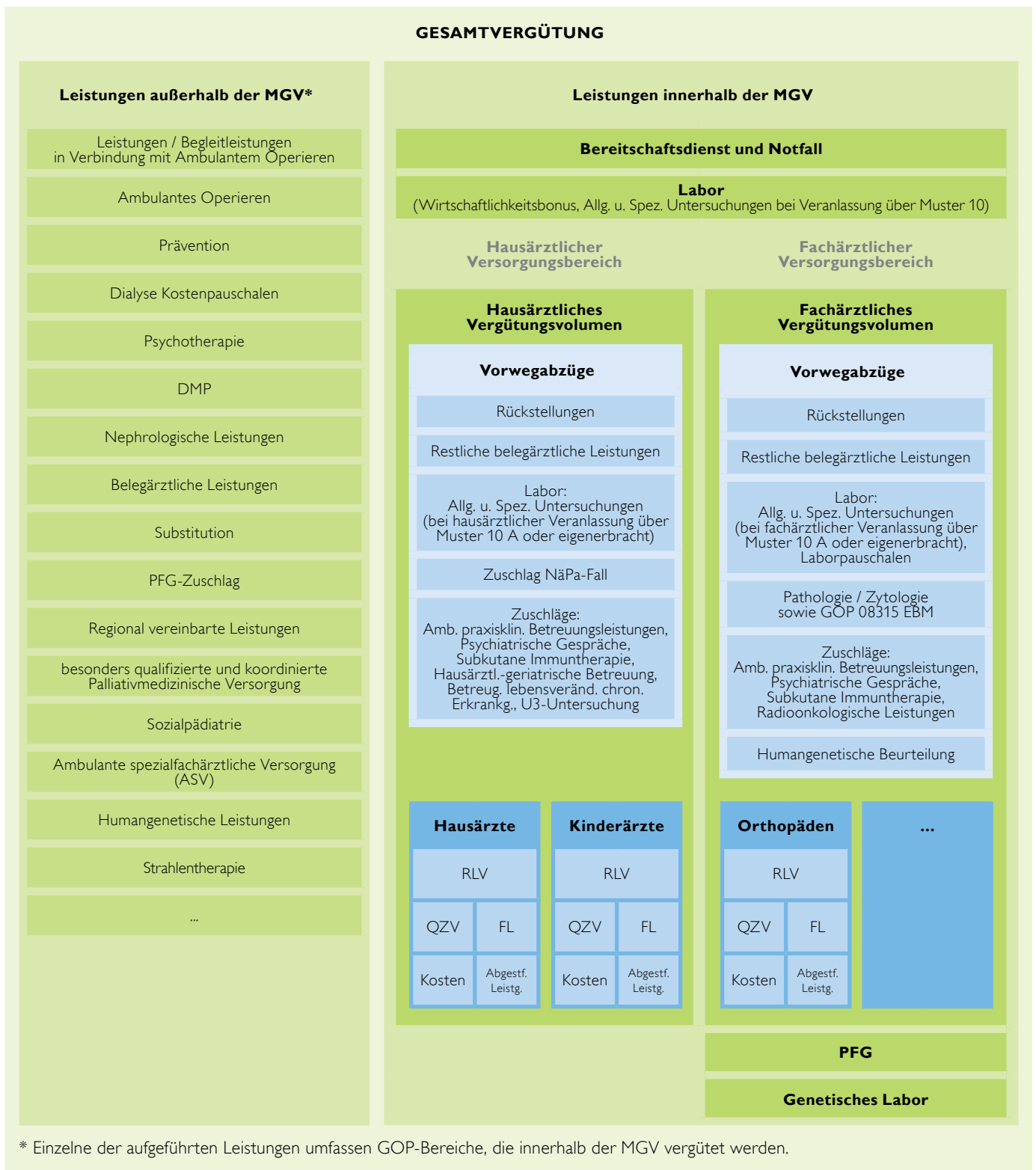
- Zuschlag in Höhe von € 4,00 für die Förderung von nicht-ärztlichen Praxisassistent*innen in Hausarztpraxen je Behandlungsfall, in dem eine GOP 03060 EBM für ärztlich angeordnete Hilfeleistungen durch qualifizierte nichtärztliche Praxisassistent*innen abgerechnet und anerkannt wird.
- Zuschlag in Höhe 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.

Aufteilung der Gesamtvergütung



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 Mengengrenzung 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).

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.)

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 Patienten 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 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 die entsprechende Kennzeichnung.

Der Gesetzgeber hat allerdings mit dem GKV-FinStG die extrabudgetäre Vergütung der TSVG-Neupatienten ab dem 01. Januar 2023 zurückgenommen. Der bei Neupatienten 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 (\triangleq 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. Das Nähere zur Bereinigung muss der Bewertungsausschuss noch festlegen.

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 / 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.

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. Im Zeitraum 1/2023 bis 4/2023 werden als RLV-relevante Fälle auch die Behandlungsfälle berücksichtigt, die im entsprechenden Vorjahresquartal als TSVG-Neupatienten mit der Ziffer 99873E gekennzeichnet wurden. Gleiches gilt für die Ermittlung des durchschnittlichen Fallzahl-niveaus 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-Volumens zunächst ein fachgruppendurchschnittliches RLV stellvertretend mitgeteilt. Für den Übernehmer 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 Aufbau-phase zunächst die im Vorjahresquartal abgerechneten RLV-Fallzahlen mitgeteilt. Auf Antrag besteht die Möglichkeit, die (RLV-relevante) Fallzahl des Abrechnungsquartals für die Bemessung des RLV in der Honorarabrechnung zu erhalten.

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

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

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

▪ 3.2. Freie Leistungen

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

4. Förderung kooperativer Behandlungsformen

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

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

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

Hinweise

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

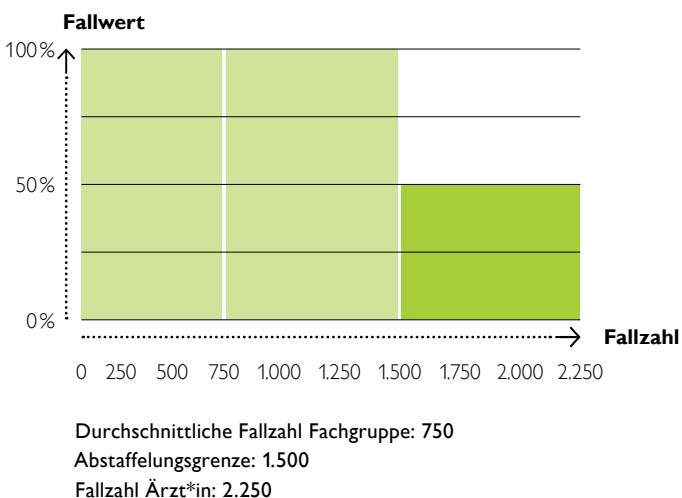
5. Mengengrenzung

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

5.1. Fallzahlbedingte Abstufung

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

Fallzahlbedingte Abstufung des Fallwertes



Hinweise

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

5.2. Fallzahlzuwachsbegrenzung

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

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

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

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

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

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

Hinweise

- Sonderregelungen gelten u. a. bei Neuaufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit.
- Auf begründeten Antrag können Ausnahmen von der Fallzahlzuwachsbeschränkung gewährt werden, z. B. kann dem Übernehmer eines Praxissitzes in einer Kooperation in den ersten zwei Jahren der Neuaufnahme der Praxistätigkeit zur Ermittlung der Fallzahlgrenze die höhere RLV-Fallzahl des Übergebers aus dem jeweiligen Bezugsquartal zugrunde gelegt werden.
- Im Jahr 2023 wird die Fallzahlzuwachsbeschränkungsregelung vorübergehend ausgesetzt. Damit sollen unverhältnismäßige Auswirkungen der Rückführung der TSVG-Neupatienten 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 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. Im Zeitraum 1/2023 bis 4/2023 werden die im Vorjahresquartal als TSVG-Neupatienten mit der Ziffer 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 Mengengrenzung 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: 15.03.2023

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: 975	RLV		RLV	50,60
	Allergologie (Zusatzbezeichnung)	30100, 30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123, 30130, 30131	QZV	1,49
	Behandlung des diabetischen Fußes	02311	QZV	0,19
	Chirotherapie/Manuelle Medizin	30200, 30201	QZV	0,64
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	3,48
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	QZV	0,76
	Sonographie III	33060, 33061, 33062	QZV	0,24
	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: 15.03.2023

Arztgruppe	Bezeichnung Leistungen	GOP	Budget	Fallwert in EUR
Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 1.294	RLV		RLV	49,52
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	0,73
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	QZV	0,26
	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040	QZV	0,34
	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	144,70
Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie	RLV		RLV	98,16
Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie	RLV		RLV	103,53
Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie	RLV		RLV	69,67

Fachärztlicher Versorgungsbereich

Fachärzte für Anästhesiologie	RLV		RLV	25,05
Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 155	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	3,62
	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: 15.03.2023

Arztgruppe	Bezeichnung Leistungen	GOP	Budget	Fallwert in EUR
Fachärzte für Augenheilkunde	RLV		RLV	22,23
Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 1.195	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	0,50
	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	30,34
Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 1.070	Behandlung des diabetischen Fußes	02311	QZV	0,05
	Chirotherapie/Manuelle Medizin	30200, 30201	QZV	1,66
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	0,44
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	QZV	0,55
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	QZV	11,68
	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	4,81
	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	46,09
Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 420	Chirotherapie/Manuelle Medizin	30200, 30201	QZV	3,01
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	1,22
	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	16,22
	Akupunktur	30790, 30791	FL	

Übersicht über RLV, QZV und FL

Stand: 15.03.2023

Arztgruppe	Bezeichnung Leistungen	GOP	Budget	Fallwert in EUR/Quote
Fachärzte für Frauenheilkunde mit und ohne fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 853	RLV		RLV	19,21
	Kurative Mammographie	34270, 34271, 34272, 34273	QZV	3,86
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	1,76
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	QZV	0,43
	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: 1.236	RLV		RLV	33,03
	Chirotherapie/Manuelle Medizin	30200, 30201	QZV	0,09
	Otoakustische Emissionen	09324	QZV	0,24
	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	0,55
	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503	QZV	0,24
	Polysomnographie ³	30901	QZV	86,84 %
	Kardiorespiratorische Polygraphie	30900	FL	
	³ QZV-Honorarvolumen			

Übersicht über RLV, QZV und FL

Stand: 15.03.2023

Arztgruppe	Bezeichnung Leistungen	GOP	Budget	Fallwert in EUR	
Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 1.503	RLV		RLV	22,96	
	Allergologie	30100, 30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123, 30130, 30131	QZV	2,97	
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	0,73	
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	QZV	1,96	
	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: 884	RLV		RLV	40,38	
	Behandlung des diabetischen Fußes	02311	QZV	0,32	
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	2,03	
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	QZV	2,54	
	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040	QZV	6,84	
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	QZV	4,81	
	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	1,74	
	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: 15.03.2023

Arztgruppe	Bezeichnung Leistungen	GOP	Budget	Fallwert in EUR
Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Angiologie Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 1.032	RLV		RLV	65,87
	Behandlung des diabetischen Fußes	02311	QZV	0,43
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	2,78
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	QZV	1,32
	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040	QZV	2,56
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	QZV	1,76
Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Endokrinologie Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 1.170	RLV		RLV	38,16
	Behandlung des diabetischen Fußes	02311	QZV	0,15
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	2,80
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	QZV	0,61
	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: 953	RLV		RLV	25,33
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	1,51
	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040	QZV	0,70
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	QZV	2,02
	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	0,58
	Gastroenterologie	13400, 13401, 13402, 13410, 13411, 13412	FL	
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512	FL	

Übersicht über RLV, QZV und FL

Stand: 15.03.2023

Arztgruppe	Bezeichnung Leistungen	GOP	Budget	Fallwert in EUR
Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Hämato-/Onkologie Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 673	RLV		RLV	54,48
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	5,11
	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040	QZV	0,55
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	QZV	0,85
	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: 965	RLV		RLV	70,50
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	0,69
	Sonographie I	33000, 33001, 33002, 33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	QZV	0,63
	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040	QZV	2,42
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	QZV	4,48
	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	0,55
	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: 15.03.2023

Arztgruppe	Bezeichnung Leistungen	GOP	Budget	Fallwert in EUR/Quote
Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie und invasiver Tätigkeit Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 897	RLV		RLV	76,42
	Sonographie I	33000, 33001, 33002, 33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	QZV	0,22
	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040	QZV	1,58
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	QZV	4,53
	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	0,50
	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: 1.460	RLV		RLV	53,10
	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	0,11
	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040	QZV	0,22
	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	3,18
	Polysomnographie ³	30901	QZV	88,02%
	Bronchoskopie	13662, 13663, 13664, 13670	FL	
³ QZV-Honorarvolumen				

Übersicht über RLV, QZV und FL

Stand: 15.03.2023

Arztgruppe	Bezeichnung Leistungen	GOP	Budget	Fallwert in EUR
Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Rheumatologie Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 1.109	RLV		RLV	48,70
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	2,43
	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040	QZV	0,14
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	QZV	0,29
	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	1,75
	Akupunktur	30790, 30791	FL	
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512	FL	
Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 75	RLV		RLV	16,42
Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 128	RLV		RLV	128,26
Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie mit Teilnahme an der Sozialpsychiatrischen Vereinbarung Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 363	RLV		RLV	128,72
Fachärzte für Nervenheilkunde und Fachärzte für Neurologie Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 947	RLV		RLV	69,69
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	0,29
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	QZV	3,73
	Akupunktur	30790, 30791	FL	
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512	FL	
Fachärzte für Nuklearmedizin ohne Genehmigung für MRT Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 762	RLV		RLV	35,61
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	QZV	9,80
	Zuschlag SPECT	17362, 17363	FL	

Übersicht über RLV, QZV und FL

Stand: 15.03.2023

Arztgruppe	Bezeichnung Leistungen	GOP	Budget	Fallwert in EUR/Quote
Fachärzte für Nuklearmedizin mit Genehmigung für MRT Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 1.012	RLV		RLV	10,11
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	QZV	1,06
	Nuklearmedizinische Leistungen ³	17310, 17311, 17320, 17321, 17330, 17331, 17332, 17333, 17340, 17341, 17350, 17351, 17360, 17361, 17362, 17363, 17372	QZV	96,14%
	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	98,04%
³ QZV-Honorarvolumen				
Fachärzte für Orthopädie Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 1.397	RLV		RLV	33,43
	Chirotherapie/Manuelle Medizin	30200, 30201	QZV	3,44
	Osteodensitometrie	34600	QZV	0,14
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	1,06
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	QZV	0,56
	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	6,77
	Akupunktur	30790, 30791	FL	
Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie und Fachärzte für Sprach-, Stimm-, und kindliche Hörstörungen Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 944	RLV		RLV	51,61
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	1,39
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	QZV	0,45
	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: 567	RLV		RLV	70,54
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	QZV	1,25

Übersicht über RLV, QZV und FL

Stand: 15.03.2023

Arztgruppe	Bezeichnung Leistungen	GOP	Budget	Fallwert in EUR
Fachärzte für Diagnostische Radiologie ohne Vorhaltung von CT und MRT Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 459	RLV		RLV	65,20
	Nuklearmedizinische Leistungen	17310, 17311, 17320, 17321, 17330, 17331, 17332, 17333, 17340, 17341, 17350, 17351, 17360, 17361, 17362, 17363, 17372	QZV	12,48
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	QZV	8,66
Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 1.115	RLV		RLV	68,99
	Nuklearmedizinische Leistungen	17310, 17311, 17320, 17321, 17330, 17331, 17332, 17333, 17340, 17341, 17350, 17351, 17360, 17361, 17362, 17363, 17372	QZV	10,23
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	QZV	4,65
	CT-gesteuerte Intervention	34504, 34505	FL	
Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT und MRT Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 1.516	RLV		RLV	81,14
	MRT-Angiographie	34470, 34475, 34480, 34485, 34486, 34489, 34490, 34492	QZV	1,82
	Nuklearmedizinische Leistungen	17310, 17311, 17320, 17321, 17330, 17331, 17332, 17333, 17340, 17341, 17350, 17351, 17360, 17361, 17362, 17363, 17372	QZV	4,72
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	QZV	1,65
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	QZV	0,37
	CT-gesteuerte Intervention	34504, 34505	FL	
Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von MRT Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 900	RLV		RLV	84,70

Übersicht über RLV, QZV und FL

Stand: 15.03.2023

Arztgruppe	Bezeichnung Leistungen	GOP	Budget	Fallwert in EUR
Fachärzte für Urologie	RLV		RLV	25,61
Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 1.087	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	3,91
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	QZV	8,64
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	QZV	0,81
	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	1,15
	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	47,04
Durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl: 628	Chirotherapie/Manuelle Medizin	30200, 30201	QZV	3,39
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	QZV	1,60
	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	4,10
	Akupunktur	30790, 30791	FL	

Hausärztlicher und fachärztlicher Versorgungsbereich

Alle Arztgruppen, haus- und fachärztlicher Versorgungsbereich	RLV-Fallwert für schmerztherapeutische Einrichtungen		RLV	125,96
	RLV-Fallwert für übrige schmerztherapeutisch Tätige		RLV	116,98
	Zuschlag schmerztherapeutische Einrichtungen	30704	FL	
	Akupunktur im Rahmen der Schmerztherapie	30790, 30791	FL	

Impressum

Honorarsystematik 2. 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
Fabian Hurlebaus
Tim Schenk

Gestaltung Tanja Peters

Erscheinungstermin März 2023

Auflage 160

KVBW

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