

■ Erläuterungen zur Honorarermittlung ab 1. Juli 2010

Mit der vorliegenden Publikation wurde die bisherige „RLV-Broschüre“ von 2009 aktualisiert und an die ab 1. Juli 2010 geänderte Honorarberechnung angepasst. Die folgende Einführung gibt Ihnen einen kurzen Überblick über die wichtigsten Inhalte.

Haus- und Fachärzte

Weiterhin ist ein Großteil der erbrachten Leistungen einer Obergrenze unterworfen und wenn diese überschritten wird, sinkt die Vergütung für die Überschreitung ab. Die Berechnung dieser Obergrenze wurde modifiziert und nun unterliegen noch mehr ärztliche Leistungen dieser Obergrenze. Dies ist wichtig für alle Praxen, die bisher in größerem Umfang so genannte „freie“, also unbegrenzte Leistungen erbracht haben.

Aus diesem Grunde sollten Sie sich vergewissern, welche Leistungen weiterhin nicht unter diese Obergrenze fallen. Bitte beachten Sie aber, dass auch für diese Leistungen das Gebot der wirtschaftlichen, zweckmäßigen, ausreichenden und den Regeln ärztlicher Kunst entsprechenden Behandlungsweise gilt.

Welche Leistungen sind weiterhin „unbegrenzt“?

Das sind Leistungen, welche die Krankenkassen in vollem Umfang, also „unbudgetiert“ vergüten. Es handelt sich dabei vor allem um

- **Ambulante Operationen**
- **Belegärztliche Leistungen**
- **Präventionsleistungen**
- **Strahlentherapie**
- **Dialysesachkosten**
- **Substitutionsbehandlung**

Bitte sehen Sie unbedingt nach, ob Sie solche Leistungen erbringen, denn sie unterliegen nicht der Obergrenze, die Ihnen jeweils vor Beginn des Quartals mitgeteilt wird!

Ein detailliertes Verzeichnis der Leistungen finden Sie in Anhang 2 auf Seite 34 dieser Broschüre.

Welche Leistungen unterliegen auch nicht Ihrer Obergrenze, werden aber eventuell vermindert ausgezahlt?

Das sind

- **Laborleistungen**
- **Leistungen im organisierten Bereitschaftsdienst**
- **Leistungen der Pathologie**
- **Leistungen der Humangenetik**
- **Kostenpauschalen (Kapitel 40)**

Diese können nur dann in vollem Umfang mit 3,5 Cent vergütet werden, wenn die Menge der erbrachten Leistungen jeweils gegenüber dem entsprechenden Quartal des Jahres 2008 nicht zugenommen hat. Ansonsten kann nur eine abgestaffelte Vergütung bezahlt werden. Ob dieser Fall eingetreten ist, kann erst nach Abrechnung des jeweiligen Quartals festgestellt werden.

Diese beiden Leistungsbereiche unterliegen nicht der Ihnen weiterhin je Quartal mitzuteilenden Obergrenze. Sie können diese Leistungen also unberücksichtigt lassen, wenn Sie kalkulieren, wieviele Leistungen Sie erbringen können, ohne Ihre individuelle Obergrenze zu überschreiten.

Die neue Obergrenze

Sie wird nun differenzierter berechnet als in der Vergangenheit und ergibt sich als Summe mehrerer „Teilbudgets“, genannt QZV (qualifikationsgebundene Zusatzvolumen) und dem Regelleistungsvolumen (RLV).

Wichtig: Es spielt keine Rolle, ob Sie das RLV oder einzelne QZV überschreiten, erst wenn Sie insgesamt Ihre Obergrenze überschreiten, kann dafür nur noch eine abgesenkte Vergütung gezahlt werden.

Welche QZV – unter Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten – für die jeweilige Arztgruppe gebildet wurden, haben wir in Bayern eng mit den Berufsverbänden abgestimmt.

Wie sich genau die Obergrenze berechnet und welche QZV bei Ihnen einbezogen werden, können Sie unter Punkt 2.3 ab Seite 12 dieser Broschüre im Detail nachlesen.

Ärztliche und nichtärztliche Psychotherapeuten

Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen

Hier gibt es keine Änderungen. Eine ausführliche Darstellung zu den zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen finden Sie in Teil 2 dieser Broschüre.

Das Wichtigste zu Ihrem Honorar ab 1. Juli 2010 auf einen Blick

Was bleibt?

- Systematik der Regelleistungsvolumen(RLV)-Berechnung je Arzt und Praxis
- Ermittlung der RLV-relevanten Fallzahlen nach dem Vorjahresquartal
- Berücksichtigung des so genannten Altersfaktors („Morbiditätsquote“) bei der RLV-Berechnung
- Zuschlag für Gemeinschaftspraxen/Berufsausübungsgemeinschaften bei der RLV-Berechnung (aber: Änderung ab 1. Januar 2011 wahrscheinlich)
- Abgestaffelte Vergütung für Leistungen bei RLV-/QZV-Überschreitung
- Freie Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) (zum Beispiel Vorsorgeuntersuchungen)
- Anträge auf Fallzahlanpassung
- Fallwertminderung bei Überschreiten der Durchschnittsfallzahlen
- Regelung für Kapazitätsgrenzen
- Konvergenzregelung (15 Prozent)

Was ist neu?

- Qualifikationsgebundene Zusatzvolumen (QZV)
- Neue Obergrenze aus RLV + QZV
- Verrechnungsmöglichkeiten zwischen RLV und QZV sowie QZV und QZV
- Neue Regelungen für Laborleistungen, Leistungen im organisierten Notfalldienst, Kostenpauschalen des Kapitels 40, Leistungen des Kapitels 19 (Pathologie) sowie Leistungen des Kapitels 11 (Humangenetik): Vergütungsvolumen mit gegebenenfalls verminderter Vergütung

Was fällt weg? Wo gibt es Änderungen?

- System RLV/freie Leistungen
- Qualitätsbezogene Fallwertzuschläge bei Hausärzten (zum Beispiel Sonographie, Langzeit-EKG etc.) sowie qualitätsbezogene Fallwertzuschläge bei Fachärzten (Teilradiologie) werden durch die QZV abgelöst
- Innerhalb der MGV nur noch wenige freie Leistungen innerhalb der jeweiligen Fachgruppe
- Antrag auf Praxisbesonderheit weitgehend durch QZV ersetzt

Teil 1: Honorarreform ab 1. Juli 2010 – RLV und QZV für Hausärzte und Fachärzte

1. Gesetzliche Vorgaben/Beschlüsse des Bewertungsausschusses	8
2. Wie setzt sich das Honorar ab 1. Juli 2010 (in der GKV) zusammen?	8
2.1 Freie Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung	11
2.2 Leistungen ohne individuelle Obergrenze, aber gegebenenfalls mit verminderter Vergütung	11
2.3 Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundene Zusatzvolumen	12
2.3.1 Regelleistungsvolumen (RLV)	12
■ RLV-Fallwert	
■ RLV-Fallzahl	
■ Morbiditätsfaktor	
■ Zuschlagsregelung für Gemeinschaftspraxen	
■ Regelung bei Überschreitung der Durchschnitts- fallzahlen	
2.3.2 Qualifikationsgebundene Zusatzvolumen (QZV)	15
■ Allgemeine Erläuterungen zu den QZV	
■ Wer erhält ein QZV?	
■ QZV-Fallwert	
■ QZV-Fallzahl	
2.3.3 Zuweisung RLV und QZV	18
■ Addition RLV und QZV (= Obergrenze)	
■ Zuweisungsbescheid RLV und QZV	
2.3.4 Abrechnung RLV und QZV	20
■ Verrechnung RLV und QZV	
■ Honorarabrechnung	
3. Weitere Erläuterungen	21
3.1 Job-Sharing und Assistenten	21
3.2 Neupraxis/Anfänger	21
3.3 Jungpraxis	23
3.4 Praxisübernahme	25
3.5 Änderung der Kooperationsform	25
3.6 Psychotherapieanteil über oder unter 90 Prozent	26
3.7 RLV = „0“	26

4. Anpassung/Korrektur der Obergrenze im Einzelfall	27
4.1 Korrektur der Obergrenze in Bezug auf die Fallzahl	27
4.2 Korrektur der Obergrenze in Bezug auf den RLV-Fallwert	27
4.3 Allgemeine Hinweise	28
4.4 Härtefallregelung zur RLV-Anpassung (in Bezug auf den Fallwert)	28
5. Konvergenzregelung – Honorarausgleich	29
5.1 Automatische Prüfung ohne Antrag	29
5.2 Voraussetzungen	29
5.3 Ausgleichszahlung auf Antrag	30
5.4 Hinweise zur Antragsstellung und Antragsfrist	30

Teil 2: Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen

1. Keine Änderung bei den zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen	31
2. Für wen gelten die zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen?	31
3. Berechnung der zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen	31
4. Vergütung und Überschreitung der Kapazitätsgrenzen	32
5. Weitere Erläuterungen	32
■ Job-Sharing und Assistenten	
■ Psychotherapieanteil über oder unter 90 Prozent	

Anhang

Anhang 1	Für das RLV/QZV relevante Arztgruppen/Fachgruppen	33
Anhang 2	Freie Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung	34

1. Gesetzliche Vorgaben/Beschlüsse des Bewertungsausschusses

Seit dem 1. Januar 2009 gibt es die „RLV-Welt“. Die Vorgaben für diese Form der Honorarverteilung und -ermittlung stammen aus dem Sozialgesetzbuch und den Beschlüssen des Bewertungsausschusses (BA). Der BA ist dabei das für Honorar- und Abrechnungsfragen zuständige Bundesgremium, bestehend aus Vertretern der Krankenkassen und Vertretern der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.

Am 26. März 2010 wurde vom BA in Berlin ein Beschluss zur Umgestaltung der seit Anfang 2009 existierenden „RLV-Welt“ getroffen. Diese neuen Vorgaben mussten in einem nächsten Schritt auf Landesebene mit den Krankenkassen verhandelt und in einen Honorarvertrag eingearbeitet werden.

Die im Beschluss getroffenen Regelungen, die ab dem 1. Juli 2010 gelten, sind nicht komplett neu. Neu sind in erster Linie die so genannten **„Qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen“ (QZV)**, die einen Großteil der bisher freien Leistungen und qualitätsbezogene Fallwertzuschläge ablösen. Diese neuen Regelungen haben wir ausführlich in einem eigenen Kapitel (Teil 1, ab Punkt 2.3.2) erläutert.

Die RLV/QZV-Regelungen gelten für alle im Anhang 1 genannten Vertragsärzte/Ermächtigte.

2. Wie setzt sich das Honorar ab 1. Juli 2010 (in der GKV) zusammen?

Quartalsweise erhält die KVB für die bayerischen Ärzte von den Krankenkassen ein nach den Bestimmungen des Honorarvertrags kalkuliertes Eurovolumen, die so genannte morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV). Diese MGV verändert sich für das jeweilige Quartal nicht, unabhängig davon, ob mehr oder weniger ärztliche Leistungen erbracht werden. Daneben werden noch einige Leistungen außerhalb dieses Rahmens, also außerhalb der MGV (wie zum Beispiel Vorsorgeuntersuchungen) vergütet.

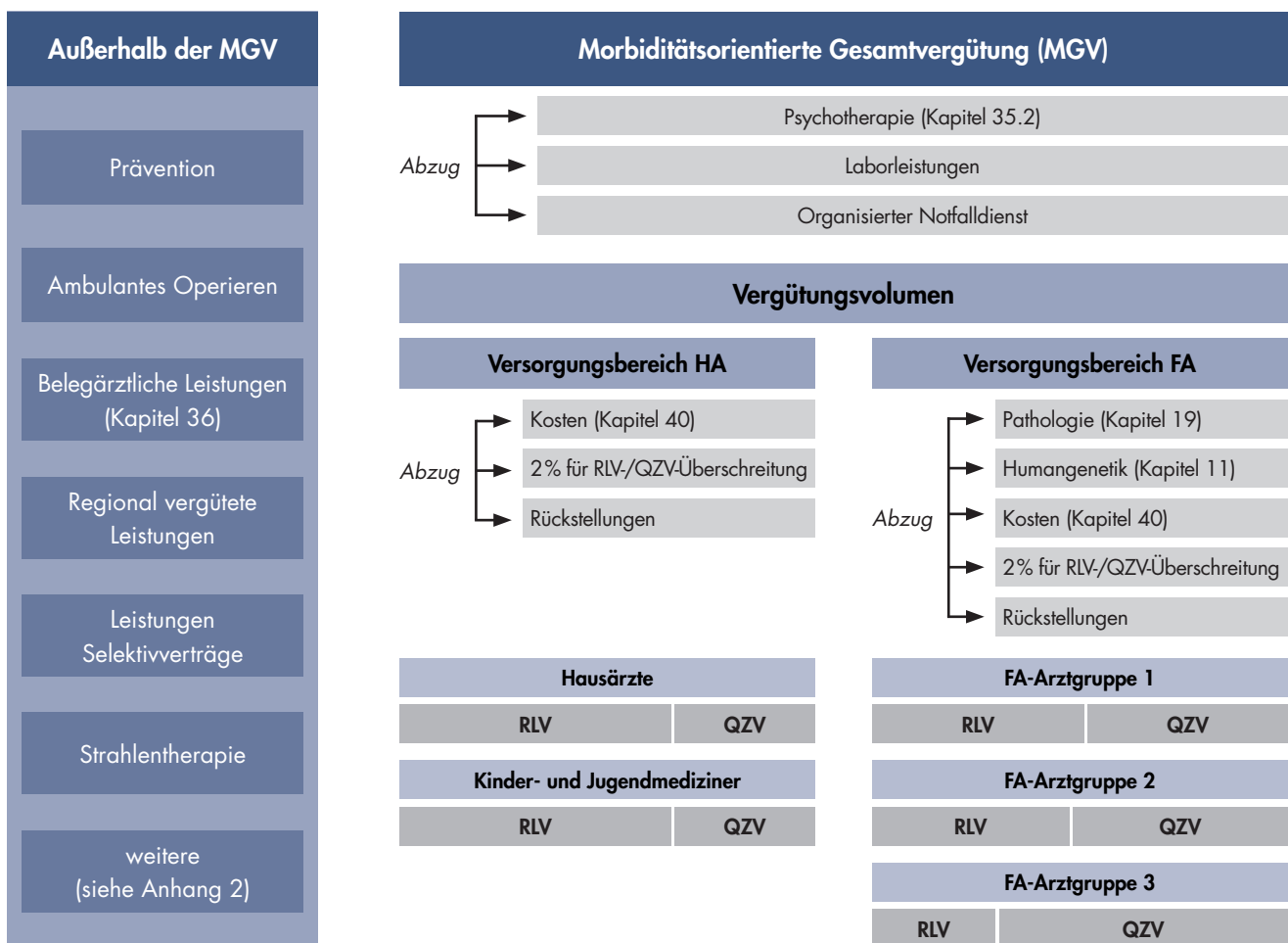
Die Berechnung der MGV richtet sich nach den Vorgaben des Bewertungsausschusses. Im Wesentlichen ergibt sich diese auf der Basis des mit dem regionalen Punktwert der Eurogebührenordnung bewerteten Leistungsbedarfs im Jahr 2008.

Die MGV ist gleichzeitig die Grundlage für die Berechnung der RLV und ab 1. Juli 2010 auch der „qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen“, kurz QZV.

Die MGV wird dazu unter Berücksichtigung einiger zusätzlicher Faktoren (zum Beispiel des Fremdkassenzahlungsausgleichs) in den hausärztlichen und fachärztlichen Versorgungsbe-

reich getrennt. Nach einem kalkulatorischen Abzug für bestimmte Leistungsbereiche (zum Beispiel organisierter Notfalldienst) wird je Fachgruppe ein Honorarvolumen berechnet, das der fachgruppenspezifischen RLV- und QZV-Berechnung auf Basis der Fallzahlen des Vorjahresquartals dient.

Systematik ab dem Quartal 3/2010



Ab 1. Juli 2010 gibt es für Vertragsärzte/Ermächtigte folgende Honorarbestandteile

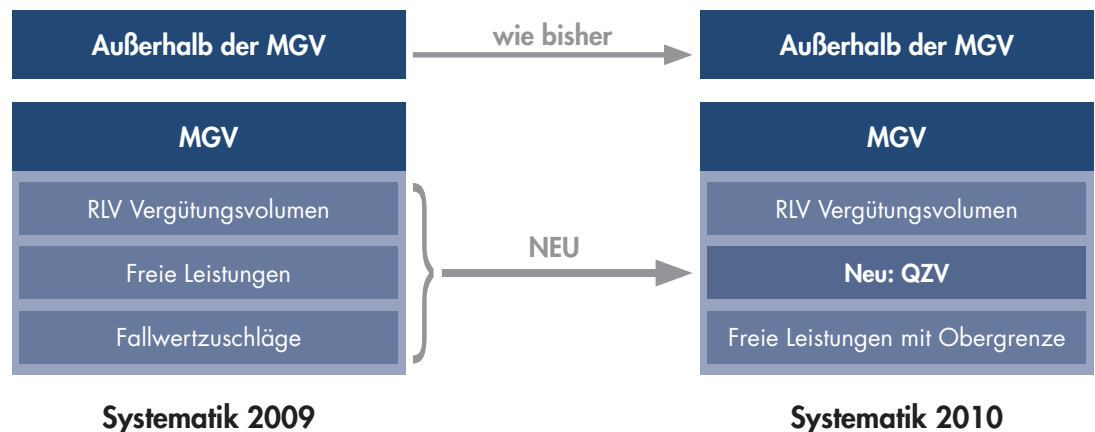
1. Honorar für Leistungen, die außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung ohne Mengenbegrenzung zu festen Preisen honoriert werden
2. Laborleistungen, Leistungen, die im Rahmen des organisierten Notfalldienstes erbracht werden, Leistungen des Kapitels 11 EBM (Humangenetik), Leistungen des Kapitels 19 EBM (Pathologie) sowie Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM
3. Honorar für Leistungen innerhalb der „RLV + QZV Obergrenze“ sowie Honorar für RLV- und QZV-Leistungen, die bei Überschreitung der Obergrenze zu abgestaffelten Preisen vergütet werden, sowie die Vergütung für besonders förderungswürdige („freie“) Leistungen* innerhalb der einzelnen Fachgruppen

Leistungen, die innerhalb des Regelleistungsvolumens mit den Preisen der Eurogebührenordnung bezahlt werden, waren schon seit Einführung der RLV zu Beginn des Jahres 2009 nicht der einzige Bestandteil der ärztlichen Vergütung.

Je nach Fachgruppe und Praxisausrichtung kamen noch weitere Teile hinzu:

- so genannte freie Leistungen
- Erweiterungen des RLV aufgrund von Praxisbesonderheiten
- Honorarvolumen aus dem abgestaffelten Leistungsvolumen

In der näheren Zukunft wird sich daran vor allem die Gewichtung und Zusammensetzung ändern: zahlreiche Leistungen, die bislang innerhalb und außerhalb der RLV vergütet wurden, werden nun in QZV zusammengefasst. Ebenso münden etliche bislang anerkannte Praxisbesonderheiten in den QZV. Lediglich der Teil der freien Leistungen, die schon bisher außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung bezahlt werden, ändert sich nicht. Nur in wenigen Fällen verbleiben noch einige freie Leistungen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, die dann aber das Verteilungsvolumen der Fachgruppe belasten, die diese Leistungen erbringt.



*Diese finden Sie in der Ergänzungsbroschüre QZV unter der jeweiligen Fachgruppentabelle.

2.1 Freie Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

Es gibt einige Leistungen, die nicht in die MGV fallen, sondern von den Krankenkassen außerhalb der MGV bezahlt werden. Diese Unterscheidung ist relevant, da diese Leistungen nach den BA-Beschlussvorgaben aus Berlin auf jeden Fall ohne Mengenbegrenzung mit den Preisen der bayerischen Euro-Gebührenordnung (B€GO) vergütet werden.

Dies sind zum Beispiel Vorsorgeuntersuchungen, ambulante Operationen, Strahlentherapie oder die Substitutionsbehandlung. Auch regionale Vereinbarungen (wie etwa Impfungen, Kontrastmittelpauschalen, Sachkosten ambulantes Operieren) fallen unter diese Vergütung.

Eine Übersicht dieser Leistungen finden Sie im Anhang 2.

2.2 Leistungen ohne individuelle Obergrenze, aber gegebenenfalls mit verminderter Vergütung

Für einige Leistungsbereiche werden ab 1. Juli 2010 so genannte Honorarvolumen gebildet.

Dies gilt für

- Labor-Leistungen GOP 12210, 12220, 01320 sowie laboratoriumsmedizinische Leistungen und Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM
- Leistungen des organisierten Notfalldienstes
- Leistungen des Kapitels 11 EBM (Humangenetik)
- Leistungen des Kapitels 19 EBM (Pathologie)
- Kostenpauschalen gemäß Kapitel 40 EBM (soweit nicht bereits außerhalb der MGV, siehe Punkt 2.1)

Für diese Leistungen wird jeweils vorab nach festen Berechnungsvorgaben ein bestimmtes Honorarvolumen berechnet. Welches Geldvolumen für diese Leistungen „reserviert“ werden muss, ist dabei vom Bewertungsausschuss vorgegeben. Aus diesem Honorarvolumen werden dann die im jeweiligen Quartal abgerechneten Leistungen bezahlt.

Die Leistungen werden grundsätzlich zu den Preisen der B€GO vergütet. Werden im Abrechnungsquartal von allen Ärzten zusammen mehr Leistungen abgerechnet, als im dafür bereitgestellten Honorarvolumen kalkuliert ist, erfolgt bei diesen Leistungen eine entsprechend verminderte („quotierte“) Vergütung.

2.3 Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundene Zusatzvolumen

RLV gibt es auch weiterhin nach dem 1. Juli 2010. Neu eingeführt wurden daneben die **QZV**, wodurch die seit 1. Januar 2009 bestehende Systematik aus RLV/freien Leistungen/qualifikationsgebundenen Fallwertzuschlägen abgelöst wird.

Bisher wurde der Praxis vor Quartalsbeginn ein RLV in Form eines Euro-Betrags als Obergrenze mitgeteilt („Zuweisung“). Diese Zuweisung einer Obergrenze gibt es weiterhin. Die Obergrenze (Euro-Betrag) setzt sich allerdings ab dem 1. Juli 2010 anders zusammen, nämlich aus der Summe aus **RLV und QZV**.

$$\text{Obergrenze} = \text{RLV} + \text{QZV}$$

2.3.1 Regelleistungsvolumen (RLV)

In das RLV fallen alle Leistungen, außer

- die oben unter den Punkten 2.1 bis 2.2 genannten Leistungen
- die in der Ergänzungsbroschüre QZV genannten Leistungen

Gleich geblieben ist dabei die Berechnung der arztbezogenen RLV:

$$\text{RLV}_{\text{Arzt}} = \text{arztgruppenspezifischer RLV-Fallwert} \times \text{RLV-relevante Fallzahl}_{\text{Arzt im Vorjahresquartal}} \times \text{Altersfaktor}$$

arztgruppenspezifischer RLV-Fallwert

Die Berechnung der RLV-Fallwerte erfolgt nach einer für alle Kassenärztlichen Vereinigungen vorgegebenen Formel. Den für Sie im jeweiligen Quartal geltenden RLV-Fallwert finden Sie in Ihrem Zuweisungsbescheid. Eine Übersicht über die RLV-Fallwerte je Fachgruppe insgesamt finden Sie quartalsbezogen unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Honorar/Honorar ab 01.07.10*.

RLV-relevante Fallzahl_{Arzt im Vorjahresquartal}

Für die RLV-Berechnung wird weiterhin auf die RLV-relevanten Fallzahlen des entsprechenden Vorjahresquartals abgestellt (zum Beispiel für 3/2010 also auf 3/2009).

Definition aus dem Beschluss des BA:

„Für das Regelleistungsvolumen relevante Fälle sind kurativ-ambulante Behandlungsfälle gemäß § 21 Abs. 1 und Abs. 2 BMV-Ä bzw. § 25 Abs. 1 und Abs. 2 EKV, ausgenommen Notfälle im organisierten Notfalldienst und Überweisungsfälle zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen und Fälle, in denen ausschließlich Leistungen und Kostenerstattungen, die nicht dem Regelleistungsvolumen unterliegen, abgerechnet werden.“

Das bedeutet

- für die **Einzelpraxis**: Die Zahl der RLV-Fälle entspricht der Zahl der (RLV-relevanten) Behandlungsfälle im Vorjahresquartal. Dabei ist ein Fall zum Beispiel nicht RLV-relevant, wenn im Vorjahresquartal nur Leistungen abgerechnet wurden, die ab 3/2010 nicht dem RLV unterliegen.
- für **Berufsausübungsgemeinschaften (BAG), Medizinische Versorgungszentren (MVZ) und Praxen mit angestellten Ärzten** (Achtung: nicht Job-Sharing, siehe Teil 1, Punkt. 3.1.): Auch hier sind die Behandlungsfälle maßgeblich für die Bemessung des RLV. Für die Aufteilung der Behandlungsfälle auf die in der BAG tätigen Ärzte kommt es auf den jeweiligen Anteil der Arztfälle an der Gesamt-Arztfallzahl der BAG an.

Altersfaktor

Gleich geblieben ist auch die Berücksichtigung des Alters der Versicherten. Das Alter wird dabei über den so genannten Morbiditätsfaktor in die Berechnung des RLV eingebunden.

Berücksichtigt wird der unterschiedliche Behandlungsaufwand in den verschiedenen Altersklassen:

- bis zum vollendeten fünften Lebensjahr
- ab dem sechsten Lebensjahr bis zu vollendeten 59. Lebensjahr
- ab dem 60. Lebensjahr

Auch dieser Faktor wird nach einer vorgegebenen Formel errechnet. Dabei wird sowohl die Altersverteilung der Patienten in der jeweiligen Fachgruppe, wie auch beim einzelnen Arzt berücksichtigt.

Zuschlagsregelung im RLV für BAG, MVZ und Praxen mit angestellten Ärzten

Für Gemeinschaftspraxen und Kooperationen gilt bei der RLV-Berechnung weiterhin die bereits bekannte Zuschlagsregelung:

- Für fach- und schwerpunktgleiche BAG und Praxen mit angestellten Ärzten* der gleichen Arztgruppe wird das RLV um zehn Prozent erhöht.
- Bei fach- und schwerpunktübergreifenden BAG/MVZ und Praxen mit angestellten Ärzten* wird das RLV um bis zu 40 Prozent erhöht. Hier erfolgt die Anhebung des RLV um fünf Prozent je Fachgruppe für maximal sechs Fachgruppen. Für jede weitere Gruppe wird das RLV dann jeweils um weitere 2,5 Prozent angehoben. Ärzte mit mehreren Gebiets- und Schwerpunktsbezeichnungen werden mit einem Gebiet oder Schwerpunkt berücksichtigt.

Hinweis: Änderung der Zuschlagsregelung voraussichtlich ab 1. Januar 2011

Die Zuschlagsregelung für fach- und schwerpunktübergreifende BAG und MVZ bleibt bis 31. Dezember 2010 unverändert. Ab 2011 sollen laut Bewertungsausschuss Änderungen erfolgen.

**nicht im Job-Sharing (siehe Punkt 3.1 auf Seite 21)*

Teil 1: Honorar für Hausärzte und Fachärzte

Regelung bei Überschreitung der RLV-Durchschnittsfallzahlen

Diese Regelung greift bereits im Rahmen der Zuweisung:

- Liegt ein Arzt bei der Ermittlung seines RLV mit seinen individuellen Fallzahlen des Vorjahresquartals um weniger als 50 Prozent über den Fallzahlen der Arztgruppe, so hat diese Überschreitung bei der Berechnung des Arzt-RLV keine Auswirkung.
- Liegt der Arzt jedoch im Vorjahresquartal mehr als 50 Prozent über den Fallzahlen seiner Arztgruppe, so erfolgt bei der Berechnung seines RLV, das ihm zugewiesen wird, eine „Minderung“ bei den Fallwerten.

Was bedeutet das?

Der für die RLV-Berechnung verwendete, arztgruppenspezifische Fallwert wird stufenweise wie folgt gemindert:

- Um **25 Prozent**: für Fälle **über 150 Prozent bis 170 Prozent** der durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe
- Um **50 Prozent**: für Fälle **über 170 Prozent bis 200 Prozent** der durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe
- Um **75 Prozent**: für Fälle **über 200 Prozent** der durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe

Beispiel:

$$\text{RLV-Fallzahl}_{\text{Arzt}} 3/2009 = 1.700^* \text{ Fälle}$$

$$\text{RLV-Fallzahl}_{\text{Arztgruppe}} 3/2009 = 800 \text{ Fälle}$$

$$* 1200 + 160 + 240 + 100 = 1700$$

Regelleistungsvolumen:

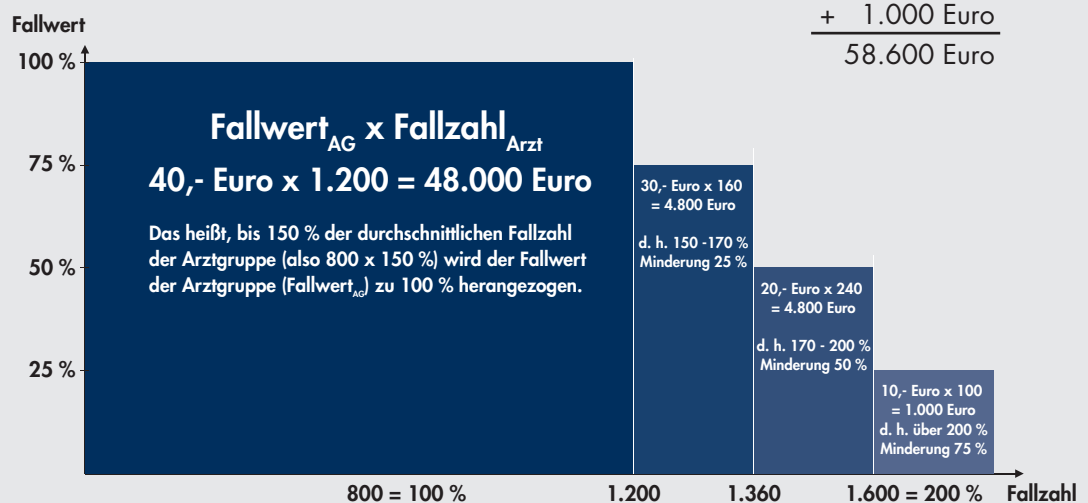
48.000 Euro

+ 4.800 Euro

+ 4.800 Euro

+ 1.000 Euro

58.600 Euro



Bei dieser Berechnung wird immer auf die Fallzahlen des Vorjahresquartals abgestellt und nicht auf die tatsächlich abgerechneten Fälle im aktuellen Quartal. Es erfolgt also zum Beispiel für die Zuweisung des RLV 3/2010 ein Abgleich der Fallzahlen des Arztes in 3/2009 mit den durchschnittlichen Fallzahlen der Arztgruppe in 3/2009.

2.3.2 Qualifikationsgebundene Zusatzvolumen (QZV)

Die QZV sind ein neuer Honorarbestandteil, in denen ein Großteil der bisher freien Leistungen und Fallwertzuschläge gebündelt wird. Zusammen mit dem RLV bilden sie die neue Obergrenze für fast alle Leistungen innerhalb der MGV.

Einzelheiten zu den QZV

Für jede* RLV-Arztgruppe gibt es mehrere QZV. So sind etwa für Hausärzte 24 QZV vorgesehen. Für Hautärzte gibt es 18 QZV, für Orthopäden 11 QZV.

Bei der Zusammensetzung der QZV gab es einen größeren regionalen Gestaltungsspielraum. Wir haben diesen genutzt und die QZV in enger Abstimmung mit den Fachausschüssen und Berufsverbänden für Bayern ausgestaltet. Diese Vorschläge wurden dann in die Kassenverhandlungen eingebracht. Hierüber hatten wir bereits im Vorfeld ausführlich informiert.

Die für die einzelnen Fachgruppen jeweils relevante QZV-Liste finden Sie in unserer Ergänzungsbroschüre QZV.

Berechnung der QZV

Die QZV je Arzt errechnen sich nach folgender Formel:

$$\begin{aligned} \text{QZV 1}_{\text{Arzt}} &= \text{arztgruppenspezifischer QZV 1-Fallwert} \times \text{QZV-relevante Leistungsfallzahl}_{\text{Arzt im Vorjahresquartal}} \\ &+ \\ \text{QZV 2}_{\text{Arzt}} &= \text{arztgruppenspezifischer QZV 2-Fallwert} \times \text{QZV-relevante Leistungsfallzahl}_{\text{Arzt im Vorjahresquartal}} \\ &+ \\ \text{QZV n}_{\text{Arzt}} &= \text{arztgruppenspezifischer QZV n-Fallwert} \times \text{QZV-relevante Leistungsfallzahl}_{\text{Arzt im Vorjahresquartal}} \end{aligned}$$

Nicht berücksichtigt werden bei der QZV-Berechnung das Alter der Patienten (Morbiditätsfaktor) sowie der Zuschlag für BAG, MVZ und Praxen mit angestellten Ärzten. Diese gelten nur für die RLV-Berechnung.

arztgruppenspezifischer QZV-Fallwert

Je Arztgruppe wird für jedes QZV ein eigener QZV-Fallwert errechnet. Den für Sie im jeweiligen Quartal geltenden QZV-Fallwert finden Sie in Ihrem Zuweisungsbescheid. Eine Übersicht über alle QZV-Fallwerte finden Sie quartalsbezogen unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Honorar/Honorar ab 01.07.10*.

**Ausnahme: Fachärzte für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie*

QZV-relevante Fallzahl_{Arzt} = Leistungsfall

Grundlage für die Berechnung und Zuweisung der QZV ist der **Leistungsfall**:

Leistungsfall ist dabei jeder Fall, in dem im entsprechenden Vorjahresquartal mindestens eine Leistung aus dem jeweiligen QZV abgerechnet und anerkannt wurde.

Hier liegt eine wichtige Abweichung zur RLV-Berechnung vor. Beim RLV wird auf den Behandlungsfall abgestellt, beim QZV auf den Leistungsfall.

Beispiel:

Fallzahlzählung RLV und QZV

Für Orthopäden sind unter anderem folgende QZV vorgesehen:

- QZV Sonographie I: GOP 33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092
- QZV Chirotherapie: GOP 30200, 30201
- QZV Teilradiologie: GOP siehe Ergänzungsbroschüre

Konstellation 1: RLV und mehrere QZV

Im Quartal 3/2009 wurden von einem Orthopäden folgende Leistungen bei einem Patienten abgerechnet und anerkannt: GOP 18211, 18311 sowie 33050, 30200, 34233

Damit ergibt sich

- 1 RLV-revanter Behandlungsfall (GOP 18211, 18311)
- 1 Leistungsfall für das QZV Sonographie I
- 1 Leistungsfall für das QZV Chirotherapie
- 1 Leistungsfall für das QZV Teilradiologie

Konstellation 2: RLV und 1 QZV

Im Quartal 3/2009 wurden von einem anderen Orthopäden folgende Leistungen bei einem Patienten abgerechnet und anerkannt: GOP 18211 sowie 34233 und 34234

Damit ergibt sich

- 1 RLV-revanter Behandlungsfall (GOP 18211)
- 1 Leistungsfall für das QZV Teilradiologie

Werden in einem Fall mehrere Leistungen aus dem gleichen QZV abgerechnet, so zählt dies nur als ein Leistungsfall. Im Beispiel gehören die GOP 34233 und 34234 beide in das gleiche QZV (Teilradiologie). Mit der Abrechnung der beiden Leistungen in 3/2009 wird daher nur ein QZV-revanter-Leistungsfall ausgelöst.

Wer erhält ein QZV?

Sie erhalten ein QZV zugewiesen, wenn

- Sie mindestens eine Leistung des entsprechenden QZV im jeweiligen Vorjahresquartal abgerechnet haben, die in der Honorarabrechnung anerkannt wurde, und
- Sie die zutreffende Gebiets- beziehungsweise Schwerpunktbezeichnung führen. Unterliegt die Erbringung von Leistungen, die in einem QZV aufgeführt sind, dem Nachweis einer besonderen Qualifikation nach § 135 Abs. 2 SGB V, 137 SGB V, ist eine entsprechende Genehmigung erforderlich.

Beispiel:

Der Arzt hatte im Vorjahresquartal 3/2009 insgesamt 800 RLV-relevante Behandlungsfälle. Davon wurden in 400 Fällen QZV-relevante Leistungen abgerechnet und anerkannt.

Von diesen 400 Leistungsfällen fallen

- 100 Leistungsfälle in das QZV1,
- 100 Leistungsfälle in das QZV2,
- 200 Leistungsfälle in das QZV3

Zum RLV: Der RLV-Fallwert beträgt 40 Euro, der Altersfaktor beträgt 1

Zum QZV: Der QZV1-Fallwert beträgt 12 Euro, der QZV2-Fallwert beträgt 10 Euro und der QZV3-Fallwert liegt bei 15 Euro

Die Obergrenze aus RLV und QZV für 3/2010 errechnet sich wie folgt:

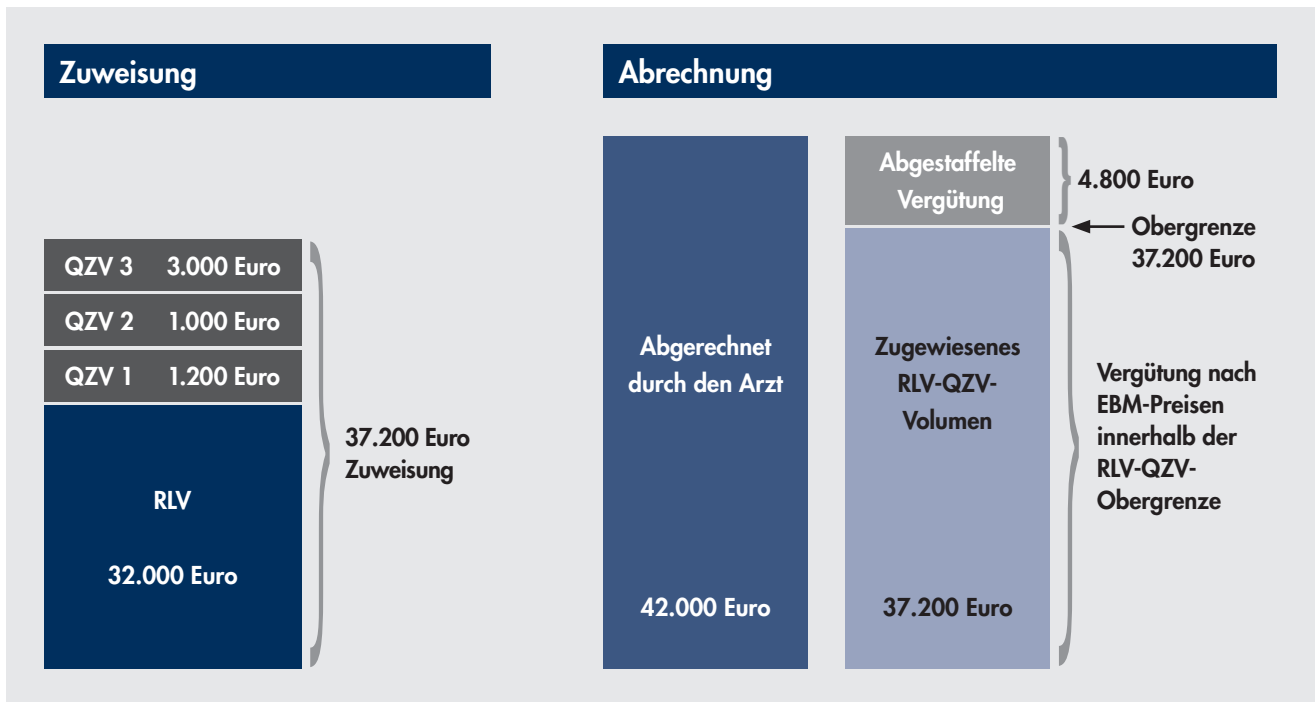
40 Euro (RLV-Fallwert) mal 800 (RLV-relevante) Behandlungsfälle	= 32.000 Euro
12 Euro (QZV1) mal 100 QZV1-Leistungsfälle	= 1.200 Euro
10 Euro (QZV2) mal 100 QZV2-Leistungsfälle	= 1.000 Euro
15 Euro (QZV3) mal 200 QZV3-Leistungsfälle	= 3.000 Euro

Obergrenze 3/2010

37.200 Euro

Bis zu dieser Obergrenze werden die RLV- und QZV-relevanten Leistungen nach den Preisen der B€GO vergütet. Bei Überschreitung dieser Obergrenze aus RLV + QZV wird die Überschreitung entsprechend abgestaffelt (wie bisher) vergütet.

Siehe Abbildung zu diesem Beispiel auf der nächsten Seite.



2.3.3 Zuweisung RLV und QZV

Die neue Obergrenze aus **RLV und QZV** wird weiterhin praxisbezogen in einem Zuweisungsbescheid vor Quartalsbeginn mitgeteilt.

- Im Zuweisungsbescheid findet sich die **Obergrenze aus RLV und QZV je Arzt** als ein Gesamt-Eurobetrag
- In Gemeinschaftspraxen/BAG wird diese je Arzt ermittelte Obergrenze jeweils addiert. **Die Summe stellt dann die Gesamt-Obergrenze der Praxis dar.**

$$\begin{aligned} \text{Arzt 1} &= \text{RLV} + \text{QZV 1} + \text{QZV 2} + \text{QZV 3 etc.} = \text{Obergrenze für Arzt 1} \\ + \text{Arzt 2} &= \text{RLV} + \text{QZV 1} + \text{QZV 3} + \text{QZV 5 etc.} = \text{Obergrenze für Arzt 2} \\ \hline \text{Zuweisung Obergrenze Praxis}_{\text{gesamt}} &= \text{Obergrenze Arzt 1} + \text{Obergrenze Arzt 2} \end{aligned}$$

Bereinigung aufgrund von Selektivverträgen:

Bitte beachten Sie, dass sich die Ihnen im Zuweisungsbescheid mitgeteilte Obergrenze noch ändern, insbesondere niedriger ausfallen kann. Dies ist der Fall, wenn die KV bei Ihnen aufgrund von Selektivverträgen (§§ 73b, 73c, 140a ff.) eine Bereinigung durchführen muss. Auf diesen Umstand wird im Vorbehalt des Zuweisungsbescheides hingewiesen. Die Bereinigung wird dann konkret durch eine entsprechende Anpassung Ihrer Zuweisung durchgeführt werden.

Weitere Hinweise zum Thema Bereinigung finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Honorar/Bereinigung*.

RLV-/QZV-Berechnung*

Betriebsstättennummer: 631234500
Honorarnummer: 6312345
Quartal: 3/2010

QZV Berechnung

LANR: 123456
Name: Dr. Mustermann, Anne

Arztgruppe/Schwerpunkt: Allgemeinärzte

QZV (Name)	QZV-Fallwert	Leistungsfalzzahl 3/2009	Höhe QZV in €
QZV1	5€	5	25 €
QZV2	10€	100	1.000 €
QZV3	20€	80	1.600 €
QZV4	32 €	200	2.400 €
Summe QZV			5.025 €

Summe RLV und QZV (Obergrenze): **62.198 €**

Betriebsstättennummer: 631234500
Honorarnummer: 6312345
Quartal: 3/2010

RLV Berechnung

LANR: 1234567
Name: Dr. Mustermann, Anne

Arztgruppe/ Schwerpunkt: Allgemeinärzte

Fallwert
Arztgruppenspezifischer Fallwert: 40,00 €

Falzzahl
Durchschnittsfalzzahl der Arztgruppe/ Schwerpunkt: 800
RLV-relevante Falzzahl aus 3/2009: 1250
Morbiditätsquote (Alter Versicherte) 3/2009: 1,05

Auf Grundlage dieser Daten ermittelt sich das RLV wie folgt:

Falzzahl	Fallwert	Eurobetrag
Falzzahl bis 150 % Fachgruppendurchschnitt	1200	48.000 €
Falzzahl 151 bis 170 % Fachgruppendurchschnitt	50	30 €
Falzzahl 171 bis 200 % Fachgruppendurchschnitt	0	0 €
Falzzahl ab 201 % Fachgruppendurchschnitt	0	0 €
Summe RLV		48.030 €
Summe RLV nach Anpassung Morbiditätsquote Alter		51.975 €
Erhöhung RLV (BAG) um 10 % (fachgleicher GP)		57.173 €

Zuweisungsbescheid

Seite 4

Seite 3

Seite 2

Änderungen zum 01.07.2010. Die quartalsweise Berechnung der RLV und QZV erfolgt dabei nach Abschnitt 2.1 dieses Honorarvertrags.

2. Nach den Vorgaben des Gesetzgebers und den o. g. Beschlüssen / Vereinbarungen hat die Zuweisung praxisbezogen zu erfolgen. Der Wert je Praxis ergibt sich dabei aus der Summe der arztbezogenen Ermittlungen der RLV + QZV (Obergrenze) für die einzelnen Ärzte der Praxis.

Die Ermittlung der Obergrenze für die einzelnen Ärzte in Ihrer Praxis stellt sich wie folgt dar:

Name	Vorname	LANR	Obergrenze in Euro
Muster	Anne	1234567	62.198 €
Muster	Hubert	7654321	50.000 €

KVB 80584 München
Telefon: 0 18 05 / 90 92 90 - 10*
Fax: 0 180 / 5 70 93 - 9 45 36
Unter Zeichen: hon-RLV
BSNR
xx.xx.2010
*14 € pro Minute für Anrufe aus dem deutschen Festnetz, aus dem Mobilfunknetz max. 0,42 € pro Minute

Zuweisung Obergrenze (RLV + QZV) für das Quartal 3/2010

Sehr geehrte Frau Dr. Muster,
Sehr geehrter Herr Dr. Muster,

seit dem 01.01.2009 werden vor Quartalsbeginn Regelleistungsvolumina (RLV) in Form eines €-Betrags als Obergrenze zugewiesen.

Zum 01.07.2010 werden zusätzlich zum RLV so genannte qualifikationsgebundene Zusatzvolumina (QZV) eingeführt. Auch diese QZV sind je Praxis zuzuweisen. Ab dem 01.07.2010 setzt sich die in der Zuweisung mitgeteilte Obergrenze damit neu zusammen aus der Summe aus RLV und QZV.

Für das Quartal 3/2010 wird Ihrer Praxis folgende Obergrenze zugewiesen (87b Abs. 5 Satz 1 SGB V i.V.m. § 87b Abs. 2 Satz 1):

Honorarnummer (HNR)	Betriebsstättennummer (BSNR)	Obergrenze (RLV + QZV) der Praxis im Quartal 3/2010 in Euro
6312345	631234500	112.198 €

1. Die Grundlagen für die Zuweisung für das Quartal 3/2010 sind - neben den gesetzlichen Bestimmungen - der Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses (E-BA) vom 02.09.2009 und der Beschluss des Bewertungsausschusses (BA) vom 26.03.2010 sowie die ausführenden regionalen Vereinbarungen dazu. Im Bereich der KVB ist das die Vereinbarung über die Vergütung und Honorierung vertragstätiger Leistungen im Jahr 2010 nach §§ 82 Abs. 2 Satz 1, 87, 87a, 87b, 87c SGB V (Honorarvertrag 2010) mit den Krankenkassen unter Berücksichtigung der

- 1 RLV-Wert in Euro
- 2 Summe QZV in Euro
- 3 Obergrenze (Summe RLV + QZV je Arzt)
- 4 Zugewiesene Obergrenze der Praxis insgesamt (bei GP/BAG Addition der Werte aus 3)

*Für jeden weiteren Arzt einer Praxis wird jeweils ein eigenes RLV- und QZV-Berechnungsblatt eingefügt.

2.3.4 Abrechnung RLV und QZV

Verrechnung RLV und QZV

Neu sind auch die **Verrechnungsmöglichkeiten** zwischen RLV und QZV:

- Die QZV können untereinander verrechnet werden.
- Ein nicht ausgeschöpftes RLV kann mit QZV-Leistungen gefüllt werden.
- Ein nicht aufgebrauchtes QZV kann für RLV-Leistungen genutzt werden.

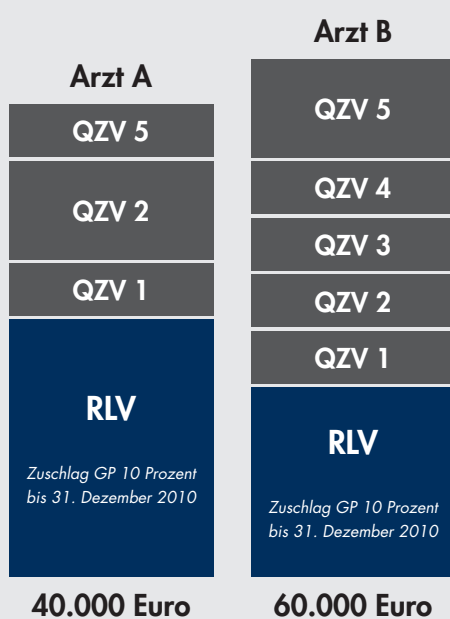
Honorarabrechnung

- Nach Eingang der Abrechnung wird geprüft, inwieweit sich eine Praxis insgesamt im Rahmen der zugewiesenen Obergrenze aus RLV + QZV bewegt oder diese überbeziehungsweise unterschreitet.
- Bis zu der mitgeteilten Obergrenze aus RLV + QZV erhält die Praxis ihre abgerechneten und anerkannten Leistungen mit den Preisen der B€GO.
- Liegt die Praxis nach der Abrechnung über dieser Obergrenze, erhält sie für diesen Leistungsanteil eine so genannte abgestaffelte Vergütung.

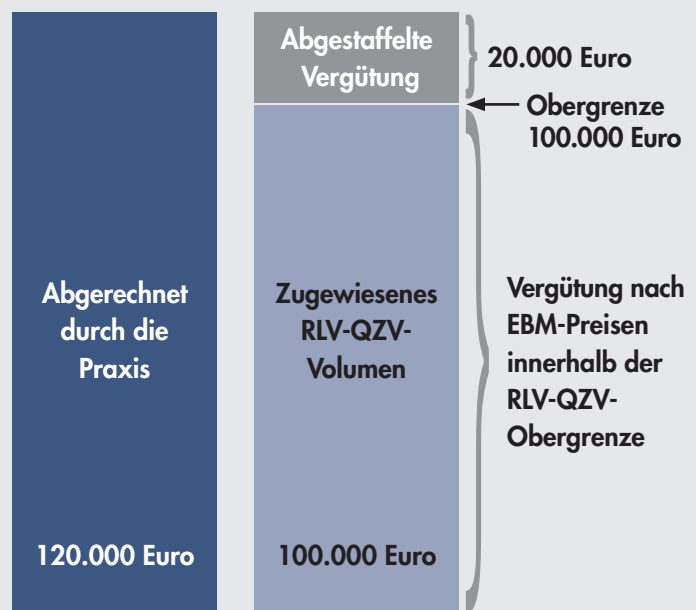
Beispiel: Fachgleiche Gemeinschaftspraxis

Das zugewiesene RLV-QZV-Volumen der Gemeinschaftspraxis addiert sich aus dem RLV-QZV-Volumen von Arzt A (40.000 Euro) und Arzt B (60.000 Euro) und beträgt somit 100.000 Euro.

Zuweisung



Abrechnung



3. Weitere Erläuterungen

3.1 Job-Sharing und Assistenten

Im Rahmen des Job-Sharing können Ärzte in einer Praxis als angestellte Ärzte oder als so genannte Job-Sharing „Junior-Partner“ tätig sein. Auch ab 1. Juli 2010 gilt: Diese Tätigkeit begründet kein eigenes RLV beziehungsweise QZV, sondern wird dem anstellenden Arzt beziehungsweise dem „Senior-Partner“ zugerechnet. Gleiches gilt für die Tätigkeit von Weiterbildungs-, Entlastungs- und Sicherstellungsassistenten. Der Grund: Sowohl die Tätigkeit im Job-Sharing, als auch die Tätigkeit der oben genannten Assistenten dürfen nicht zu einer Praxisausdehnung führen.

Bitte beachten Sie:

Die Ihnen im Rahmen des Job-Sharings separat mitgeteilten so genannten Job-Sharing-Obergrenzen bleiben davon unberührt. Diese Job-Sharing-Obergrenze ist von der Obergrenze aus RLV + QZV zu unterscheiden:

Das Job-Sharing ermöglicht die Anstellung bzw. Zulassung eines weiteren Arztes/Psychotherapeuten in einem Planungsbereich, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, und bedeutet im Ergebnis eine Arbeitsteilung. Die Job-Sharing-Obergrenze soll verhindern, dass die Praxen ihren bisherigen Praxisumfang wesentlich erweitern. Die Job-Sharing-Obergrenze umfasst sämtliche Leistungen – außer Impfungen, Präventionen und Notarztdienst/Rettungsdienst. Sie wird gesondert auf Basis der bayerischen Euro-Gebührenordnung in Euro berechnet.

3.2. Neupraxis/Anfänger

RLV

Hier bleibt es bei der bisher bekannten Regelung: Für einen Arzt, der im Vorjahresquartal noch nicht niedergelassen war (= Neupraxis), wird bei der RLV-Berechnung die eigene (RLV-relevante) Fallzahl des **Abrechnungsquartals** angesetzt. Nachdem diese Fallzahlen erst mit der tatsächlichen Abrechnung vorliegen, wird bei einem Neuanfänger wie bisher im Zuweisungsbescheid zunächst ein fachgruppendurchschnittliches RLV als (maximal erreichbares) RLV mitgeteilt. Erst mit Vorliegen der Abrechnung können die tatsächlichen Fallzahlen im Abrechnungsquartal ermittelt und angesetzt werden.

Ausnahme: Die eigenen Fallzahlen aus dem Abrechnungsquartal liegen über dem Fachgruppendurchschnitt. Dann ist dieser Durchschnitt relevant.

Beispiel:

Zuweisung:

Ein Arzt hat sich erstmals zum 1. Juli 2010 niedergelassen. Für die RLV-Berechnung kann man daher noch nicht auf Fallzahlen aus dem Quartal 3/2009 zurückgreifen. Der Fachgruppendurchschnitt in 3/2009 lag bei 800.

Aus diesem Grund wird bei der RLV-Berechnung im Zuweisungsbescheid 3/2010 zunächst der Fachgruppendurchschnitt von 800 Fällen für die Berechnung herangezogen.

40 Euro mal 800 Fälle = 32.000 Euro als maximal erreichbares RLV.

Nach der Abrechnung:

■ Beispiel 1:

Arzt reicht die Abrechnung 3/2010 mit 620 Fällen ein. Diese 620 eigenen Fälle des Abrechnungsquartals werden bei der Honorarermittlung als RLV-relevant zugrunde gelegt.

RLV also 40 Euro mal 620 Fälle = 24.800 Euro

■ Beispiel 2:

Arzt reicht die Abrechnung 3/2010 mit 880 Fällen ein. Diese eigenen Fälle übersteigen den Fachgruppenwert von 800. Der Abrechnung 3/2010 werden somit die 800 Fälle als RLV-relevant zugrunde gelegt.

RLV also 40 Euro mal 800 Fälle = 32.000 Euro

QZV

Auch beim QZV wird für Ärzte, die im Vorjahresquartal noch nicht niedergelassen waren, (Neupraxis/Anfänger) bei der QZV-Berechnung die eigene (QZV-relevante) Leistungsfallzahl des Abrechnungsquartals angesetzt.

Auch hier ist zum Zeitpunkt der Zuweisung (= vor Quartalsbeginn) noch nicht bekannt, wie hoch die QZV-Fallzahl nach der Abrechnung tatsächlich sein wird. Da es sich im QZV in der Regel um speziellere Fachgruppenleistungen handelt, ist zu Quartalsbeginn noch nicht absehbar, ob von einem neu niedergelassenen Arzt diese überhaupt erbracht werden.

Aus diesem Grund wird Neuanfängern zwar ein Eurobetrag für das RLV ausgewiesen (siehe oben), für die QZV aber zunächst „0“ angesetzt.

Nach Eingang der Abrechnung wird die tatsächliche Leistungsfallzahl je QZV errechnet und mit dem dazugehörigen QZV-Fallwert multipliziert. Die QZV-Fallwerte stehen für jedes Quartal unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Honorar/Honorar ab 01.07.10*. Auch hier gilt: Liegt die QZV-Fallzahl im Abrechnungsquartal über dem Fachgruppendurchschnitt des Vorjahresquartals, wird der Fachgruppendurchschnitt zur QZV Ermittlung angesetzt.

Beispiel:

Zuweisung:

Ein Arzt lässt sich erstmals zum 1. Juli 2010 nieder. Für die QZV-Berechnung kann man daher noch nicht auf eigene Fallzahlen aus dem Quartal 3/2009 zurückgreifen. In der Fachgruppe liegt die Durchschnittsfallzahl bei 150 Leistungsfällen. Der Fallwert beträgt 12 Euro. Es ist jedoch noch nicht bekannt, ob die QZV-Leistungen vom Arzt in 3/2010 auch tatsächlich abgerechnet werden.

Aus diesem Grund wird bei der QZV-Berechnung im Zuweisungsbescheid 3/2010 zunächst „0“ angesetzt.

Nach der Abrechnung:

■ Beispiel 1:

Arzt reicht die Abrechnung 3/2010 mit 100 QZV-relevanten Leistungsfällen ein. Diese 100 eigenen Fälle des Abrechnungsquartals werden bei der Honorarermittlung als QZV-relevant zugrunde gelegt.

QZV also 12 Euro mal 100 Fälle = 1.200 Euro

■ Beispiel 2:

Arzt reicht die Abrechnung 3/2010 mit 165 Fällen ein. Diese eigenen Fälle übersteigen den Fachgruppenwert von 150 Fällen. Der Abrechnung 3/2010 werden die 150 Fälle des Fachgruppenschnitts als QZV-relevant zugrunde gelegt.

RLV also 12 Euro mal 150 Fälle = 1.800 Euro

Ist ein Arzt, der unter die Anfängerregelung fällt, in einer GP/BAG tätig, greift die Regelung „eigene Fallzahl bis maximal Fachgruppenschnitt“ nur unter der Voraussetzung, dass es in der Praxis **insgesamt** nicht zu einem Fallzahlrückgang gekommen ist.

Bei Neupraxen erfolgt die oben beschriebene Umsetzung mit der Honorarabrechnung automatisch. Eine gesonderte Antragsstellung ist nicht erforderlich.

3.3 Jungpraxis

RLV und QZV

Unter einer Jungpraxis versteht man eine Praxis, die sich noch im Aufbau befindet. Eine Praxis ist dann nicht mehr im Aufbau, wenn seit der ersten Niederlassung des betreffenden „Jung-Arztes“ mehr als 20 Quartale vergangen sind und/oder der Fachgruppenschnitt (bezogen auf die Fallzahl) im Vorjahresquartal erreicht ist.

Jungpraxen erhalten in der Zuweisung ihre im Vorjahresquartal abgerechneten RLV-beziehungsweise QZV-relevanten Fälle mitgeteilt. Parallel dazu stehen die entsprechenden Durchschnittsfallzahlen (aus dem Vorjahresquartal) und die RLV-/QZV-Fallwerte der Fachgruppen im Internet zur Verfügung. Die Obergrenze für den jeweiligen Arzt ergibt sich aus der Multiplikation des entsprechenden Fallwertes (QZV und RLV) mit der jeweiligen RLV-/QZV-Durchschnittsfallzahl der Fachgruppe.

Mit der Abrechnung wird dann bei Ärzten, die unter die Jungpraxis-Regelung fallen, die eigene (RLV- beziehungsweise QZV-relevante) Fallzahl des Abrechnungsquartals angesetzt. Soweit jedoch die eigene Fallzahl im Abrechnungsquartal über dem Fachgruppenschnitt liegt, kommt der Fachgruppenschnitt zum Ansatz.

Beispiel:

Zuweisung:

Ein Arzt, der unter die Jungpraxis-Regelung fällt, hatte im Quartal 3/2009 insgesamt 550 RLV-Fälle sowie 150 QZV-Fälle. In der Zuweisung werden daher die 550 Fälle bei der RLV-Berechnung und die 150 Fälle bei der QZV-Berechnung herangezogen. Die Fachgruppe hat 800 RLV-Fälle und 170 QZV-Fälle, der Fallwert liegt bei 40 Euro im RLV und zehn Euro im QZV.

In der Zuweisung:

40 Euro mal 550 RLV- Fälle = **22.000 Euro**

10 Euro mal 150 QZV-Fälle = **1.500 Euro**

Maximale Obergrenze:

40 Euro mal 800 RLV-Fälle, also **32.000 Euro** im RLV

10 Euro mal 170 QZV-Fälle, also **1.700 Euro** im QZV

Nach der Abrechnung:

■ Beispiel 1:

Arzt reicht die Abrechnung 3/2010 mit 620 RLV-Fällen und 160 QZV-Fällen ein. Diese 620 beziehungsweise 160 eigenen Fälle des Abrechnungsquartals werden bei der Honorarermittlung als RLV- beziehungsweise QZV-relevant zugrunde gelegt.

RLV: 40 Euro mal 620 Fälle = 24.800 Euro

QZV: 10 Euro mal 160 Fälle = 1.600 Euro

■ Beispiel 2:

Arzt reicht die Abrechnung 3/2010 mit 880 RLV-Fällen und 190 QZV-Fällen ein. Diese eigenen Fälle übersteigen den Fachgruppenwert von 800 beziehungsweise 170 Fällen. Der Abrechnung 3/2010 werden die 800 Fälle als RLV-relevant und 170 Fälle als QZV-relevant zugrunde gelegt.

RLV: 40 Euro mal 800 Fälle = 32.000 Euro

QZV: 10 Euro mal 170 Fälle = 1.700 Euro

Ist ein Arzt, der unter die Jungpraxis-Regelung fällt, in einer GP/BAG tätig, greift die Regelung „eigene Fallzahl bis maximal Fachgruppendurchschnitt“ nur unter der Voraussetzung, dass es in der Praxis insgesamt nicht zu einem Fallzahlrückgang gekommen ist.

Bei Jungpraxen erfolgt die oben beschriebene Umsetzung mit der Honorarabrechnung automatisch. Eine gesonderte Antragsstellung ist nicht erforderlich.

3.4 Praxisübernahme

Wird bei den Konstellationen nach 3.2 und 3.3 eine Praxis übernommen, die im Vorjahresquartal tätig war und übersteigen die Fallzahlen dieser Praxis im Vorjahresquartal den Fachgruppendurchschnitt, besteht die Möglichkeit, einen Antrag auf Übernahme dieser Vorgängerzahlen zu stellen.

Bitte beachten:

- Dem Antrag ist eine schriftliche Einverständniserklärung des Praxisvorgängers auf Übernahme der Vorjahresfallzahl beizulegen.
- Ein Antrag ist nicht zulässig, wenn der Praxisvorgänger die ärztliche Tätigkeit im gleichen Planungsbereich nicht beendet hat, indem er sich zum Beispiel in der übernommenen Praxis anstellen lässt.
- Qualifikationsgebundene Voraussetzungen müssen dabei auch in der Person des Praxisübernehmers vorliegen.

3.5 Änderung der Kooperationsform

Konstellations- beziehungsweise Statusänderungen haben auch nach der neuen RLV/QZV-Systematik in fast allen Fällen direkte Auswirkung auf die einem Arzt/einer Praxis je Quartal zuzuweisende Obergrenze.

Statusrelevante Praxisänderungen sind zum Beispiel Neu-Niederlassungen, personelle Veränderungen in BAG sowie die Begründung beziehungsweise Beendigung eines Beschäftigungsverhältnisses mit einem angestellten Arzt.

Kurzfristige Statusänderungen können dabei unter Umständen nicht mehr direkt zum Zuweisungszeitpunkt berücksichtigt werden. Dadurch entsteht ein nachträglicher Korrekturbedarf des zugewiesenen RLV/QZV, wenn etwa ein Arzt aus einer Gemeinschaftspraxis ausgeschieden und in eine andere gewechselt ist.

Selbstverständlich werden die sich für das RLV ergebenden Veränderungen so schnell wie möglich umgesetzt. Da diese nachträglichen – manuell durchzuführenden – Korrekturen jedoch sehr aufwändig sind, kann es zu längeren Bearbeitungszeiten kommen. Besonders arbeitsintensiv sind dabei Korrekturen, die sich aufgrund eines Wechsels in der Kooperationsform im laufenden Quartal ergeben. Planbare Praxisänderungen sollten daher möglichst frühzeitig beim Zulassungsausschuss beantragt werden.

3.6 Psychotherapieanteil über oder unter 90 Prozent

Die RLV- und QZV-Regelung gilt für die im Anhang 1 genannten Fachgruppen. Für Psychotherapeuten und ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte gelten dagegen nicht die RLV und QZV, sondern die so genannten „zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen“ (siehe Teil 2).

Als **ausschließlich psychotherapeutisch tätig** gilt ein Arzt, wenn sein Anteil an den psychotherapeutischen Leistungen am Gesamtleistungsbedarf über 90 Prozent liegt. Die Ermittlung des Anteils erfolgt wie auch in der Vergangenheit nach den Bedarfsplanungsrichtlinien: Psychotherapeutische Leistungen in diesem Sinne sind die Leistungen des Abschnitts 35.2 und 35.3 sowie die Leistungen nach den Nummern 35111 bis 35113, 35120, 35130, 35131, 35140 bis 35142 und 35150 des EBM.

Jeder Arzt, für den nicht grundsätzlich bereits die zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen gelten (siehe Teil 2), erhält unabhängig vom Psychotherapieanteil zunächst ein RLV zugewiesen.

Überschreitet er im Abrechnungsquartal die Grenze von 90 Prozent, so gelten dann die zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen und werden bei seiner Abrechnung entsprechend berücksichtigt.

3.7 RLV = „0“

Das RLV ermittelt sich nach der Formel: Fallwert (Arztgruppe) x Fallzahl des Arztes im Vorjahresquartal x Altersfaktor. Wurden im Vorjahresquartal keine RLV-relevanten Fälle abgerechnet, ergibt sich rechnerisch ein RLV von „0“.

Dies kann beispielsweise daran liegen, dass im Vorjahresquartal

- keine Abrechnung eingereicht wurde (zum Beispiel aufgrund einer ruhenden Zulassung)
- nur solche Leistungen erbracht wurden, die nicht in das RLV fallen (sondern als freie Leistungen außerhalb der MGV vergütet werden)

Ein RLV mit einem Wert von „0“ bedeutet aber nicht, dass die Tätigkeit im aktuellen Quartal dann ohne Obergrenze bleibt oder umgekehrt gleich alle RLV-Leistungen in die Abstufung fallen. Vielmehr kann es erforderlich sein, die erfolgte RLV-„0“-Zuweisung je nach der im Einzelfall konkret vorliegenden Konstellation zu korrigieren.

Sollte sich also für das aktuelle Quartal die Abrechnungssituation geändert haben und die RLV-„0“-Zuweisung daher nicht zutreffen, bitten wir um Mitteilung, beispielsweise über das Servicetelefon unter 0 18 05 / 90 92 90 – 10*.

**14 Cent pro Minute für Anrufe aus dem deutschen Festnetz, maximal 42 Cent pro Minute aus Mobilfunknetzen*

4. Anpassung/Korrektur der Obergrenze im Einzelfall

Mit der Neuregelung zum 1. Juli 2010 änderte sich auch die bisher bekannte Systematik zur Anpassung der Obergrenze in einigen Punkten. Nachdem zum Zeitpunkt der Drucklegung noch nicht alle Einzelheiten abschließend feststanden, finden Sie in dieser Broschüre zunächst die wichtigsten Eckpunkte. Jeweils aktuelle Details finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Honorar/Honorar ab 01.07.10*.

4.1. Korrektur der Obergrenze in Bezug auf die Fallzahl

In bestimmten Konstellationen kann bei der KVB ein **Antrag** auf Korrektur der Obergrenze in Bezug auf die Fallzahlen gestellt werden. Voraussetzung ist immer eine außergewöhnlich starke Erhöhung der Fallzahl des Arztes.

Dabei muss es sich grundsätzlich um eine **Fallzahlsteigerung handeln, die den durchschnittlichen Fallzahlanstieg der Fachgruppe übersteigt**.

Bei der besonderen Situation hinsichtlich der Fallzahlen ist zu unterscheiden

- zwischen einer sehr hohen Fallzahl im **aktuellen Quartal**, die auf „äußere“ Umstände (zum Beispiel die Aufgabe der Zulassung eines Arztes in der näheren Umgebung) zurückzuführen sein kann

Hinweis:

Diese Anträge können grundsätzlich erst dann bearbeitet werden, wenn die tatsächlichen Fallzahlen des Abrechnungsquartals vorliegen.

- oder es lag – bezogen auf das **Vorjahresquartal** – ein außergewöhnlicher und/oder durch den Arzt unverschuldeter Grund vor, der zu einer niedrigeren Fallzahl des Arztes in diesem Aufsatzquartal geführt hat.

4.2 Korrektur der Obergrenze in Bezug auf den RLV-Fallwert

Mit der Honorarreform zum 1. Juli 2010 fällt die Antragsmöglichkeit „Antrag auf RLV-Fallwertanpassung wegen Praxisbesonderheit“ in der bisher bekannten Form weg.

Praxisbesonderheiten sind grundsätzlich, so sieht es die Neuregelung vor, mit den QZV abgedeckt.

Alle bisher getroffenen Entscheidungen auf RLV-Fallwerterhöhung gelten daher ab 1. Juli 2010 nicht mehr.

Ein Antrag auf RLV-Fallwertanpassung wegen Praxisbesonderheit ist jedoch in zwei Fällen möglich:

- CT-Leistungen (Nummern 34310 bis 34351) von Neurologen und/oder Nervenärzten
- Mehrfachzulassungen im Bereich der Fachärztlichen Internisten, soweit eine eindeutige Schwerpunkt Tätigkeit in einem Schwerpunkt nicht gegeben ist.

In diesen beiden Fällen kann auf Antrag das RLV je Arzt im Einzelfall angepasst werden, wenn **zusätzlich** eine Überschreitung des durchschnittlichen Fallwertes der Arztgruppe von mindestens 15 Prozent resultiert.

4.3 Allgemeine Hinweise

Antragsfrist:

Ab Zuweisung bis spätestens einen Monat nach Bekanntgabe des Honorarbescheids für das jeweilige Quartal.

Adresse:

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns, Postfach, RLV, 80684 München

Sie erleichtern uns die Antragsbearbeitung und verkürzen damit auch die Bearbeitungszeit, wenn Sie

- bei der Antragsstellung die unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Honorar/Honorar ab 01.07.10/Anträge zur Obergrenze* eingestellten Antragsformulare verwenden.
- Ihren Antrag – soweit das Antragsformular nicht ausreicht – in einem Schreiben weiter begründen. Bitte vermeiden Sie es, weitere Einzelbegründungen nachzureichen.
- nicht in einem Schreiben gleichzeitig einen Antrag stellen und Widerspruch einlegen.

4.4 Härtefallregelung zur RLV-Anpassung (in Bezug auf den Fallwert)

Mit der neuen Struktur RLV und QZV ändert sich die bisherige Honorarsystematik. Praxisbesonderheiten sind grundsätzlich durch die neu eingeführten und differenziert ausgestalteten QZV abgedeckt.

Führt die Anwendung der Bestimmungen zu den RLV in Einzelfällen zu einer unzumutbaren Härte, kann auf Antrag aus Sicherstellungsgründen über die unter Punkt 4.2 genannte Regelung hinaus eine RLV-Anpassung (Fallwert) erfolgen, wenn

- die Härte durch Vorlage entsprechender Nachweise (zum Beispiel Einnahmenüberschuss-Rechnung) belegt wird und
- durch die Regelungen zur Konvergenz (siehe Teil 1, Punkt 5) nicht gemildert werden kann.

Die konkrete Umsetzung der Regelung stand zum Redaktionsschluss für diese Broschüre noch nicht fest. Sobald weitere Einzelheiten festgelegt sind, finden Sie Hinweise und Erläuterungen im Internet unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Honorar/Honorar ab 01.07.10/Anträge zur Obergrenze*.

5. Konvergenzregelung – Honorarausgleich

Auch für die Zeit ab 1. Juli 2010 sieht der Honorarvertrag 2010 eine Konvergenzregelung vor. Bezugsquartal – und das ist neu – ist **nicht mehr das Vorjahresquartal, sondern das Vorvorjahresquartal**, so ist es im Beschluss des BA vorgegeben. Für 3/2010 also 3/2008. Damit wird auf die „Honorarwelt“ vor Einführung der RLV-Systematik zurückgegriffen.

5.1 Automatische Prüfung ohne Antrag

Ein gesonderter Antrag auf Honorarausgleichszahlung ist nicht erforderlich bei „konstanten“ Praxiskonstellationen: Das ist dann der Fall, wenn die Praxis im Abrechnungsquartal (zum Beispiel 3/2010) und im Vorvorjahresquartal (zum Beispiel 3/2008) in gleicher personeller Zusammensetzung tätig war.

In diesem Fall enthalten Ihre Honorarunterlagen einen so genannten Konvergenznachweis. Diesem Nachweis können Sie entnehmen, ob Sie eine Honorarausgleichsregelung entsprechend den Voraussetzungen erhalten haben oder nicht. Dem Nachweis können Sie auch die Berechnung beziehungsweise den Ablehnungsgrund entnehmen.

5.2 Voraussetzungen

Honorarverlust

Ein Honorarausgleich ist erst möglich, wenn – bei Vorliegen der übrigen Voraussetzungen – ein Honorarrückgang von mehr als 15 Prozent gegeben ist.

Abgestellt wird auf den so genannten „ausgleichsrelevanten Umsatz“. Dieser wird auf Basis des abgerechneten und anerkannten Leistungsbedarfs einer Praxis errechnet. Hiervon werden bestimmte Posten abgezogen (Stichwort separate Kosten wie zum Beispiel die Leistungen aus Kapitel 40). Ein ausgleichsrelevanter überproportionaler Honorarverlust liegt vor, wenn sich der ausgleichsrelevante Umsatz insgesamt und der ausgleichsrelevante Umsatz je Fall einer Praxis um mehr als 15 Prozent gegenüber dem Vorvorjahresquartal verringert haben.

Der Honorarverlust muss durch die Umstellung der Mengensteuerung auf die neue Systematik oder dadurch begründet sein, dass bis zum Quartal 4/2008 vereinbarte Einzelleistungsvergütungen oder Kostenerstattungen entfallen sind.

Anwendungsbereich

- Die Konvergenz findet Anwendung auf Arztpraxen, die der Obergrenze aus RLV und QZV unterliegen.
- Es muss für die gleiche Praxiskonstellation ein Referenzquartal vorhanden sein. Dieses Referenzquartal hat sich für 2010 geändert. Referenzquartal für 2010 sind die entsprechenden Quartale des Jahres 2008.

Höhe der Ausgleichszahlung – Höchstwert

Für eine Honorarausgleichsregelung gilt ein Höchstwert: Eine Ausgleichszahlung wird geleistet bis

- maximal **85 Prozent** des Fallwertes des Referenzquartals,
- maximal jedoch **85 Prozent** des ausgleichsrelevanten Umsatzes des Referenzquartals erreicht sind.

5.3 Ausgleichszahlung auf Antrag

Ein Antrag auf Honorarausgleichszahlung ist erforderlich,

- bei nicht konstanten Praxiskonstellationen. Das ist insbesondere der Fall, wenn sich die personelle Zusammensetzung der Praxis verändert hat.
- bei Praxen, in denen mindestens ein Arzt am Selektivvertrag teilnimmt.

5.4 Hinweise zur Antragsstellung und Antragsfrist

Bitte beachten Sie, dass ein Antrag auf Honorarausgleich erst gestellt werden kann, wenn die Abrechnungsergebnisse vorliegen und Ihnen der Honorarbescheid vorliegt. Wir bitten Sie daher, keine „Vorabträge“ zu stellen und nicht prophylaktisch Anträge zu stellen.

Ab Bekanntgabe des Honorarbescheids haben Sie einen Monat Zeit, den Antrag zu stellen.

Weitere Details sowie ein Antragsformular finden Sie rechtzeitig zur Abrechnung 3/2010 unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Honorar/Konvergenz*.

Teil 2: Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen

1. Keine Änderung bei den zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen

Mit der Honorarreform zum 1. Juli 2010 wurden die zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen beibehalten. Für psychotherapeutische Fachgruppen gelten weiterhin nicht die QZV- und RLV-Regelungen. Vielmehr gibt es wie bisher eine Mengengrenzung über die zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen.

2. Für wen gelten die zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen?

Die zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen gelten für folgende Fachgruppen:

- Psychologische Psychotherapeuten
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
- Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- andere ausschließlich psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte gemäß den Kriterien der Bedarfsplanungsrichtlinien

3. Berechnung der zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen

Für jede dieser Fachgruppen wird je Quartal eine zeitbezogene Kapazitätsgrenze errechnet. Unter dieser Kapazitätsgrenze ist eine maximale Abrechnungszeit in Minuten pro Quartal zu verstehen.

Die Ermittlung der zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen erfolgt dabei je Quartal auf Grundlage der Prüfzeiten des Anhangs 3 zum EBM.

Die zeitbezogene Kapazitätsgrenze setzt sich zusammen aus

1. dem Anteil für antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen in Höhe von 27.090 Minuten und
2. dem Anteil für nicht antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen der durchschnittlich abgerechneten ärztlichen beziehungsweise therapeutischen Zuwendungszeit je Arzt je Fachgruppe

Aus der Addition von 1. und 2. ergibt sich die zeitbezogene Kapazitätsgrenze für die oben genannten Fachgruppen, die dann je Arzt beziehungsweise Psychotherapeut gilt.

Woher kommen die 27.090 Minuten?

Der im Rahmen der Regelung angesetzte Anteil für antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen in Höhe von 27.090 Minuten ergibt sich aus folgenden Werten:

- Maximal ausgelastete Praxis mit 43 Wochen Arbeitszeit im Jahr
- 36 Sitzungen genehmigungspflichtiger Psychotherapie pro Woche bei einer Plausibilitätszeit von 70 Minuten

Wie hoch sind die Kapazitätsgrenzen?

Die Kapazitätsgrenzen werden jeweils vor Quartalsbeginn im Staatsanzeiger veröffentlicht. Außerdem finden Sie die Kapazitätsgrenzen im Infoteil unseres Mitgliedermagazins PRO-FUND und im Internet unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Honorar/Kapazitätsgrenzen*.

4. Vergütung und Überschreitung der Kapazitätsgrenzen

Überschreitet die im Abrechnungsquartal tatsächlich vom Arzt oder Psychotherapeuten abgerechnete ärztliche beziehungsweise therapeutische Zuwendungszeit diese Kapazitätsgrenze, so werden die überschreitenden Leistungen mit niedrigen Preisen vergütet, dies jedoch nur bis zum 1,5 fachen der Minutengrenze.

Die Vergütung erfolgt

- bis zur Kapazitätsgrenze mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung,
- für die überschreitenden Leistungen bis maximal zur 1,5 fachen Kapazitätsgrenze mit abgestaffelten Preisen. Dies bedeutet, dass dieser Teil wie bisher mit dem für den fachärztlichen Versorgungsbereich ermittelten abgestaffelten Preis vergütet wird.
- Darüber hinaus erfolgt keine Vergütung.

5. Weitere Erläuterungen

Job-Sharing und Assistenten

Im Rahmen des Job-Sharing können Ärzte und Psychotherapeuten in einer Praxis als angestellte Ärzte oder als so genannte Job-Sharing „Junior-Partner“ tätig sein. Auch ab 1. Juli 2010 gilt:

Für den im Rahmen des Job-Sharing angestellten Arzt beziehungsweise Psychotherapeuten oder den so genannten Job-Sharing „Junior-Partner“ gilt keine eigene Kapazitätsgrenze. Seine Leistungen fallen in die Kapazitätsgrenze des anstellenden Arztes beziehungsweise des „Senior-Partners“. Gleiches gilt für die Tätigkeit von Weiterbildungs-, Entlastungs- und Sicherstellungsassistenten.

Der Grund: Sowohl die Tätigkeit im Job-Sharing als auch die Tätigkeit der oben genannten Assistenten dürfen nicht zu einer Praxisausdehnung führen.

Bitte beachten Sie:

Die Ihnen im Rahmen des Job-Sharings separat mitgeteilten so genannten Job-Sharing-Obergrenzen bleiben davon unberührt. Diese Job-Sharing-Obergrenze ist von der Kapazitätsgrenze (siehe Teil 2, Punkt 1 bis 4) zu unterscheiden:

Das Job-Sharing ermöglicht die Anstellung bzw. Zulassung eines weiteren Arztes/Psychotherapeuten in einem Planungsbereich, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, und bedeutet im Ergebnis eine Arbeitsteilung. Die Job-Sharing-Obergrenze soll verhindern, dass die Praxen ihren bisherigen Praxisumfang wesentlich erweitern. Die Job-Sharing-Obergrenze umfasst sämtliche Leistungen – außer Impfungen, Präventionen und Notarztdienst/Rettungsdienst. Sie wird gesondert auf Basis der bayerischen Euro-Gebührenordnung in Euro berechnet.

Psychotherapieanteil über oder unter 90 Prozent

Bitte beachten Sie unsere Ausführungen in Teil 1 unter Punkt 3.6.

Anhang 1: Für das RLV/QZV relevante Arztgruppen/Fachgruppen

Arztgruppe/Fachgruppe
Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören
Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin ohne Schwerpunkt
Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin Schwerpunkt Kinderkardiologie
Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin Schwerpunkt Neuropädiatrie
Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit fachärztlichen Schwerpunkten
Fachärzte für Anästhesiologie
Fachärzte für Augenheilkunde
Fachärzte für Chirurgie, für Herzchirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie, für Plastische Chirurgie und Ästhetische Chirurgie
Fachärzte für Chirurgie mit Schwerpunkt Gefäßchirurgie
Fachärzte für Neurochirurgie
Fachärzte für Frauenheilkunde
Fachärzte für Frauenheilkunde mit fakultativer Weiterbildung Endokrinologie und Reproduktionsmedizin
Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde
Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten
Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt Angiologie
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt Endokrinologie
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt Gastroenterologie
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt Hämato-/Onkologie
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt Kardiologie

Arztgruppe/Fachgruppe
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt Kardiologie und invasiver Tätigkeit
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt Pneumologie; Fachärzte für Lungenheilkunde
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt Rheumatologie
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt Nephrologie
Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
Fachärzte für Nervenheilkunde, Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie
Fachärzte für Neurologie
Fachärzte für Nuklearmedizin
Fachärzte für Orthopädie, Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie
Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie, Fachärzte für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörung
Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie
Fachärzte für Diagnostische Radiologie/Fachärzte für Strahlentherapie
Fachärzte für Urologie
Fachärzte für Physikalisch-Rehabilitative Medizin

Anhang 2:

Freie Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

- Belegärztliche (kurativ-stationäre) Leistungen (Leistungen des Kapitels 36, die GOP 13311, 17370 und Geburtshilfe)
- Leistungen des Kapitels 31 sowie die GOP 13421 bis 13431 sowie 04514, 04515, 04518 und 04520
- Leistungen des Abschnitts 1.7.1 bis 1.7.4
- Früherkennungsuntersuchung U 7a
- Dialysesachkostenpauschalen (Kapitel 40.14 EBM)
- Hautkrebscreening
- Durchführung von Vakuumstanzbiopsien
- Strahlentherapie
- Phototherapeutische Keratektomie
- Leistungen der künstlichen Befruchtung
- Substitutionsbehandlung
- GOP 30920, 30922 und 30924 (Behandlung eines Patienten im Rahmen der qualitätsgesicherten Versorgung von HIV-Patienten)

Zusätzlich werden auch Leistungen, die regional vereinbart werden, nicht in das RLV einbezogen (zum Beispiel Impfungen, Kontrastmittelpauschalen, Sachkosten ambulantes Operieren).

Hinweis

Zum Zeitpunkt der Drucklegung dieser Broschüre waren die erforderlichen Vereinbarungen auf Landesebene noch nicht vollständig abschließend vereinbart. Sollten sich Änderungen ergeben, informieren wir Sie auf unserer Internetseite unter www.kvb.de.

Wenn aus Gründen der Lesbarkeit die männliche Form eines Wortes genutzt wird („der Arzt“), ist selbstverständlich auch die weibliche Form („die Ärztin“) gemeint.

Impressum

Herausgeber: Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Elsenheimerstraße 39
80687 München

www.kvb.de

Redaktion: KVB Honorar
Gestaltung: KVB Kommunikation

Stand: August 2010

