

Erläuterungen zum Honorarverteilungsmaßstab der KV Bayerns ab 1. Juli 2019



Hinweis

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

Aktualisierte Online-Fassung der Broschüre

„Erläuterungen zum Honorarverteilungsmaßstab der KV Bayerns ab 1. Juli 2019“

Am 18. November 2017 hat die Vertreterversammlung einen neuen HVM beschlossen, der seit 1. Januar 2018 gilt. Beibehalten wurde dabei die seit Anfang 2013 bekannte Obergrenzensystematik aus RLV und QZV mit zu Jahresbeginn mitgeteilten kalkulatorischen Fallwerten und den aktuellen Fallzahlen als grundsätzliche Basis für die Berechnung der Obergrenze. Diese Broschüre stellt die geltenden HVM-Regelungen dar und kann als Schnellübersicht (siehe Seite 7), aber auch zum vertieften Nachlesen verwendet werden. Den HVM-Text finden Sie im vollständigen Wortlaut unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/Rechtsquellen/Buchstabe H/Honorarverteilungsmaßstab*.

Die wichtigsten Regelungen im Überblick	7
Teil 1: Honorarverteilung für Haus- und Fachärzte	8
1. Rahmenbedingungen der Honorarverteilung	8
1.1 Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung/Honorarvertrag/Honorarverteilungsmaßstab (HVM)	8
1.2 KBV-Vorgaben	8
2. Wie setzt sich das Honorar zusammen?	9
3. Leistungsfonds	10
3.1 Leistungen und Kostenpauschalen der Labormedizin	10
3.2 Leistungsfonds für Leistungen des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes und Notfallbehandlungen durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser	11
3.3 Weitere Leistungsfonds (Belegärztliche Leistungen, Kostenpauschalen Kapitel 40 EBM, Pathologische Leistungen)	11
3.4 Leistungsfonds Humangenetische Leistungen	11
3.5 Leistungsfonds für ermächtigte Ärzte und Einrichtungen sowie Kuratorien für Dialyse und Nierentransplantation (KfH)	12
3.6 Leistungsfonds „Sonstige Leistungserbringer“	12
3.7 Leistungsfonds für Leistungen von Psycho-logischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie anderen ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Fachärzten gemäß den Kriterien der Bedarfsplanungsrichtlinien	12
3.8 Leistungsfonds für die Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung (PFG)	12
3.9 Leistungsfonds für die kardiorespiratorische Polysomnographie (GOP 30901 EBM)	12
4. Fachgruppenfonds	13
5. Obergrenze aus RLV und QZV	15
5.1 Ermittlung der Obergrenze aus RLV und QZV	15
5.2 Ermittlung RLV	15
5.2.1 RLV-relevante Leistungen	15
5.2.2 RLV-relevante Fallzahl	15
5.2.3 Fallzahlzuwachsbegrenzung im RLV	16
5.2.4 RLV-Fallwert nach Altersklassen	22

5.2.5 Fallwertminderung	23
5.2.6 RLV-Zuschlagsregelung für BAG, MVZ und Praxen mit angestellten Ärzten	24
5.3 Ermittlung QZV	25
5.3.1 QZV-relevante Leistungen.....	25
5.3.2 QZV-relevante Fallzahl	25
5.3.3 QZV-Fallwert	25
5.4 Weitere Erläuterungen zur Obergrenze	26
5.4.1 Job-Sharing und Assistenten.....	26
5.4.2 Psychotherapieanteil über oder unter 90 Prozent	26
5.5 Leistungen, die nicht unter die Obergrenze aus RLV und QZV fallen.....	26
5.5.1 Leistungen ohne Mengenbegrenzung im jeweiligen Fachgruppenfonds	26
5.5.2 Leistungen mit Mengenbegrenzung im jeweiligen Fachgruppenfonds	26

6. Zeitlicher Ablauf – von der Abrechnung zum „Obergrenzen-Honorar“ 27

6.1 Vor Jahresbeginn/vor Quartalsbeginn	27
6.2 Während des laufenden Abrechnungsquartals.....	27
6.3 Nach Eingang und Bearbeitung der Abrechnung.....	27
6.4 Verrechnungsmöglichkeiten und Vergütung im Rahmen der Obergrenze.....	27
6.5 Beispiel zur Systematik kalkulatorischer Fallwert/rechnerischer Fallwert/ Auszahlungsfallwert	28

7. Weitere Details zur Honorarverteilung für Haus- und Fachärzte 29

7.1 Weitere Details zur Honorarverteilung für Hausärzte	29
7.1.1 Sicherstellungszuschlag für Hausärzte (Nr. 97009 A / B).....	29
7.1.2 Qualifizierte nichtärztliche Praxisassistenten (NäPa), Geriatrie und sozialpädiatrische Beratung	29
7.2 Augenärztliche Strukturpauschale (GOP 06225 EBM)	29
7.3 Sonderregelung für Internisten ohne Schwerpunkt und Internisten mit Schwerpunkt Gastroenterologie (GOP 13400 EBM).....	29
7.4 Sonderregelung für Fachärzte für Radiologie und Nuklearmedizin	30
7.5 Sonderregelung für Neurologen, Nervenärzte und Psychiater.....	31
7.6 Sonderregelung für Praxisnetze	31
7.7 Sonderregelung bei besonderer Dynamik	31

8. TSVG-Bereinigung 32

Teil 2: Antragsmöglichkeiten zur Anpassung der Obergrenze und Anerkennung von Härtefällen	33
1. Anpassung der Obergrenze mit Bezug zur Fallzahl (bei Fallzahlzuwachsbeschränkung)	33
2. Anpassung der Obergrenze mit Bezug zum Fallwert aufgrund eines besonderen Versorgungsbedarfs	34
2.1 Welche Voraussetzungen müssen für eine Anpassung vorliegen?.....	34
2.2 Wie erfolgt eine Erhöhung?	35
3. Härtefallregelung	35
Teil 3: Vergütungsregelungen für psychotherapeutische Leistungen	36
1. Vergütung der antragspflichtigen Leistungen nach Abschnitt 35.2 EBM und der GOP 35150 EBM (Probatorische Sitzung)	36
2. Vergütung der in der MGV verbleibenden Leistungen	36
Anhang: Für das RLV relevante Arztgruppen/Fachgruppen	37
Impressum	39

Die wichtigsten Regelungen im Überblick

Honorarbestandteile (Details siehe Teil 1, Punkt 2)

- Honorar für Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV)
- freie Leistungen
- „Topf-im-Topf-Leistungen“
- Honorar aus Obergrenze (RLV und QZV)
- Honorar für Überschreitung der Obergrenze
- Honorar aus Leistungsfonds

Ermittlung der Obergrenze aus RLV und QZV (Details siehe Teil 1, Punkte 5 und 6)

- Aktuelle Fallzahl: Relevant sind weiterhin grundsätzlich die Fallzahlen des aktuellen Quartals.
- Altersklassen: Die RLV-Fallwerte sind in fünf Alterklassen (Hausärzte sowie Kinder- und Jugendärzte) beziehungsweise in drei Altersklassen (Fachärzte) untergliedert.
- Kalkulatorische Fallwerte: Zu Beginn des Jahres werden – für alle Quartale gleich – sogenannte kalkulatorische RLV- und QZV-Fallwerte bekanntgegeben. Diese Fallwerte können mit der Abrechnung auf bis zu 95 Prozent des mitgeteilten RLV-Fallwertes beziehungsweise 85 Prozent des mitgeteilten QZV-Fallwertes absinken. Die kalkulatorischen Fallwerte 2019 sind ab 1. Dezember 2018 unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/Honorar/Honorar ab 01.01.19/Fallwerte-Fallzahlen-Quoten* abrufbar.
- Dort werden nach Abschluss der Abrechnung auch die je Quartal ermittelten Auszahlungs- und Überschreitungsquoten online gestellt.

Fallzahlzuwachsbegrenzung

Mit der Verwendung der aktuellen Fallzahl steigt die Flexibilität des einzelnen Arztes. Gleichzeitig besteht aber auch das Risiko einer Fallzahldynamik in den einzelnen Fachgruppen. Aus diesem Grund gibt es – zur Stabilisierung der RLV-Fallwerte – eine Fallzahlzuwachsbeschränkung. Diese Fallzahlzuwachsbeschränkung greift aber nur, wenn in der gesamten Fachgruppe und beim jeweiligen Arzt die Fallzahlen jeweils um mehr als drei Prozent steigen.

Ergänzungsbroschüre

Die Zuordnung der einzelnen Leistungen zu RLV/QZV/freie Leistung/freie Leistung mit Quotierung je Fachgruppe findet sich in der Ergänzungsbroschüre.

Sicherstellungszuschlag für Hausärzte (Nr. 97009A/B)

Der HVM ab 1. Januar 2018 führt den Sicherstellungszuschlag für Hausärzte fort (Details siehe Teil 1, Punkt 7.1).

Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung (PFG)

Die Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung wird im HVM aus einem Leistungsfonds vergütet (Details siehe Teil 1, Punkt 3.8).

Mengenbegrenzung für das QZV MRT

Seit 1. Januar 2018 ist im HVM für die Fachgruppen der Radiologen und Nuklearmediziner eine Mengenbegrenzung für das QZV MRT vorgesehen. (Details siehe Teil 1, Punkt 7.4).

Änderung der Laborvergütung ab 1. April 2018

Seit 1. April 2018 gelten im HVM (als Folge einer Änderung der KBV-Vorgaben zur Laborvergütung) neue Regelungen. (Details siehe Teil 1, Punkt 3.1).

Leistungsfonds Polysomnographie (GOP 30901 EBM)

Zum 1. April 2019 wird für die GOP 30901 EBM im fachärztlichen Versorgungsbereich ein Leistungsfonds eingeführt. (Details siehe Teil 1, Punkt 3.9).

Bereinigung aufgrund des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG)

Aufgrund der durch das TSVG eingeführten Neuregelungen wird ab dem Quartal 3/2019 eine Bereinigung der Obergrenze (RLV und QZV) erforderlich. (Details siehe Teil 1, Punkt 8).

Teil 1: Honorarverteilung für Haus- und Fachärzte

1. Rahmenbedingungen der Honorarverteilung

Zwar haben die einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) seit 2012 – nach einer entsprechenden Änderung des Sozialgesetzbuchs (SGB V) – wieder mehr regionalen Handlungsspielraum bei der Honorarverteilung. Nicht geändert hat sich aber, dass das mit den Regelungen des Honorarverteilungsmaßstabs zu verteilende Geld (= die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, MGV) weiterhin begrenzt ist.

1.1 Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung/Honorarvertrag/Honorarverteilungsmaßstab (HVM)

Unter MGV versteht man ein festes Geldvolumen, das die KVB für die bayerischen Ärzte von den Krankenkassen erhält. Dieses Geldvolumen verändert sich nicht, unabhängig davon, ob mehr oder weniger ärztliche Leistungen erbracht werden. Die Berechnung der MGV richtet sich nach Empfehlungen und Vorgaben des Bewertungsausschusses, einem Gremium auf Bundesebene. Sie wird in weiteren Details mit den Krankenkassen auf Landesebene im sogenannten Honorarvertrag vereinbart und festgelegt.

Die Honorarverteilung zu dieser MGV wird in einem Honorarverteilungsmaßstab (HVM) geregelt. Der HVM wird von der Vertreterversammlung (VV) als zuständigem Gremium beschlossen. Im Rahmen der vereinbarten MGV bleibt die zu verteilende Geldmenge weiterhin begrenzt. In der Konsequenz wird ein HVM nicht ohne Mengenbegrenzung „funktionieren“, da das Leistungsgeschehen eben gerade nicht statisch ist.

Wesentliches Element des HVM seit 2013 ist eine Obergrenzen-systematik aus Regelleistungsvolumen (RLV) und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV) mit vor Jahresbeginn mitgeteilten kalkulatorischen Fallwerten und den aktuellen Fallzahlen als grundsätzliche Basis für die Berechnung der Obergrenze. Mit dieser Broschüre stellen wir Ihnen die wichtigsten Regelungen

vor. Den HVM-Text finden Sie im vollständigen Wortlaut unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/Rechtsquellen/Buchstabe H/Honorarverteilungsmaßstab*.

1.2 KBV-Vorgaben

Bei der Gestaltung des HVM sind die Regelungen des SGB V sowie die „KBV-Vorgaben zur Honorarverteilung“ gemäß Paragraph 87b Absatz 4 SGB V zu beachten. Die wichtigste KBV-Vorgabe betrifft die Festlegung zur Trennung der vereinbarten Gesamtvergütung. Nach dieser Vorgabe muss die MGV in verschiedene Vergütungsvolumina aufgeteilt werden, deren Basis die folgenden sogenannten Grundbeträge sind und deren Anpassung ebenfalls verbindlich vorgegeben wird:

- Grundbetrag „Labor“
- Grundbetrag „Bereitschaftsdienst und Notfall“
- hausärztlicher Grundbetrag
- fachärztlicher Grundbetrag
- Grundbetrag „genetisches Labor“
- Grundbetrag „PFG“

Erst innerhalb dieser Vergütungsvolumen beginnt die regionale Honorarverteilungskompetenz.

Sie finden die KBV-Vorgaben auf der Internetseite der KBV unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/Rechtsquellen/weitere Rechtsquellen* als Lesefassungen sowie die entsprechenden (Änderungs-) Beschlüsse. Zudem ist dort aufgeführt, ab wann die jeweiligen KBV-Vorgaben gültig sind. Einen direkten Link auf die entsprechende Internetseite der KBV finden Sie auch unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/Rechtsquellen/Buchstabe H/Honorarverteilungsmaßstab im Anschluss an die HVM-Textfassung*.

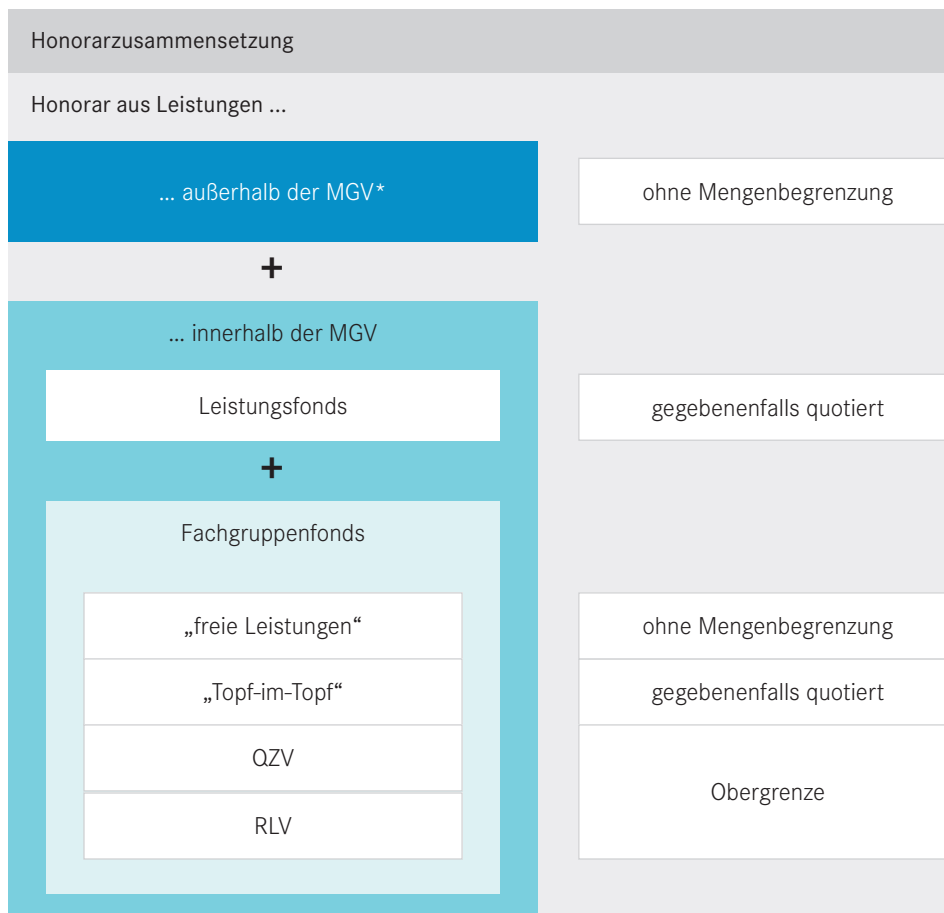
2. Wie setzt sich das Honorar zusammen?

Hier zunächst ein Überblick über die einzelnen Honorarbestandteile. Nähere Ausführungen finden Sie unter den Punkten 3 bis 7.

■ Honorar für Leistungen, die von den Krankenkassen **außerhalb der MGV** ohne Mengenbegrenzung zu den Preisen der bayerischen Euro-Gebührenordnung (B€GO) vergütet werden. Für bestimmte Leistungen gibt der Bewertungsausschuss Empfehlungen ab, wie zum Beispiel für ambulante Operationen nach Kapitel 31 EBM, Leistungen nach Abschnitt 35.2 EBM [1], belegärztliche Leistungen nach Kapitel 36 EBM, Präventionsleistungen, Strahlentherapie oder Dialyseleistungen und Dialysesachkosten. Alle Leistungen, die außerhalb

der MGV vergütet werden, müssen zwischen KVB und Krankenkassen auf Landesebene vereinbart werden. Wie auch in der Vergangenheit werden wir unsere Mitglieder nach Abschluss der Honorarverhandlungen über vereinbarte freie Leistungen außerhalb der MGV beziehungsweise gegebenenfalls verhandelte Zuschläge gesondert informieren. Eine Übersicht der Leistungen außerhalb der MGV, welche auf Bundesebene empfohlen wurden, finden Sie in der Ergänzungsbroschüre zu dieser Honorarbroschüre.

■ Honorar, das **je Fachgruppe ohne Mengenbegrenzung** als sogenannte „freie Leistung“ vergütet wird. Hierzu gehören zum Beispiel für fast alle Fachgruppen weiterhin die Haus- und Heimbefuche (GOP 01410, 01413, 01415 EBM) sowie die Leistungen der schmerztherapeutischen speziellen Versorgung (GOP 30700, 30702, 30704, 30706, 30708 EBM).



*siehe oben in Teil 1, Nummer 2 (Bundesempfehlung)

[1] und weitere psychotherapeutische Leistungen (Details siehe Seite 34).

Je Fachgruppe gibt es darüber hinaus (in unterschiedlichem Umfang) noch weitere Leistungen im Katalog der freien Leistungen. Eine Zuordnung je Fachgruppe finden Sie in der Ergänzungsbroschüre.

- Honorar, das je Fachgruppe als sogenannte „**Topf-im-Topf-Leistung**“ vergütet wird: In diesem Bereich wird im Vorfeld zunächst innerhalb der betreffenden Fachgruppe ein bestimmtes Honorarvolumen reserviert. Grundsätzlich ist auch für diese Leistungen eine Vergütung zu den Preisen der B€GO vorgesehen. Werden aber im laufenden Quartal von allen Ärzten dieser Fachgruppe mehr Leistungen abgerechnet, als im entsprechenden Honorarvolumen („Topf“) vorgesehen, können diese Leistungen nur noch quotiert (mit einer Quotierungsuntergrenze) ausgezahlt werden (Details je Fachgruppe siehe Ergänzungsbroschüre).
- Honorar für Leistungen innerhalb der „**RLV und QZV**“-**Obergrenze** sowie Honorar, das bei **Überschreitung** der Obergrenze zu abgesenkten Preisen vergütet wird.
- Honorar für Leistungen innerhalb der MGV, das fachgruppenübergreifend nach besonderen Vergütungsregeln („**Leistungsfonds**“) außerhalb der fachgruppenspezifischen RLV und QZV vergütet wird (Leistungen und Kostenpauschalen der Labormedizin, Ärztlicher Bereitschaftsdienst, Kostenpauschalen gemäß Kapitel 40 EBM, Humangenetik, Pathologie, Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung (PFG) und andere, vergleiche Teil 1, Nummer 3).

3. Leistungsfonds

Weiterhin gibt es für bestimmte Leistungsbereiche sogenannte „Leistungsfonds“, für die **nicht die Obergrenze aus RLV und QZV** gilt, sondern eigenständige Vergütungsregeln.

3.1 Leistungen und Kostenpauschalen der Labormedizin

Nach einer Änderung der KBV-Vorgaben zum Quartal 2/2018 ist ein großer Teil der bisher bundeseinheitlichen Vorgaben weggefallen. Die Laborvergütung ist nun weitgehend regional im HVM geregelt.

■ **Laborleistungen im Auftrag und Wirtschaftlichkeitsbonus**

Nach Maßgabe der KBV-Vorgaben werden nur noch veranlasste Laborleistungen (Anforderung über Muster 10 der Vordruckvereinbarung) und der Wirtschaftlichkeitsbonus (GOP 32001 EBM) aus dem „Grundbetrag Labor“ vergütet. Alle übrigen Laborleistungen werden in den Grundbetrag „Bereitschaftsdienst und Notfall“ sowie in die haus- und fachärztlichen Grundbeträge überführt. Die Ermittlung des neu definierten Grundbetrags Labor und das damit für diese Leistungen zur Verfügung stehende Vergütungsvolumen wird von der KBV in ihren Vorgaben festgelegt. Werden im Abrechnungsquartal von allen Ärzten mehr Leistungen abgerechnet als dafür an Geld zur Verfügung steht, erfolgt eine Quotierung der veranlassten Laborleistungen und des Wirtschaftlichkeitsbonus. Als Mindestquote hat die KBV eine Quote in Höhe von 89 Prozent vorgegeben.

■ **Laborgemeinschaften**

Von Laborgemeinschaften abgerechnete Leistungen werden nach dem HVM mit der gleichen Quote vergütet, die sich für die über Muster 10 angeforderten Leistungen ergibt. Auch hier gilt damit eine Mindestquote in Höhe von 89 Prozent.

■ **Akutlabor**

Die GOP 32025, 32026, 32027, 32035 bis 32039, 32128 und 32150 EBM werden, wenn sie vom behandelnden Arzt unmittelbar in eigener Praxis erbracht werden, nach HVM unquotiert zu den Preisen der B€GO vergütet. Werden die Leistungen auf Muster 10 oder Muster 10A abgerechnet, unterliegen sie einer Quotierung mit Mindestquote 89 Prozent.

■ **GOP 12210 und 12220 EBM**

Die Konsiliar- und Grundpauschalen (GOP 12210 und 12220 EBM) werden im fachärztlichen Versorgungsbereich unquotiert zu den Preisen der BÉGO vergütet.

■ **Selbsterbrachte Laborleistungen**

Für alle Laborleistungen nach Abschnitt 32.2 und 32.3 EBM, die in der eigenen Praxis erbracht werden (also nicht über Muster 10 oder Muster 10A abgerechnet), ist sowohl im hausärztlichen wie im fachärztlichen Versorgungsbereich ein eigener Leistungstopf mit einer Mindestquote in Höhe von 85 Prozent gebildet.

■ **Laborbudgets für „Nicht-Laborärzte“**

Die für bestimmte fachärztliche Fachgruppen bis 31. März 2018 geltenden Budgetierungsregelungen für spezielle Laboratoriumsuntersuchungen des Abschnitts 32.3 EBM werden im HVM fortgeführt. Wie bisher wird das Budget ausgesetzt, wenn die betroffenen Ärzte nachweisen, dass sie die Anforderungen der Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen erfüllen.

3.2 Leistungsfonds für Leistungen des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes und Notfallbehandlungen durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser

Die Leistungen des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes und der Notfallbehandlungen durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser (jeweils einschließlich der Laborleistungen) werden einheitlich für Vertragsärzte und Krankenhäuser zu den Preisen der BÉGO vergütet.

3.3 Weitere Leistungsfonds (Belegärztliche Leistungen, Kostenpauschalen Kapitel 40 EBM, Pathologische Leistungen)

Weitere Leistungsfonds gibt es für

- **Belegärztliche Leistungen innerhalb der MGV:** Über diesen Leistungsfonds werden Leistungen in stationären belegärztlichen Fällen vergütet, soweit diese nicht bereits außerhalb der MGV (siehe Punkt 2) vergütet werden.

- **Kostenpauschalen gemäß Kapitel 40 EBM** (soweit nicht außerhalb der MGV vergütet, zum Beispiel Dialysesachkosten, siehe Teil 1, Punkt 2) sowie GOP 38100 und 38105 EBM.

- **Leistungen des Kapitels 19 EBM** (ohne Leistungen des Abschnitts 19.4 EBM) sowie GOP 01826 EBM (Pathologie).

Diese Leistungen werden jeweils aus einem fest definierten Honorarvolumen (Details siehe HVM) vergütet. Die Leistungen werden dabei grundsätzlich nach den Preisen der BÉGO bezahlt. Werden im Abrechnungsquartal von allen Ärzten mehr Leistungen abgerechnet, als im jeweiligen Honorarvolumen vorgesehen, können die Leistungen nur quotiert ausgezahlt werden. Als Quotierungsuntergrenze ist eine Quote von 85 Prozent festgelegt. Die GOP 38100 und GOP 38105 EBM werden innerhalb des Leistungsfonds „Kostenpauschalen“ als freie Leistungen zu den Preisen der BÉGO gezahlt.

3.4 Leistungsfonds Humangenetische Leistungen

Die humangenetischen Leistungen sind im HVM in zwei Honorarvolumen unterteilt.

■ **Honorarvolumen 1:**

Humangenetische Leistungen nach den GOP 11230, 11233 bis 11236, Abschnitt 11.4, Abschnitt 19.4, Abschnitt 32.3.14 EBM und die GOP 32902 bis 32908, 32931, 32932, 32937 bis 32946 EBM, soweit diese jeweils nicht außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung honoriert werden (Leistungen im Grundbetrag „genetisches Labor“ nach KBV-Vorgaben).

■ **Honorarvolumen 2:**

„Restliche“ humangenetische Leistungen des Kapitel 11, die vom Honorarvolumen 1 nicht erfasst werden, sowie die GOP 01842 EBM.

Übersteigen die abgerechneten und anerkannten Leistungen eines oder beide Honorarvolumen, erfolgt eine Quotierung mit einer Quotierungsuntergrenze von jeweils 85 Prozent. Je Honorarvolumen können sich daher am Ende des Quartals für humangenetische Leistungen zwei Quoten ergeben und der Honorarzusammenstellung für das jeweilige Quartal entnommen werden.

Die GOP 11233 bis 11236 EBM (im Honorarvolumen 1) werden seit Quartal 1/2016 grundsätzlich als freie Leistung zu den

Preisen der B€GO gezahlt. Eine Vergütung der GOP 11233 bis 11236 EBM als freie Leistung, also zu 100 Prozent, ist allerdings dann nicht möglich, wenn die Quote im Honorarvolumen 1 „gestützt“ werden muss, das heißt, wenn Gelder aus den Rückstellungen verwendet werden müssen, um eine Mindestquote von 85 Prozent zu gewährleisten. In diesem Fall unterliegen auch die GOP 11233 bis 11236 EBM der Quotierung.

3.5 Leistungsfonds für ermächtigte Ärzte und Einrichtungen sowie Kuratorien für Dialyse und Nierentransplantation (KfH)

Für ermächtigte Ärzte und Einrichtungen sowie KfH gibt es einen Leistungsfonds. Die Vergütung erfolgt nach dem unter Punkt 3.3 beschriebenen Mechanismus. Die Leistungen werden grundsätzlich nach den Preisen der B€GO bezahlt. Werden mehr Leistungen angefordert, als im Honorarvolumen vorgesehen, werden die Leistungen quotiert (Grenze 85 Prozent) vergütet. Von dieser Regelung ausgenommen sind Leistungen, die außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung beziehungsweise bereits über die in den Punkten 3.1 bis 3.4 genannten anderen Leistungsfonds (zum Beispiel Kosten) vergütet werden sowie bestimmte anästhesiologische Leistungen für definierte Patientengruppen im Rahmen von Zahnbehandlungen.

3.6 Leistungsfonds „Sonstige Leistungserbringer“

Über diesen Leistungsfonds werden Leistungen vergütet, die nicht bereits in einen der oben genannten Leistungsfonds fallen oder über die Fachgruppenfonds vergütet werden (zum Beispiel restliche Leistungen der Fachgruppe der Humangenetiker oder Pathologen). Die Vergütungssystematik entspricht dem unter Punkt 3.3 beschriebenen Mechanismus.

3.7 Leistungsfonds für Leistungen von Psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie anderen ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Fachärzten gemäß den Kriterien der Bedarfsplanungsrichtlinien

Details zur Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen insgesamt und zum Leistungsfonds finden sich in Teil 3.

3.8 Leistungsfonds für die Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung (PFG)

Zum 1. Oktober 2013 wurde die Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung (PFG) eingeführt. Im HVM wurde für die PFG ein Leistungsfonds gebildet. Die Vergütungssystematik entspricht dabei dem unter Punkt 3.3 beschriebenen Mechanismus.

3.9 Leistungsfonds für die kardiorespiratorische Polysomnographie (GOP 30901 EBM)

Ab 1. April 2019 wird im HVM für die Leistung der kardiorespiratorischen Polysomnographie (GOP 30901 EBM) im fachärztlichen Versorgungsbereich ein fachgruppenübergreifender Leistungsfonds eingeführt.

In dem Leistungsfonds gelten je nach Ansatz der GOP 30901 EBM folgende Mindestquoten:

- Für den ersten Ansatz der GOP beim Patienten gilt eine Mindestquote in Höhe von 65 Prozent.
- Für den zweiten Ansatz der GOP beim Patienten gilt eine Mindestquote in Höhe von 50 Prozent.
- Für den dritten Ansatz der GOP beim Patienten gilt eine Mindestquote in Höhe von 10 Prozent.

Für die patientenbezogene Zählung der Ansätze der GOP 30901 EBM wird dabei auf die Praxis unter Berücksichtigung des Vorquartals abgestellt.

4. Fachgruppenfonds

Wichtiges Element des HVM ist die Bildung von Fachgruppenfonds: Für jede RLV-Fachgruppe (siehe Anhang) wird ein eigener „Fachgruppentopf“ gebildet.

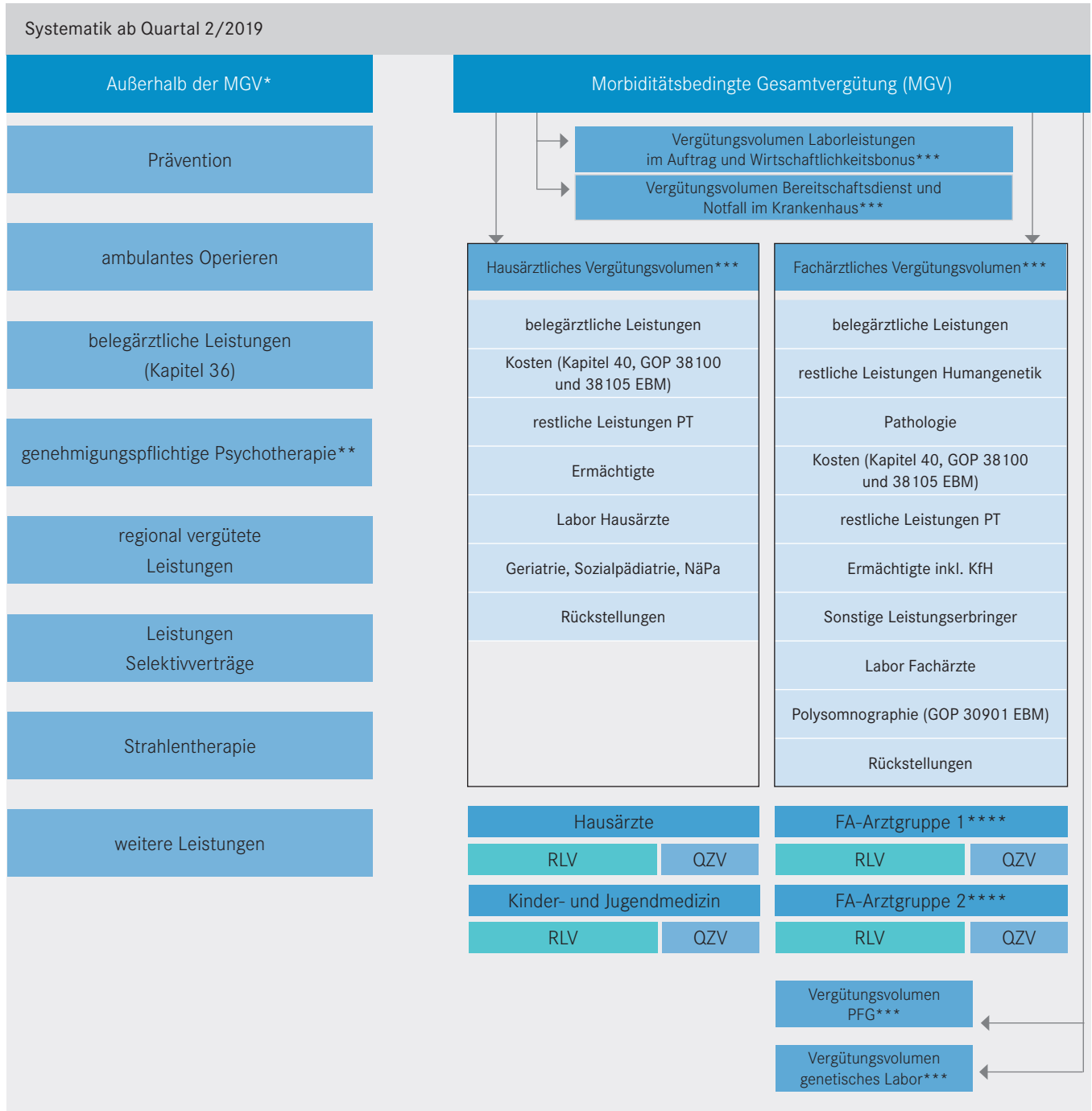
Die Fachgruppenfonds werden dabei grundsätzlich auf Basis des Jahres 2016 gebildet und mit den Veränderungsraten der Folgejahre weiterentwickelt. Wie die Fachgruppenfonds genau gebildet werden, ist detailliert im HVM festgelegt.

Der für die jeweilige Fachgruppe nach den Vorgaben des HVM ermittelte Fachgruppenfonds wird für die weitere Honorarverteilung in der jeweiligen Fachgruppe unterteilt in die Leistungsbereiche:

- RLV-Honorarvolumen
- QZV-Honorarvolumen
- Honorarvolumen für Leistungen ohne Mengenbegrenzung („freie Leistungen“)
- Honorarvolumen für Leistungen mit Mengenbegrenzung („Topf-im-Topf-Leistungen“)

Die genaue Zuordnung der einzelnen Leistungen zu den oben genannten Leistungsbereichen erfolgt dabei immer auch in enger Abstimmung mit den einzelnen Berufsverbänden. Details je Fachgruppe finden Sie in der Ergänzungsbroschüre zu dieser Honorarbrochure.

Teil 1: Honorarverteilung für Haus- und Fachärzte



* Laut Bundesempfehlung siehe Ergänzungsbroschüre

** siehe Seite 34

*** basierend auf den jeweiligen Grundbeträgen nach KBV-Vorgaben, siehe Seite 8

**** Dazu kommen gegebenenfalls weitere Leistungen je Fachgruppe

5. Obergrenze aus RLV und QZV

5.1 Ermittlung der Obergrenze aus RLV und QZV

Ein zentrales Element der Honorarverteilung ist weiterhin die Obergrenzensystematik aus RLV und QZV. Die Berechnung der Obergrenze erfolgt nach wie vor arzt- beziehungsweise praxisbezogen. Die Obergrenze der Praxis ergibt sich aus der Summe der Obergrenzen der einzelnen Ärzte in der Praxis. In der Honorarabrechnung wird dann ermittelt, ob die Praxis mit ihrer Leistungsanforderung über oder unter dieser Obergrenze liegt. Bis zur Obergrenze erfolgt eine Vergütung zu den Preisen der B€GO. Die über die Obergrenze hinausgehenden, angeforderten Leistungen werden dagegen nur noch abgesenkt (quotiert) vergütet.

Beispiel		
Arzt 1	RLV + QZV 1 + QZV 2 + QZV 3 + QZV 4	= Obergrenze Arzt 1
	+	
Arzt 2	RLV + QZV 2 + QZV 5 + QZV 6 + QZV 8	= Obergrenze Arzt 2
	+	
Arzt 3	RLV + QZV 3 + QZV 5	= Obergrenze Arzt 3
+ BAG-Zuschlag (auf RLV)		Obergrenze Praxis gesamt

Folgende Begriffe beziehungsweise Mechanismen sind für die Obergrenzenmittlung wichtig:

- Für die Ermittlung der Obergrenze sind zunächst grundsätzlich die aktuellen Fallzahlen im RLV beziehungsweise QZV relevant.
- Vor Jahresbeginn/Quartalsbeginn werden sogenannte kalkulatorische RLV- und QZV-Fallwerte im Internet mitgeteilt.
- Die RLV-Fallwerte sind in fünf Altersklassen (Hausärzte sowie Kinder- und Jugendärzte) beziehungsweise in drei Altersklassen (Fachärzte) unterteilt.
- Die kalkulatorischen RLV- und QZV-Fallwerte dürfen zum Zeitpunkt der Abrechnung bis auf 95 Prozent (RLV) beziehungsweise bis auf 85 Prozent (QZV) gesenkt werden.
- Die Obergrenze wird anhand der Abrechnungsdaten sowie den aktuellen Fallzahlen ermittelt und dann den abgerechneten und anerkannten Leistungen gegenübergestellt. Das Ergebnis ist den Honorarunterlagen zu entnehmen.

- Überschreitungen der Obergrenze werden mit einer fachgruppenspezifischen Überschreitungsquote vergütet.
- Bei einer RLV-Fallzahlsteigerung einer ganzen Fachgruppe um mehr als drei Prozent greift eine Fallzahlzuwachs-begrenzung bei denjenigen Ärzten dieser Fachgruppe, die auch individuell mit ihren RLV-Fallzahlen einen Zuwachs von mehr als drei Prozent haben.

5.2 Ermittlung RLV

5.2.1 RLV-relevante Leistungen

In das RLV fallen alle Leistungen, die innerhalb der MGV vergütet werden, außer es handelt sich um

- Leistungen, die bereits unter Punkt 3 (Leistungsfonds) genannt sind,
- Leistungen, die in ein QZV fallen,
- Leistungen, die innerhalb der Fachgruppe gesondert als Leistungen ohne Mengenbegrenzung („freie Leistungen“) vergütet werden,
- Leistungen, die als sogenannte „Topf-im-Topf-Leistung“ vergütet werden.

5.2.2 RLV-relevante Fallzahl

Formale Definition der RLV-relevanten Fälle

RLV-relevante Fälle sind kurativ-ambulante Behandlungsfälle gemäß Paragraf 21 Absatz 1 und Absatz 2 BMV-Ä. Ausgenommen sind Notfälle im organisierten Notfalldienst (= Bereitschaftsdienst, Muster 19a der Vordruckvereinbarung), Behandlungsfälle zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen oder zur Befundung von dokumentierten Untersuchungsergebnissen sowie Fälle, in denen ausschließlich Leistungen und Kostenerstattungen abgerechnet werden, die nicht dem RLV unterliegen. Ausgenommen sind zudem Behandlungsfälle mit ausschließlicher Abrechnung der GOP 01430, 01820 EBM und der GOP 05230 EBM als RLV-relevante Leistungen.

Sonderregelungen gelten bei sogenannten TSVG-Fällen in den Quartalen des Bereinigungszeitraums, Details siehe Nr. 8.

Fallzahlermittlung in Einzelpraxen/Berufsausübungsgemeinschaften

Einzelpraxis: Die Zahl der RLV-Fälle entspricht der Zahl der (RLV-relevanten) Behandlungsfälle je Altersklasse. Dabei ist ein Fall nicht RLV-relevant, wenn nur Leistungen abgerechnet wurden, die zum Beispiel außerhalb der MGV oder über ein QZV vergütet werden.

Berufsausübungsgemeinschaften (BAG), Medizinische Versorgungszentren (MVZ) und Praxen mit angestellten Ärzten (Achtung: nicht Job-Sharing, siehe Punkt 5.4.1): 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 Gesamtarztfallzahl je Altersklasse der BAG an.

Aktuelle Fallzahl: RLV-relevant sind grundsätzlich die Fallzahlen des aktuellen Quartals

Diese werden multipliziert mit dem jeweiligen RLV-Fallwert der Fachgruppe. Der RLV-Fallwert ist dabei in fünf beziehungsweise drei Altersklassen unterteilt (siehe auch Punkt 5.1):

Beispiel

RLV Arzt =

RLV-Fallwert AK* 1 x RLV-relevante FZ* (AK 1) im Abrechnungsquartal**
+
RLV-Fallwert AK* 2 x RLV-relevante FZ* (AK 2) im Abrechnungsquartal**
+
RLV-Fallwert AK* 3 x RLV-relevante FZ* (AK 3) im Abrechnungsquartal**

*AK = Altersklasse, FZ = Fallzahlen

**bei konstanten Fallzahlen der jeweiligen Fachgruppe (siehe unter Punkt 5.2.3) und unter Berücksichtigung der Fälle je Altersklasse (AK 1 bis AK 5 (HA) beziehungsweise AK 1 bis 3 (FA), siehe Punkt 5.2.4)

5.2.3 Fallzahlzuwachsbegrenzung im RLV

Durch die Verwendung der aktuellen RLV-Fälle wird einerseits mehr Handlungsfreiheit für die einzelnen Ärzte beziehungsweise Praxen geschaffen, andererseits besteht damit auch das Risiko einer Fallzahlsteigerung in der gesamten Fachgruppe. Um dieses Risiko einzudämmen, ist es erforderlich, in den HVM eine Fallzahlzuwachsbegrenzung aufzunehmen. Die Fallzahlzuwachsbegrenzung erfolgt in einem dreistufigen Prüfungsablauf:

Schritt 1

Damit es überhaupt zu einer Fallzahlzuwachsbegrenzung kommt, müssen die im aktuellen Quartal von der gesamten RLV-Fachgruppe abgerechneten RLV-Fallzahlen um mehr als drei Prozent gegenüber dem Vorjahresquartal angestiegen sein. Liegt in der RLV-Fachgruppe insgesamt kein entsprechender Fallzahlzuwachs vor, gibt es auch für die einzelnen Ärzte der Fachgruppe keine Fallzahlzuwachsbegrenzung.

Schritt 2

Liegt in einer Fachgruppe die RLV-Fallzahlzunahme über drei Prozent, trifft eine individuelle Fallzahlzuwachsbegrenzung (nur) denjenigen Arzt dieser Fachgruppe, der ebenfalls eine RLV-Fallzahlzunahme von mehr als drei Prozent hat.

Schritt 3

Für diesen Arzt wird bei der RLV-Berechnung nicht auf die aktuelle Fallzahl abgestellt, sondern RLV-relevant sind dann die Fallzahlen des Arztes im Vorjahresquartal mit einem Zuwachs in Höhe von drei Prozent.

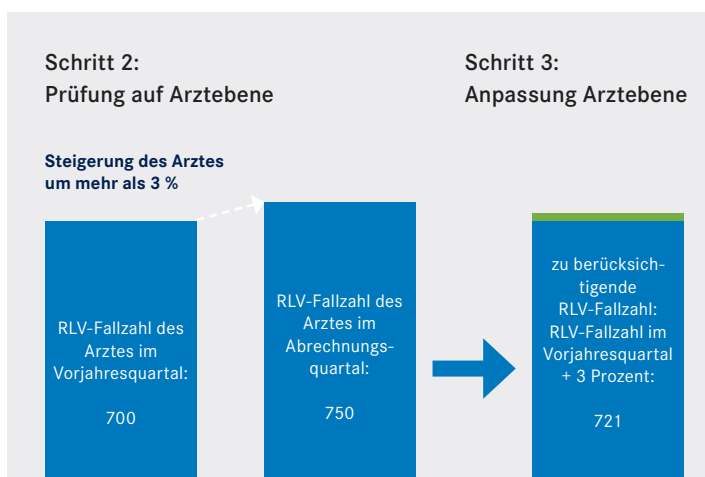
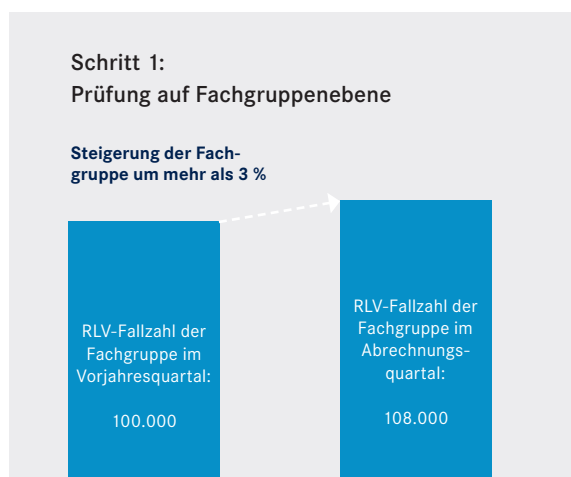
Beispiele zur Fallzahlzuwachsbeschränkung

Beispiel 1: Grundsätzlicher Mechanismus

Arzt A hatte im Vorjahresquartal 700 RLV-Fälle, im aktuellen Quartal 750 RLV-Fälle. Welche Fälle sind für den Arzt RLV-relevant?

- Schritt 1: In der Fachgruppe liegt eine RLV-Fallzahlsteigerung von mehr als drei Prozent vor.
- Schritt 2: Auch bei Arzt A liegt eine RLV-Fallzahlsteigerung von mehr als drei Prozent vor.

- Schritt 3: Damit fällt Arzt A unter die Fallzahlzuwachsbeschränkung. RLV-relevant sind für ihn nicht die RLV-Fallzahlen des aktuellen Quartals (750 Fälle), sondern die Fallzahlen aus dem Vorjahresquartal plus drei Prozent (700 RLV-Fälle + 21 Fälle = 721 Fälle).



Teil 1: Honorarverteilung für Haus- und Fachärzte

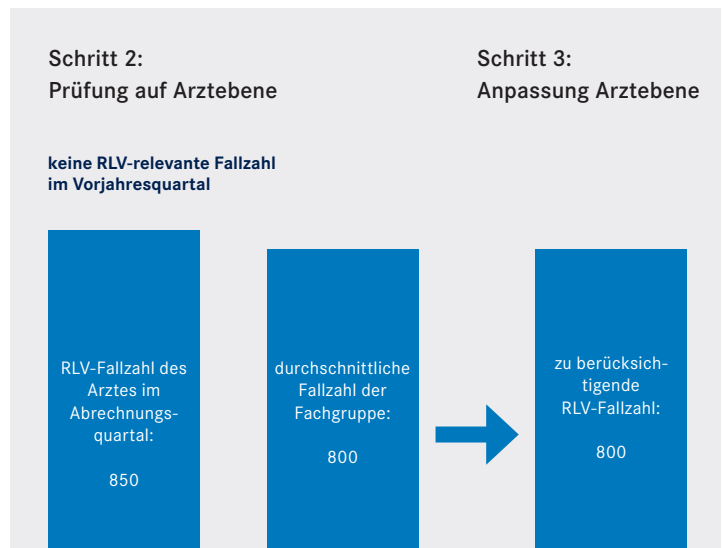
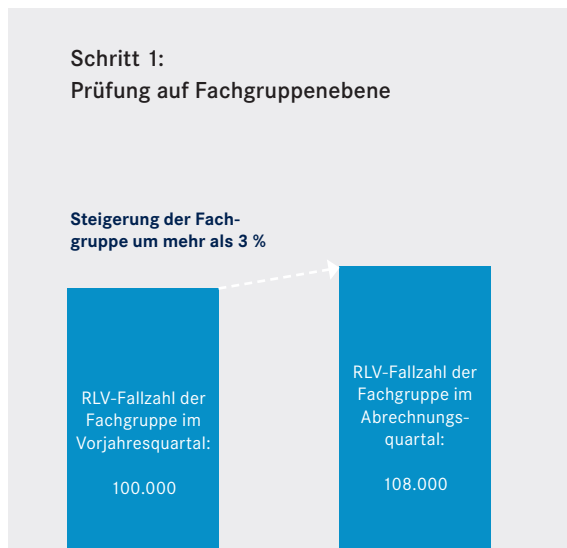
Sonderregelungen bei der Fallzahlzuwachsbeschränkung gibt es für **Neuärzte** und Ärzte mit **unterdurchschnittlichen Fallzahlen**. Kommt für eine Fachgruppe eine Fallzahlzuwachsbeschränkung zum Tragen, gilt für Neuärzte und Ärzte dieser Fachgruppe mit unterdurchschnittlichen Fallzahlen weiterhin grundsätzlich die eigene Fallzahl im aktuellen Quartal, allerdings begrenzt auf den Fachgruppendurchschnitt. Die Durchschnittsfallzahlen finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/Honorar/Honorar ab 01.01.19/Fallwerte-Fallzahlen-Quoten* im Mitgliederbereich.

Beispiel 2: RLV-Fallzahlzuwachsbeschränkung bei einem neu niedergelassenen Arzt

Arzt B war im Vorjahresquartal noch nicht niedergelassen und

hat damit noch keine Fallzahlen aus dem Vorjahresquartal. Der Fachgruppendurchschnitt beträgt 800 RLV-Fälle. Im aktuellen Quartal erbringt Arzt B 850 RLV-Fälle.

- Schritt 1: In der Fachgruppe liegt eine Fallzahlsteigerung von mehr als drei Prozent vor.
- Schritt 2: Eine Fallzahlsteigerung im Vergleich zum Vorjahresquartal kann bei Arzt B nicht geprüft werden, da es von ihm keine Vorjahresfallzahlen gibt. Im Rahmen der Fallzahlzuwachsbeschränkung gelten damit Sonderregelungen. Es wird geprüft, ob Arzt B mit seinen aktuellen Fallzahlen über oder unter dem Fachgruppendurchschnitt liegt.
- Schritt 3: Arzt B liegt mit seinen Fallzahlen im aktuellen Quartal (850 Fälle) über den Durchschnittsfallzahlen (800 Fälle). RLV-relevant sind damit 800 Fälle.



Teil 1: Honorarverteilung für Haus- und Fachärzte

Beispiel 3: Fallzahlzuwachsbegrenzung bei unterdurchschnittlichen Praxen

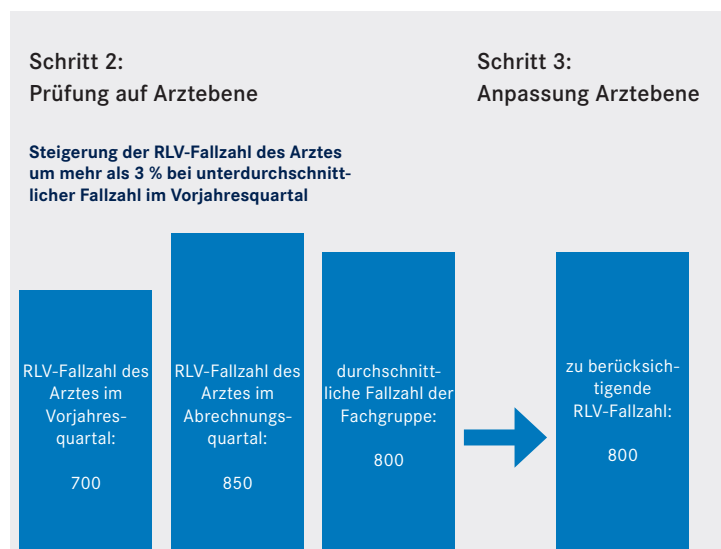
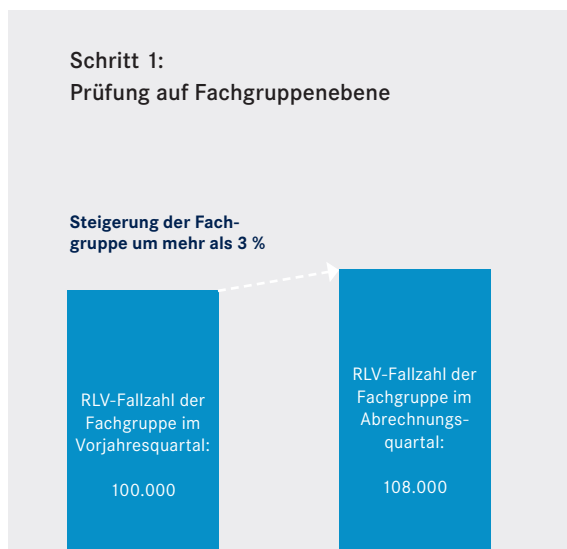
Arzt C hat im Vorjahresquartal 700 RLV-Fälle, die Fallzahl des aktuellen Quartals liegt bei 850 RLV-Fällen. Der Fachgruppendurchschnitt beträgt 800 RLV-Fälle.

- Schritt 1: In der Fachgruppe liegt eine Fallzahlsteigerung von mehr als drei Prozent vor.
- Schritt 2: Auch bei Arzt C liegt eine Fallzahlsteigerung von mehr als drei Prozent vor. Arzt C war aber im Vorjahresquartal in seinen RLV-Fallzahlen (700) unterdurchschnittlich. Im

Rahmen der Fallzahlzuwachsbegrenzung gelten damit Sonderregelungen. Es wird geprüft, ob Arzt C mit seinen Fallzahlen über oder unter dem Fachgruppendurchschnitt liegt.

- Schritt 3: Arzt C erbringt im aktuellen Quartal 850 RLV-Fälle. Für Arzt C wird die Fallzahlzuwachsbegrenzung wie folgt umgesetzt: RLV-relevant sind nicht 850 Fälle, sondern 800 Fälle (Fachgruppendurchschnitt).

Hinweis: Soweit ein Arzt keinen vollen Tätigkeitsumfang hat (weniger als 40 Stunden), wird die Durchschnittsfallzahl entsprechend reduziert.



Weitere Sonderregelungen gelten in Berufsausübungsgemeinschaften

Bei der Prüfung, ob ein Fallzahlzuwachs von mehr als drei Prozent vorliegt, werden die RLV-Fallzahlen aller fach- und schwerpunktgleichen Praxisteilnehmer gemeinsam betrachtet:

Beispiel 4: Fallzahlzuwachsbeschränkung in einer fachgleichen Gemeinschaftspraxis

Arzt D erbringt 1.000 RLV-Fälle und Arzt E 600 RLV-Fälle (Summe 1.600 Fälle). Im Vorjahresquartal hat jeder Arzt 800 Fälle erbracht (Summe 1.600 Fälle). Es liegt also in der Summe kein Fallzahlzuwachs vor, sodass alle Fälle des Abrechnungsquartals (1.000 beziehungsweise 600 Fälle) bei der Ermittlung der Obergrenze berücksichtigt werden.

Zugunsten der Praxis werden im Rahmen der Fallzahlzuwachsbeschränkung Fallzahlzunahmen mit Fallzahlrückgängen anderer fach- beziehungsweise schwerpunktgleicher Praxisteilnehmer verrechnet:

Beispiel 5: Gemeinschaftspraxis mit fach- beziehungsweise schwerpunktgleichen Teilnehmern

- Bei Arzt F werden im Rahmen der Fallzahlzuwachsbeschränkung 120 Fälle nicht zur Berechnung der Obergrenze herangezogen.
- Bei Arzt G können 250 Fälle nicht im Rahmen der Obergrenzenmittlung berücksichtigt werden.
- Bei Arzt H liegt ein Fallzahlrückgang in Höhe von 200 Fällen vor.

Diese 200 Fälle werden anteilig auf die Ärzte F und G aufgeteilt, sodass die Zahl der gekürzten Fälle von 370 (120 + 250) auf 170 (370 - 200) Fälle sinkt.

Sonderregelungen bei Selektivverträgen

Aufgrund der im Vorjahresquartal geltenden HZV-Verträge (Paragraf 73b SGB V) kommen bei Hausärzten die Fallzahlzuwachsbeschränkung und die Fallwertminderung (siehe Teil 1, Punkt 5.2.5) nicht zur Anwendung.

Eine weitere Sonderregelung gilt für den Fall, dass ein Selektivvertrag nach Paragraf 140a SGB V endet (insbesondere durch Kündigung durch die Krankenkasse), der eine Vollversorgung zum Gegenstand hatte. In diesem Fall unterbleibt für die Ärzte, die an dem Selektivvertrag teilgenommen haben, für die auf die Beendigung folgenden vier Quartale eine Fallzahlzuwachsbeschränkung.

Unterversorgung beziehungsweise drohende Unterversorgung

Hat der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (LA) einen Beschluss nach Paragraf 100 Absatz 1 oder 3 SGB V getroffen (Unterversorgung, drohende Unterversorgung oder lokaler Versorgungsbedarf), gelten bei der Fallzahlzuwachsbeschränkung ebenfalls Sonderregelungen: Liegt ein entsprechender Beschluss des LA vor, bleiben RLV-Fälle, die von den betroffenen Ärzten im (drohend) unterversorgten Planungsbereich/Gebiet im aktuellen Quartal erbracht wurden, für diese Ärzte bei der Ermittlung ihrer RLV-Fallzahl für die Fallzahlzuwachsbeschränkung unberücksichtigt. Diese Sonderregelung gilt bei (drohender) Unterversorgung und lokalem Versorgungsbedarf ebenfalls für die Fallwertminderung (siehe Teil 1, Punkt 5.2.5).

Sonderregelung zum Umgang mit Fallzahlschwankungen aufgrund flexibler Ferientage (sogenannter „Ostereffekt“)

In der Vergangenheit ist es bei einzelnen Fachgruppen zu einer Fallzahlzuwachsbegrenzung gekommen, bei der der sogenannte „Ostereffekt“ eine wesentliche Rolle gespielt hat. „Ostereffekt“ bedeutet, dass es in den Praxen durch den wechselnden Zeitraum der Osterferien im ersten oder zweiten Quartal eines Jahres zu nicht beeinflussbaren Fallzahlschwankungen kommen kann. Der HVM sieht seit 1. Januar 2016 hierfür eine Modifikation im Rahmen der Fallzahlzuwachsbegrenzung vor. Grundsätzlich gilt weiterhin, dass ein Arzt unter die Fallzahlzuwachsbegrenzung fällt, wenn sowohl bei der Fachgruppe als auch beim Arzt im Vergleich zum Vorjahresquartal die Fallzahlen um mehr als drei Prozent zugenommen haben. Um aber dem „Ostereffekt“ entgegenzuwirken, wird der zulässige Zuwachs in Höhe von drei Prozent um einen gewissen Prozentsatz angepasst. Der Prozentsatz ergibt sich dabei aus einer Formel, die das Verhältnis der ferien- und feiertagsfreien Wochentage zwischen Montag und Freitag zum Ausgangspunkt nimmt. Steigen diese ferien- und feiertagsfreien Wochentage um mehr als zehn Prozent im Vergleich zum Vorjahresquartal an, wird eine höhere Fallzahlsteigerung zugelassen. Die Höhe des dann zulässigen Zuwachses kann in den betroffenen Quartalen jeweils unterschiedlich sein und wird bei der Erstellung der Abrechnung jeweils entsprechend automatisch berücksichtigt.

Beispiel:

- Die bayerischen Osterferien lagen im Jahr 2017 fast ausschließlich im Quartal 2/2017.
- Dagegen lagen die Osterferien im Jahr 2018 nur zu einem Teil im Quartal 2/2018.
- Ermittelt wird zunächst die Anzahl der ferien- und feiertagsfreien Tage zwischen Montag und Freitag. Im Quartal 2/2017 lag diese bei 43 Tagen. Im Quartal 2/2018 bei 48 Tagen, ist also in 2/2018 mehr als zehn Prozent höher.
- In diesem Fall greift die sogenannte Osterformel. Am Beispiel für das Quartal 2/2018 würde sich nach der Formel für den einzelnen Arzt nicht ein zulässiger Zuwachs in Höhe von drei Prozent, sondern von 4,6 Prozent ergeben.

5.2.4 RLV-Fallwert nach Altersklassen

Die RLV-Fallwerte werden weiterhin fachgruppenspezifisch ermittelt. Eine Aufstellung der RLV-Fachgruppen finden Sie am Ende der Broschüre im Anhang.

Die RLV-Fallwerte sind dabei

für Hausärzte und Kinder- und Jugendärzte in fünf Alterklassen unterteilt (analog der Alterklassen der Versichertenpauschale im EBM):

- bis zum vollendeten 4. Lebensjahr
- ab dem 5. Lebensjahr bis zum vollendeten 18. Lebensjahr
- ab dem 19. Lebensjahr bis zum vollendeten 54. Lebensjahr
- ab dem 55. Lebensjahr bis zum vollendeten 75. Lebensjahr
- ab dem 76. Lebensjahr

für Fachärzte in drei Altersklassen (analog der Altersklassen der Grundpauschale im EBM):

- bis zum vollendeten 5. Lebensjahr
- ab dem 6. Lebensjahr bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
- ab dem 60. Lebensjahr

Je Fachgruppe gibt es damit nicht nur einen RLV-Fallwert, sondern fünf beziehungsweise drei RLV-Fallwerte. Maßgeblich für die Zuordnung zu den Altersklassen ist das Alter des Patienten am Tag der ersten Behandlung im Abrechnungsquartal.

Weiterhin werden bereits vor Beginn eines Jahres – für alle Quartale gleich – sogenannte kalkulatorische RLV-Fallwerte bekanntgegeben. Diese kalkulatorischen RLV-Fallwerte werden im Bayerischen Staatsanzeiger veröffentlicht und sind rechtzeitig vor dem 1. Januar 2019 unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/Honorar/Honorar ab 01.01.19/Fallwerte-Fallzahlen-Quoten* im Mitgliederbereich abrufbar.

Kalkulatorischer RLV-Fallwert/rechnerischer RLV-Fallwert/tatsächlicher RLV-Auszahlungsfallwert

Für die Ermittlung des RLV ist grundsätzlich die aktuelle Fallzahl relevant. Damit werden die Obergrenzen nicht bereits im Vorfeld ermittelt, sondern mit der Abrechnung. Nach Vorliegen der Abrechnungsergebnisse wird festgestellt, ob die mitgeteilten

kalkulatorischen Fallwerte „passen“ oder ob die Fallwertberechnung aufgrund von Fallzahlsteigerungen/Leistungssteigerungen korrigiert werden muss.

Beispiel A

Kalkulatorischer RLV-Fallwert für die Fachgruppe: 30,- €

Innerhalb des Fachgruppenfonds hat sich aber das Leistungsgeschehen zum Beispiel durch Fallzahlsteigerungen dahingehend entwickelt, dass nur noch ein rechnerischer Fallwert von 29 Euro gezahlt werden kann.

Rechnerischer RLV-Fallwert nach Abrechnung:	29,- €
RLV-Auszahlungsfallwert:	29,- €

Regelung zur RLV-Fallwertstabilisierung:

Der RLV-Auszahlungsfallwert beträgt mindestens 95 Prozent des mitgeteilten kalkulatorischen RLV-Fallwertes. Es könnte sich aber im Beispiel A – je nach Abrechnungsergebnis der Fachgruppe – auch ein niedrigerer rechnerischer Fallwert ergeben. Um für Ärzte und Praxen im Rahmen ihrer Obergrenzen Planungs- und Kalkulationssicherheit zu gewährleisten, ist im HVM festgelegt, dass in der Honorarabrechnung dann der tatsächlich zugrunde gelegte Auszahlungsfallwert im RLV mindestens 95 Prozent des ursprünglich mitgeteilten kalkulatorischen RLV-Fallwertes betragen muss:

Beispiel B

Kalkulatorischer RLV-Fallwert für die Fachgruppe:	30,- €
Rechnerischer RLV-Fallwert nach Abrechnung:	27,- €
Tatsächlicher RLV-Auszahlungsfallwert:	28,50 €
	(entspricht 95 Prozent von 30,- €)

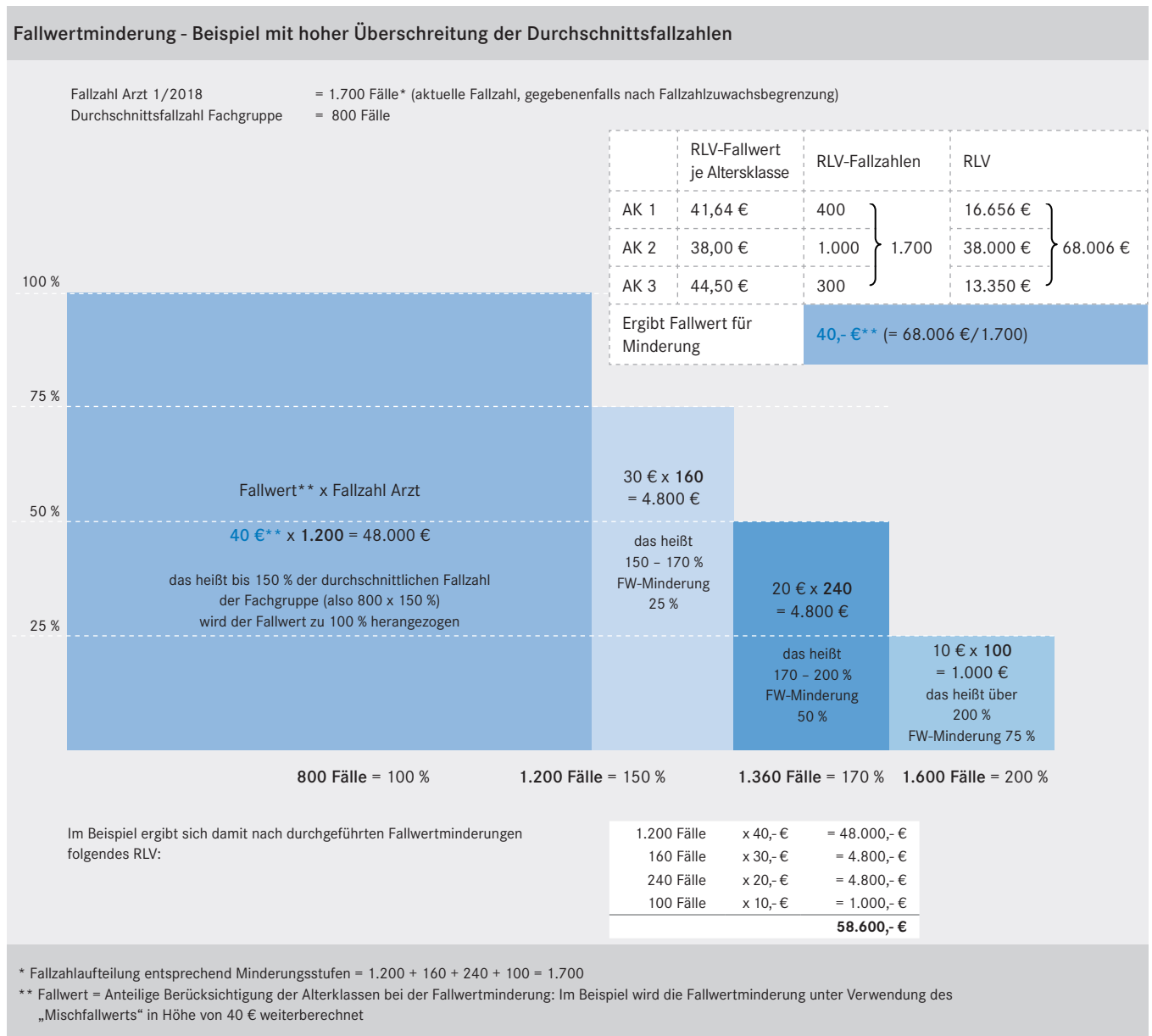
5.2.5 Fallwertminderung

Die RLV-Fallwertminderung betrifft nur Ärzte, die mit ihren eigenen RLV-relevanten Fällen über 150 Prozent der durchschnittlichen RLV-Fallzahlen ihrer Fachgruppe liegen.

Die für die Fallwertminderung relevanten Durchschnittsfallzahlen sind unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/Honorar/Honorar ab 01.01.19/Fallwerte-Fallzahlen-Quoten* im Mitgliederbereich abrufbar. Soweit ein Arzt keinen vollen Tätigkeitsumfang hat (weniger als 40 Wochenstunden) wird die Durchschnittsfallzahl entsprechend reduziert.

Durch den Bezug auf die aktuelle RLV-Fallzahl wird das Ergebnis einer eventuellen Fallwertminderung erst nach Abschluss des Quartals festgestellt und der Ermittlung der Obergrenze entsprechend zugrunde gelegt.

Der für die RLV-Berechnung verwendete RLV-Fallwert wird unter Berücksichtigung der fünf beziehungsweise drei Altersklassen stufenweise gemindert und zwar in folgenden Stufen (siehe Grafik).



Teil 1: Honorarverteilung für Haus- und Fachärzte

- 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.

Kommt bei einer Praxis eine Fallzahlzuwachsbeschränkung zum Tragen, setzt die Fallwertminderung auf den entsprechend reduzierten Fallzahlen auf.

Hinweis: Aufgrund der für Hausärzte weiterhin bestehenden HZV-Verträge (Paragraf 73b SGB V) wird die Fallwertminderung für Hausärzte ausgesetzt.

5.2.6 RLV-Zuschlagsregelung für BAG, MVZ und Praxen mit angestellten Ärzten

Regelung für fach- und schwerpunktgleiche Praxen

- Die Praxis ist fach- und schwerpunktgleich und nicht am gleichen Standort tätig: Der BAG-Zuschlag (Anpassungsfaktor) ist abhängig vom Kooperationsgrad. Nur bei einem Kooperationsgrad von mindestens zehn Prozent erhält die Praxis einen BAG-Zuschlag (Anpassungsfaktor) in Höhe von zehn Prozent.
- Die Praxis ist fach- und schwerpunktgleich und am gleichen Standort tätig: Die Praxis erhält einen BAG-Zuschlag (Anpassungsfaktor) in Höhe von zehn Prozent auf das RLV.

Regelung für fach- und schwerpunktübergreifende Praxen

- Die Praxis ist fach- und schwerpunktübergreifend und nicht am gleichen Standort tätig: Der BAG-Zuschlag (Anpassungsfaktor) ist abhängig vom Kooperationsgrad. Nur bei einem Kooperationsgrad von mindestens zehn Prozent erfolgt ein BAG-Zuschlag (Anpassungsfaktor) in Höhe von zehn Prozent.
- Die Praxis ist fach- und schwerpunktübergreifend und am gleichen Standort tätig: Der BAG-Zuschlag (Anpassungsfaktor) ist abhängig vom Kooperationsgrad. Je nach ermitteltem Kooperationsgrad ergibt sich ein BAG-Zuschlag zwischen 0 und 40 Prozent (siehe Tabelle).

Unterschreitet der ermittelte Kooperationsgrad zehn Prozent und sind in der standortgleichen, fach- und schwerpunktübergreifenden BAG auch Teilnehmer der gleichen RLV-Fachgruppe vertreten, erfolgt ein BAG-Zuschlag in Höhe von zehn Prozent.

Beispiel

In einer BAG aus drei Orthopäden und einem Chirurgen am selben Standort wird ein Kooperationsgrad von 8,5 Prozent ermittelt. Diese Praxis erhält einen BAG-Zuschlag in Höhe von zehn Prozent.

Kooperationsgrad in Prozent	BAG-Zuschlag (Anpassungsfaktor) RLV in Prozent
0 bis unter 10	0
10 bis unter 15	10
15 bis unter 20	15
20 bis unter 25	20
25 bis unter 30	25
30 bis unter 35	30
35 bis unter 40	35
40 und größer	40

Erläuterungen zum Kooperationsgrad

Bei bestimmten Praxiskonstellationen (siehe oben) ist für die Berechnung des BAG-Zuschlags der Kooperationsgrad relevant. Unter dem Kooperationsgrad versteht man den Anteil der in einer BAG gemeinsam behandelten Patienten. Dabei geht es immer um die gemeinsamen RLV-relevanten Fälle. **Hinweis:** Bei der Ermittlung dieses Kooperationsgrads wird dabei weiterhin auch die GOP 99215 mit einbezogen.

Formel zur Berechnung

Mathematisch wird der Kooperationsgrad errechnet, indem man alle RLV-relevanten Arztfälle 1) der Praxisteilnehmer im **Abrechnungsquartal** durch die Zahl der RLV-relevanten Behandlungsfälle 2) der Praxis im **Abrechnungsquartal** teilt und so einen Prozentsatz für den Kooperationsgrad errechnet.

1) RLV-relevanter Arztfall = gleicher Arzt (LANR) - gleicher Patient - gleiche Kasse - gleiches Quartal (soweit RLV-relevante Leistungen abgerechnet wurden)

2) RLV-relevanter Behandlungsfall = gleiche Praxis (BSNR) - gleicher Patient - gleiche Kasse - gleiches Quartal (soweit RLV-relevante Leistungen abgerechnet wurden)

BAG-Zuschlagsregelung für Hausärzte beziehungsweise Kinder- und Jugendärzte seit 1. Oktober 2013:

Seit 1. Oktober 2013 beträgt der BAG-Zuschlag für fachgleiche Berufsausübungsgemeinschaften oder Praxen mit angestellten Ärzten aus ausschließlich Hausärzten oder ausschließlich Kinder- und Jugendärzten 22,5 Prozent. Die Erhöhung des BAG-Zuschlags bedeutet aufgrund der zeitgleich erfolgten Absenkung der Versichertenpauschale keinen Honorarzuwachs, sondern soll den BAG-Zuschlag in der bisherigen Höhe in etwa erhalten.

Hinweis: Die BAG-Zuschlagsregelung gilt nicht bei Tätigkeit im Job-Sharing (siehe Punkt 5.4.1)

5.3 Ermittlung QZV

5.3.1 QZV-relevante Leistungen

Eine Aufstellung der QZV-Leistungen je Fachgruppe kann der Ergänzungsbroschüre zu dieser Honorarbrochüre entnommen werden.

5.3.2 QZV-relevante Fallzahl

Bei den QZV sind weiterhin die Fallzahlen des aktuellen Quartals relevant.

Im Rahmen der QZV wird dabei auf den „Leistungsfall“ abgestellt. Leistungsfall ist jeder Fall, in dem im Abrechnungsquartal mindestens eine Leistung aus dem jeweiligen QZV abgerechnet und anerkannt wurde.

QZV 1 =
QZV-FW* (AG*) x QZV 1-Leistungsfallzahl des Arztes im **aktuellen Quartal**
+
QZV 2 =
QZV-FW* (AG*) x QZV 2-Leistungsfallzahl des Arztes im **aktuellen Quartal**
+
QZV 3 =
QZV-FW* (AG*) x QZV 3-Leistungsfallzahl des Arztes im **aktuellen Quartal**

*FW = Fallwert, AG = Arztgruppe

Sonderregelungen gelten bei sogenannten TSVG-Fällen in den Quartalen des Bereinigungszeitraums, Details siehe Nr. 8

5.3.3 QZV-Fallwert

Die QZV-Fallwerte werden fachgruppenspezifisch ermittelt. Die Berechnungsvorgaben zur Ermittlung der QZV-Fallwerte sind im HVM definiert.

Anders als bei den RLV-Fallwerten bleibt es je QZV bei einem Fallwert, eine weitere Unterteilung in Altersklassen erfolgt nicht.

Weiterhin werden bereits vor Beginn eines Jahres – für alle Quartale gleich – neben den RLV-Fallwerten sogenannte kalkulatorische QZV-Fallwerte bekanntgegeben. Diese kalkulatorischen QZV-Fallwerte werden im Bayerischen Staatsanzeiger veröffentlicht und sind vor dem 1. Januar 2019 im Internet unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/Honorar/Honorar ab 01.01.19/Fallwerte-Fallzahlen-Quoten* im Mitgliederbereich abrufbar.

Kalkulatorischer QZV-Fallwert/Rechnerischer QZV-Fallwert/Tatsächlicher QZV-Auszahlungsfallwert

Wie bereits erläutert, ist für die Ermittlung des RLV grundsätzlich die aktuelle Fallzahl relevant. Dies gilt gleichermaßen für die Ermittlung der QZV. Damit werden die Obergrenzen nicht bereits im Vorfeld ermittelt, sondern mit der Abrechnung. Nach Vorliegen der Abrechnungsergebnisse wird festgestellt, ob die mitgeteilten kalkulatorischen Fallwerte „passen“ oder ob die Fallwertberechnung aufgrund von Fallzahlsteigerungen/Leistungssteigerungen korrigiert werden muss.

Beispiel

Kalkulatorischer QZV-Fallwert: 20,- €

Innerhalb des Fachgruppenfonds hat sich aber das Leistungsgeschehen zum Beispiel durch Fallzahlsteigerungen dahingehend entwickelt, dass nur noch ein rechnerischer Fallwert von 18 Euro gezahlt werden kann.

Rechnerischer QZV-Fallwert nach

Abrechnung: 18,- €

QZV-Auszahlungsfallwert: 18,- €

Regelung zur QZV-Fallwertstabilisierung: Der Auszahlungswert beträgt mindestens 85 Prozent des mitgeteilten kalkulatorischen QZV-Fallwerts

Auch bei den QZV könnte sich im Beispiel – je nach Abrechnungsergebnis der Fachgruppe – ein niedrigerer rechnerischer QZV-Fallwert ergeben. Um aber für Ärzte und Praxen im Rahmen ihrer Obergrenzen Planungs- und Kalkulationssicherheit zu gewährleisten, ist im HVM festgelegt, dass der in der Obergrenze/Honorarabrechnung tatsächlich zugrundegelegte Auszahlungswert im QZV mindestens 85 Prozent des ursprünglich mitgeteilten kalkulatorischen QZV-Fallwertes betragen muss.

Die untere Fallwertgrenze ist bei den QZV-Fallwerten mit 85 Prozent bewusst niedriger angesetzt als im RLV mit 95 Prozent. Grund hierfür ist, dass (anders als bei den RLV) für die QZV die Leistungsfälle je Arzt zählen. Daher wurde der „Puffer“ zwischen kalkulatorischem und Auszahlungswert entsprechend größer angesetzt.

Beispiel

Kalkulatorischer QZV-Fallwert für die Fachgruppe:	20,- €
Rechnerischer QZV-Fallwert nach Abrechnung:	15,- €
Tatsächlicher QZV-Auszahlungswert:	17,- €
	(entspricht 85 Prozent von 20,- €)

5.4 Weitere Erläuterungen zur Obergrenze

5.4.1 Job-Sharing und Assistenten

Im Rahmen des Job-Sharing können Ärzte in einer Praxis als angestellte Ärzte oder als sogenannte Job-Sharing „Junior-Partner“ tätig sein.

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 [1] dürfen nicht zu einer Praxisausdehnung führen.

[1] Ausnahme geförderte Weiterbildungsassistenten im Rahmen des § 32 Abs. 2 Satz 2 Ärzte-ZV i.V.m. 75a SGB V.

Die Ihnen im Rahmen des Job-Sharing separat mitgeteilten sogenannten Job-Sharing-Obergrenzen bleiben davon unberührt. Diese Job-Sharing-Obergrenze ist von der Obergrenze aus RLV und QZV zu unterscheiden.

5.4.2 Psychotherapieanteil über oder unter 90 Prozent

Die Obergrenze aus RLV und QZV gilt für die im Anhang genannten Fachgruppen. Für Psychotherapeuten und ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte gelten dagegen die in Teil 3 beschriebenen Vergütungsregelungen.

Als ausschließlich psychotherapeutisch tätig gilt ein Arzt, wenn sein Anteil der psychotherapeutischen Leistungen am Gesamtleistungsbedarf über 90 Prozent liegt. Die Ermittlung des 90-Prozent-Anteils erfolgt nach den Bedarfsplanungsrichtlinien.

5.5 Leistungen, die nicht unter die Obergrenze aus RLV und QZV fallen

5.5.1 Leistungen ohne Mengengrenzung im jeweiligen Fachgruppenfonds

Weiterhin gibt es Leistungen, die innerhalb des Fachgruppenfonds, aber außerhalb RLV und QZV vergütet werden und keiner Mengengrenzung (sogenannte „freie Leistungen“) unterliegen. Diese werden mit dem Preis der BÉGO bezahlt. Diese „freien Leistungen“ machen je Fachgruppe einen unterschiedlich hohen Anteil aus und sind je Fachgruppe unterschiedlich geregelt.

5.5.2 Leistungen mit Mengengrenzung im jeweiligen Fachgruppenfonds

Für diese Leistungen („Topf-im-Topf-Leistungen“) wird im Vorfeld innerhalb der betreffenden Fachgruppe ein bestimmtes Honorarvolumen reserviert. Grundsätzlich ist auch für diese Leistungen eine Vergütung zu den Preisen der BÉGO vorgesehen. Werden aber im laufenden Quartal von dieser Fachgruppe mehr Leistungen abgerechnet, als im entsprechenden Honorarvolumen („Topf“) vorgesehen, können diese Leistungen mit der Abrechnung nur noch quotiert ausgezahlt werden.

Details zu diesen beiden Leistungsbereichen mit den entsprechenden Quotierungsuntergrenzen finden Sie in der Ergänzungsbroschüre.

6. Zeitlicher Ablauf – von der Abrechnung zum „Obergrenzen-Honorar“

6.1 Vor Jahresbeginn/vor Quartalsbeginn

- Die kalkulatorischen RLV- und QZV-Fallwerte sowie die Durchschnittsfallzahlen werden bekanntgegeben.
- Die für die Obergrenze relevanten Fallzahlen richten sich grundsätzlich nach den Fallzahlen des Abrechnungsquartals (unter Berücksichtigung des Punktes 5.2.3). Damit ist seit dem Quartal 1/2013 die Zuweisung beziehungsweise die Mitteilung der Obergrenze vor Quartalsbeginn entfallen. Die Obergrenze wird nach der aktuellen Systematik zeitgleich mit den Honorarwerten ermittelt und in den Honorarunterlagen mitgeteilt.

6.2 Während des laufenden Abrechnungsquartals

Die Praxis kann die zu erwartende Obergrenze hochrechnen und mitverfolgen anhand:

- der mitgeteilten kalkulatorischen Fallwerte,
- der gesicherten Untergrenzen für RLV (95 Prozent) und QZV (85 Prozent) und
- der eigenen aktuellen RLV- beziehungsweise QZV-Fallzahlen.

Als Richtschnur für eine mögliche Fallzahlzuwachsbeschränkung (siehe Punkt 5.2.3) kann die Praxis dabei ihre Fallzahlen aus dem Vorjahresquartal heranziehen. Gleichzeitig sind auch die Durchschnittsfallzahlen bekannt, sodass abgeschätzt werden kann, ob die aktuellen Fallzahlen zu einer Fallwertminderung (siehe Punkt 5.2.5) führen könnten.

6.3 Nach Eingang und Bearbeitung der Abrechnung

Nach Eingang der Abrechnung erfolgen für die Honorarermittlung folgende Rechenschritte:

Fachgruppenebene

Ermittelt wird unter anderem:

- Gibt es für eine ganze Fachgruppe eine Fallzahlsteigerung über drei Prozent mit der Konsequenz einer Fallzahlzuwachsbeschränkung?
- Kann es bei den kalkulatorischen Fallwerten für die Fachgruppe bleiben oder müssen diese abgesenkt werden – gegebenenfalls bis zur Untergrenze in Höhe von 95 Prozent (RLV) und 85 Prozent (QZV)?
- Wie wurden insgesamt die Leistungen innerhalb der Fachgruppe abgerechnet, die als „Topf-im-Topf-Leistungen“ vergütet werden? Muss eine Quotierung (bis zu den genannten Untergrenzen) erfolgen?
- Wie hoch ist je Fachgruppe die Quote, die für Leistungen gezahlt wird, die über die Obergrenze hinaus abgerechnet werden (Überschreitungsquote)?

Liegen diese Ergebnisse je Fachgruppe vor, erfolgt die Honorarermittlung auf Arzt- beziehungsweise Praxisebene.

Arztebene/Praxisebene

Nach Vorliegen der Fachgruppenergebnisse wird die Obergrenze für jeden Arzt ermittelt. Falls erforderlich, erfolgt eine Fallzahlzuwachsbeschränkung und/oder Fallwertminderung. In einer Praxis mit mehreren Teilnehmern werden die Obergrenzen je Arzt zu einer Praxisobergrenze (unter Berücksichtigung eines gegebenenfalls zu erfolgenden BAG-Zuschlags) addiert.

6.4 Verrechnungsmöglichkeiten und Vergütung im Rahmen der Obergrenze

Weiter möglich ist die Verrechnung zwischen RLV und QZV:

- Die QZV können untereinander verrechnet werden.
- Ein nicht ausgeschöpftes RLV kann mit QZV-Leistungen gefüllt werden.
- Ein nicht ausgeschöpftes QZV kann für RLV-Leistungen genutzt werden.
- Diese Verrechnung ist weiterhin auch zwischen den Teilnehmern einer Berufsausübungsgemeinschaft möglich.

Bis zur Obergrenze aus RLV + QZV erhält die Praxis ihre abgerechneten und anerkannten Leistungen zu den Preisen der B€GO. Die die Obergrenze überschreitende Leistungsanforderung wird dagegen nur noch abgesenkt (quotiert mit der Überschreitungsquote) vergütet.

Teil 1: Honorarverteilung für Haus- und Fachärzte

Eine Folge der Bildung von Fachgruppenfonds (siehe unter Punkt 4) ist es, dass diese Überschreitungsquoten je Fachgruppe unterschiedlich hoch sein können.

Zu dem Honorar aus Obergrenze und Obergrenzenüberschreitung kommen je nach Fachgruppe in unterschiedlichem Ausmaß weitere Honorarbestandteile (Details siehe Teil 1, Punkt 2).

Das Ergebnis der Honorarermittlung sowie Details zu Obergrenze und Überschreitung der Obergrenze kann dann den Honorarunterlagen entnommen werden.

6.5 Beispiel zur Systematik kalkulatorischer Fallwert/rechnerischer Fallwert/Auszahlungsfallwert

Ergebnis auf Fachgruppenebene:

- In der Fachgruppe müssen zwar die kalkulatorischen Fallwerte abgesenkt werden.
- Die Fallwert-Untergrenze in Höhe von 95 Prozent (RLV) und 85 Prozent (QZV) ist aber rechnerisch noch nicht erreicht. Es ergibt sich daher ein Auszahlungsfallwert in Höhe von 98 Prozent (RLV) und 86 Prozent (QZV) (siehe Tabelle).

Beispiel			
	Kalkulatorische Fallwerte	Untergrenze 95 Prozent (RLV)	Auszahlungsfallwert 98 Prozent (RLV)
RLV-Altersklasse 1	44,00 €	41,80 €	43,12 €
RLV-Altersklasse 2	40,00 €	38,00 €	39,20 €
RLV-Altersklasse 3	47,00 €	44,65 €	46,06 €
	Kalkulatorische Fallwerte	Untergrenze 85 Prozent (QZV)	Auszahlungsfallwert 86 Prozent (QZV)
QZV 1	21,00 €	17,85 €	18,06 €
QZV 2	19,00 €	16,15 €	16,34 €
QZV 3	30,00 €	25,50 €	25,80 €
QZV 4	15,00 €	12,75 €	12,90 €

Die Obergrenze für den Arzt ermittelt sich in diesem **Beispiel** wie folgt:

RLV-Altersklasse 1	43,12 € x RLV-relevante Fallzahl im Abrechnungsquartal (200)	=	8.624 €
RLV-Altersklasse 2	39,20 € x RLV-relevante Fallzahl im Abrechnungsquartal (400)	=	15.680 €
RLV-Altersklasse 3	46,06 € x RLV-relevante Fallzahl im Abrechnungsquartal (300)	=	13.818 €
QZV 1	18,06 € x QZV-Leistungsfall des Arztes im Abrechnungsquartal (100)	=	1.806 €
QZV 2	16,34 € x QZV-Leistungsfall des Arztes im Abrechnungsquartal (250)	=	4.085 €
QZV 3	25,80 € x QZV-Leistungsfall des Arztes im Abrechnungsquartal (300)	=	7.740 €
QZV 4	12,90 € x QZV-Leistungsfall des Arztes im Abrechnungsquartal (100)	=	1.290 €
	Obergrenze aus RLV und QZV gesamt (in diesem Beispiel):		53.043 €

7. Weitere Details zur Honorarverteilung für Haus- und Fachärzte

7.1 Weitere Details zur Honorarverteilung für Hausärzte

7.1.1 Sicherstellungszuschlag für Hausärzte (Nr. 97009 A / B)

Der HVM ab 1. Januar 2018 führt den Sicherstellungszuschlag für Hausärzte fort.

Der Sicherstellungszuschlag im HVM betrifft folgende Fachgruppen:

Fachärzte für Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Ärzte ohne Gebietsbezeichnung sowie Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung, die gegenüber dem Zulassungsausschuss ihre Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gemäß Paragraph 73 Absatz 1a SGB V erklärt haben.

Der Sicherstellungszuschlag wird zusätzlich zur Versichertenpauschale GOP 03000 EBM einmal im Behandlungsfall vergütet und beträgt nach HVM grundsätzlich vier Euro. Voraussetzung ist, dass aus den Leistungsbereichen

- kleinchirurgische Eingriffe (GOP 02300 bis 02302, 02310, 02311, 02312, 02313 EBM)
- Belastungs-EKG (GOP 03321 EBM)
- spirographische Untersuchung (GOP 03330 EBM)
- sonographische Untersuchungen (GOP 33000 bis 33002, 33010 bis 33012, 33040, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33060 bis 33062, 33076, 33080, 33081 und 33090 bis 33092 EBM)

im jeweiligen Leistungsbereich mindestens eine der dort genannten Leistungen abgerechnet wird.

Werden nur drei der oben genannten Leistungsbereiche abgerechnet, beträgt der Sicherstellungszuschlag zwei Euro.

Abgestellt wird auf die Erbringung der Leistung in der Praxis **im Abrechnungsquartal**. In fachübergreifenden Praxen müssen die Leistungen dabei von den hausärztlich tätigen Ärzten der Praxis abgerechnet werden.

7.1.2 Qualifizierte nichtärztliche Praxisassistenten (NäPa), Geriatrie und sozialpädiatrische Beratung

Die ärztlich angeordneten Hilfen durch NäPa (GOP 03060 bis 03065), der hausärztlich-geriatriische Betreuungskomplex (GOP 03362 EBM) sowie die sozialpädiatrische Beratung, Erörterung und Abklärung (GOP 04355 EBM) werden zu den Preisen der BEGO vergütet.

7.2 Augenärztliche Strukturpauschale (GOP 06225 EBM)

Gleich geblieben sind die Vergütungsregelungen für die augenärztliche Strukturpauschale:

Zum Quartal 1/2012 wurde für konservativ tätige Augenärzte im EBM eine Strukturpauschale (GOP 06225 EBM) aufgenommen. Gleichzeitig wurde die Grundpauschale für alle Augenärzte im EBM abgesenkt. Zur Vergütung dieser augenärztlichen Strukturpauschale wurde innerhalb der Fachgruppe der Augenärzte – unter Absenkung ihres RLV-Fallwerts – ein eigener „Honorar-topf“ eingeführt. Wird im jeweiligen Abrechnungsquartal die Strukturpauschale von konservativ tätigen Augenärzten häufiger abgerechnet als in diesem Topf vorgesehen, kann es sein, dass sie gegebenenfalls nur quotiert ausbezahlt werden kann.

7.3 Sonderregelung für Internisten ohne Schwerpunkt und Internisten mit Schwerpunkt Gastroenterologie (GOP 13400 EBM)

Für die Fachgruppe der Fachärztlichen Internisten ohne Schwerpunkt sowie mit Schwerpunkt Gastroenterologie gibt es innerhalb des jeweiligen Fachgruppentopfes eine selbständige Mengensteuerung für die GOP 13400 EBM (Ösophago-Gastroduodenoskopie, ÖGD), die eine abgestufte Vergütung für den Fall der Überschreitung einer bestimmten Leistungsmenge vorsieht. Bei mehr als 300 abgerechneten GOP 13400 EBM je Arzt wird die Vergütung für die darüber hinausgehenden GOP 13400 EBM auf 70 Prozent abgesenkt.

7.4 Sonderregelung für Fachärzte für Radiologie und Nuklearmedizin

Seit 1. Januar 2018 gibt es im HVM eine neue Mengenbegrenzung für MRT-Leistungen, die dem QZV MRT zugeordnet sind. Die neuen Regelungen auf QZV-Ebene lehnen sich mit ein paar Modifikationen an die Begrenzungsregelungen der RLV-Systematik der Fallzahlzuwachsbeschränkung und der Fallwertminderung an.

Fallzahlzuwachsbeschränkung im QZV MRT:

Für Leistungsfälle im QZV MRT wird grundsätzlich ein Fallzahlzuwachs um drei Prozent je Arzt beziehungsweise Praxis gegenüber dem Vorjahresquartal zugelassen (oder anders ausgedrückt: Als QZV-Leistungsfallzahl wird die um drei Prozent erhöhte Fallzahl des Vorjahresquartals angesetzt oder die Fallzahl im Abrechnungsquartal, wenn diese niedriger ist).

Beispiel:

- Arzt R ist als Radiologe tätig.
 - QZV-Fallzahl Vorjahresquartal 1/2018: 800 (anerkannte Fallzahl)
 - QZV-Fallzahl aktuelles Quartal 1/2019: 900
- Bei Arzt R liegt damit im QZV MRT im Vergleich zum Vorjahresquartal eine Fallzahlsteigerung von mehr als drei Prozent vor. Damit greift die neue MRT-Mengenbegrenzung. Für das QZV MRT sind daher nicht die Fallzahlen des aktuellen Quartals (900) relevant, sondern die nach Begrenzung anerkannten Fallzahlen aus dem Vorjahresquartal plus drei Prozent (800 Fälle + 24 Fälle = 824 Fälle).
- In einer BAG, einem MVZ oder bei Praxen mit angestellten Ärzten wird die MRT-Mengenbegrenzung nur angewandt, wenn die Teilnehmer in Summe einen Zuwachs der MRT-Leistungsfälle von mehr als drei Prozent aufweisen. Hier greift also wie im RLV eine Saldierung, das heißt, Rückgänge eines Praxisteilnehmers werden mit Zuwächsen anderer Teilnehmer verrechnet.
 - Für besondere, wenige Fallkonstellationen, die im HVM geregelt sind (zum Beispiel Krankheit im Vorjahresquartal), können entsprechende Fallzahlanträge gestellt werden (siehe Seite 31).

Bei **Neuärzten (im Vorjahresquartal noch nicht zugelassen) und Ärzten mit unterdurchschnittlicher QZV MRT-Fallzahl** sieht die neue MRT-Mengenbegrenzung das gleiche Verfahren vor wie bei der RLV-Fallzahlzuwachsbeschränkung:

- Grundsätzlich wird die eigene QZV-Fallzahl im Abrechnungsquartal angesetzt.
- Überschreitet diese die durchschnittliche QZV-Fallzahl, wird der Fachgruppendurchschnitt angesetzt, mindestens jedoch die um den zulässigen Zuwachs erhöhte QZV-Fallzahl des Vorjahresquartals.
- Der Fachgruppendurchschnitt ist auf Basis 2016 für die RLV-Fachgruppe der Radiologen berechnet, wird einheitlich für beide Fachgruppen verwendet und je nach Tätigkeitsumfang gegebenenfalls anteilig reduziert.

Veränderungen (zum Beispiel Status, Tätigkeitsumfang, Ein- oder Austritt) in BAG, MVZ und Praxen mit angestellten Ärzten zum Vorjahresquartal:

- Es wird dann darauf abgestellt, ob sich die Summe der Tätigkeitsumfänge (Basis Zulassungs- oder Genehmigungsbescheid) im Vergleich zum jeweiligen Vorjahresquartal verändert hat. Dabei wird auf die Ärzte je Praxis abgestellt, die Leistungen im QZV MRT erbringen. Entsprechend wird dann wie folgt verfahren:
 - Verändert sich die Summe der Tätigkeitsumfänge einer Praxis nicht, wird auch bei personellen Veränderungen auf die Vorjahresfallzahl abgestellt.
 - Verringert sich die Zahl der Tätigkeitsumfänge, wird die für das QZV heranzuziehende Vorjahresfallzahl entsprechend gesenkt.
 - Nimmt die Zahl der Tätigkeitsumfänge zu, kann sich hinsichtlich des zusätzlichen Tätigkeitsumfangs ein Wachstum bis zum Fachgruppendurchschnitt ergeben.

Fallwertminderung im QZV MRT:

Neben der Fallzahlzuwachsbeschränkung ist im HVM auch eine Fallwertminderung vorgesehen:

- Überschreitet die Leistungsfallzahl für das QZV MRT eines Arztes 200 Prozent des Fachgruppendurchschnitts, wird der QZV-Fallwert auf 25 Prozent gemindert.
- Als Durchschnittsfallzahl wird einheitlich auf die Fachgruppe der Radiologen abgestellt.
- Der Wert ist auf Basis des Jahres 2016 ermittelt und wird je nach Tätigkeitsumfang eines Arztes gegebenenfalls anteilig reduziert.

Der Fachgruppendurchschnitt ist unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/Honorar/Honorar ab 01.01.19/Fallwerte-Fallzahlen-Quoten* im Mitgliederbereich abrufbar.

Über die weiteren Details zu beiden Regelungen wurden die betroffenen RLV-Fachgruppen der Radiologen und Nuklearmediziner direkt informiert. Bei Fragen können Sie sich gerne an unsere Berater wenden.

7.5 Sonderregelung für Neurologen, Nervenärzte und Psychiater

- Seit 1. Januar 2018 wird der RLV-Fallwert für Psychiater und Nervenärzte gemeinsam ermittelt, das heißt für beide Fachgruppen werden zu Beginn des Jahres die gleichen kalkulatorischen Jahresfallwerte mitgeteilt.
- Wird im HVM im Rahmen von Begrenzungsregelungen auf Durchschnittsfallzahlen abgestellt, wird seit 1. Januar 2018 für die Fachgruppe der Neurologen, Nervenärzte und Psychiater die Durchschnittsfallzahl der Nervenärzte verwendet.

7.6 Sonderregelung für Praxisnetze

Für anerkannte Praxisnetze muss der HVM nach einer Änderung im SGB V nun „gesonderte Vergütungsregelungen“ vorsehen (Paragraf 87b Absatz 2 Satz 3 SGB V). In Umsetzung dieser Regelung wurde im HVM seit 1. Januar 2016 ein „Netzaufschlag“ eingeführt: Jeder Arzt, der Teilnehmer eines (oder mehrerer) von der KV Bayerns anerkannten Praxisnetze ist, erhält je Quartal einen Netzaufschlag in Form einer Erhöhung der Obergrenze (aus RLV und QZV) in Höhe von 125 Euro. Ist der Arzt nicht mit vollem Teilnahmeumfang tätig, verringert sich der Netzaufschlag entsprechend. Sollte die Zahl der Netzärzte so ansteigen, dass die Summe der Netzaufschläge ein rechnerisches Volumen von 400.000 Euro übersteigt, ist eine Quotierung des Aufschlags vorgesehen. Der Netzaufschlag wird automatisch von der KVB zugesetzt.

7.7 Sonderregelung bei besonderer Dynamik

Mit dem HVM und der Bezugnahme auf die aktuelle Fallzahl besteht – wie bereits dargelegt – das Risiko einer Mengendynamik innerhalb der einzelnen Fachgruppen. Für diesen Fall sieht der HVM die unter Punkt 5.2.3 beschriebene Fallzahlzuwachsbeschränkung vor.

Was aber ist, wenn es zum Beispiel in einer Fachgruppe zu einem extremen, in dieser Höhe nicht planbaren Fallzahlenanstieg kommt, der auch nicht mehr durch die Fallzahlzuwachsbeschränkung „aufgefangen“ werden kann? Sollte dieser Fall eintreten, gibt es im HVM einen weiteren Sicherheitsmechanismus: Zeigt sich im Laufe des Jahres, dass die kalkulatorischen Fallwerte für einzelne Fachgruppen nicht beibehalten werden können, besteht die Möglichkeit, die kalkulatorischen Fallwerte während des laufenden Jahres abzusenken. Die Mitteilung dieser neuen kalkulatorischen Fallwerte an die Mitglieder erfolgt dann rechtzeitig zu Beginn desjenigen Quartals, für das die neuen kalkulatorischen Fallwerte gelten.

8. TSVG-Bereinigung

Das am 11. Mai 2019 in Kraft getretene Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) sieht für bestimmte Konstellationen bei der Erbringung ambulanter ärztlicher und psychotherapeutischer Leistungen eine extrabudgetäre Vergütung und EBM-Zuschläge vor.

Eine Übersicht zu den einzelnen TSVG-Sachverhalten finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/Honorar/Honorar TSVG*.

Die Krankenkassen vergüten die TSVG-Leistungen extrabudgetär zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung. Dem steht eine sogenannte „Bereinigung“ gegenüber.

Bereinigungszeiträume

Die Bereinigung der MGV beginnt mit dem Inkrafttreten des jeweiligen TSVG-Sachverhaltes und erfolgt dann für ein Jahr:

1. Hausarzt-Vermittlungsfall beim Facharzt im Zeitraum
11. Mai 2019 bis 10. Mai 2020
2. TSS-Terminfall im Zeitraum
11. Mai 2019 bis 10. Mai 2020
3. Neupatient im Zeitraum
1. September 2019 bis 31. August 2020
4. Offene Sprechstunde im Zeitraum
1. September 2019 bis 31. August 2020
5. TSS-Akutfall im Zeitraum
25. November 2019 bis 24. November 2020

Der Begriff der Bereinigung bedeutet, dass die Krankenkassen nach der gesetzlichen Vorgabe auf der Ebene der Gesamtvergütung ein Jahr lang unter Berücksichtigung der arztgruppenspezifischen Quoten des Vorjahresquartals den Betrag abziehen, den sie (summiert über alle Ärzte) aufgrund der TSVG-Konstellationen außerhalb der MGV vergüten müssen. Diese Abzüge müssen nach den Bundesvorgaben arztseitig so weitergeben werden, wie der jeweilige Arzt die neuen TSVG-Vergütungen erhält. Die arztseitige Bereinigung erfolgt über eine Bereinigung der Obergrenze.

Wie wird die Obergrenze bereinigt?

Die Bereinigung auf Arzt-Ebene erfolgt in drei Schritten:

Schritt 1: Zunächst wird die Obergrenze (RLV+QZV) der Praxis so berechnet, als wäre das TSVG noch nicht in Kraft getreten.

Schritt 2: Der zu bereinigende Betrag ermittelt sich anhand der für die Obergrenze relevanten TSVG-Leistungen (= Leistungsbedarf, der ohne TSVG in die Obergrenze fallen würde) multipliziert mit der arztgruppenspezifischen Auszahlungsquote des jeweiligen Vorjahresquartals.

Schritt 3: Dieser Bereinigungsbeitrag wird von der Obergrenze abgezogen.

Beispiel Bereinigung auf Arzt-Ebene

Schritt 1 Ermittlung Obergrenze inklusive TSVG			
RLV	30,00 € x 1.000 Fälle	(inkl. TSVG)	= 30.000 €
QZV 1	10,00 € x 100 Fälle	(inkl. TSVG)	= 1.000 €
QZV 2	10,00 € x 100 Fälle	(inkl. TSVG)	= 2.000 €
Obergrenze aus RLV und QZV			33.000 €

Schritt 2 Ermittlung Bereinigungshöhe für TSVG		
TSVG-Leistungen in der Obergrenze (B€GO)	→	10.000 €
Auszahlungsquote der Fachgruppe aus dem Vorjahresquartal	zum Beispiel	80%
Bereinigungsvermögen (= 80% von 10.000 €)	→	8.000 €

Schritt 3. Ermittlung der neuen Obergrenze	
Obergrenze bisher	33.000 €
abzüglich Bereinigungsvermögen	- 8.000 €
Obergrenze neu →	25.000 €

→ Fazit: Arzt erhält	25.000 € (Obergrenze)	
	+	
	10.000 € (für TSVG)	35.000 €

Der neuen (= bereinigten) Obergrenze wird dann im Rahmen der Abrechnung die Obergrenzen-relevante Leistungsanforderung (ohne Leistungsbedarf nach TSVG) gegenübergestellt.

Überschreitende Leistungen werden – wie bisher – quotiert mit der fachgruppenspezifischen Überschreitungsquote vergütet. Die TSVG-Leistungen erhält der Arzt extrabudgetär vergütet.

Teil 2: Antragsmöglichkeiten zur Anpassung der Obergrenze und Anerkennung von Härtefällen

1. Anpassung der Obergrenze mit Bezug zur Fallzahl (bei Fallzahlzuwachsbeschränkung)

Durch die grundsätzliche Verwendung der aktuellen RLV-Fallzahl sind Fallzahlanträge nur erforderlich und im HVM entsprechend vorgesehen, wenn es in einer Fachgruppe insgesamt zu einer Fallzahlsteigerung kommt und auch beim einzelnen Arzt eine Fallzahlzuwachsbeschränkung greift.

Folgende Tatbestände sind für eine mögliche Antragstellung im HVM vorgesehen:

- urlaubs- und krankheitsbedingte Vertretung eines Arztes der eigenen Berufsausübungsgemeinschaft,
- urlaubs- und krankheitsbedingte Vertretung eines Arztes einer Praxis in der näheren Umgebung der Praxis,
- Aufgabe einer Zulassung oder genehmigten Tätigkeit eines Arztes der eigenen Berufsausübungsgemeinschaft,
- Aufgabe einer Zulassung oder genehmigten Tätigkeit eines Arztes in der näheren Umgebung der Praxis,
- Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit in einem Planungsbereich, der an einen Planungsbereich grenzt, in dem für die Arztgruppe des Antragstellers ein Beschluss des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen nach Paragraph 100 Absatz 1 oder 3 SGB V vorliegt und der Antragsteller Patienten aus dem angrenzenden Planungsbereich in nicht untergeordnetem Umfang versorgt,
- ein außergewöhnlicher und/oder durch den Arzt unverschuldeter Grund, der zu einer niedrigeren Fallzahl des Arztes im Vorjahresquartal geführt hat. Hierzu zählt beispielsweise eine Erkrankung des Arztes.

Voraussetzung für eine Berücksichtigung dieser Tatbestände ist grundsätzlich eine individuelle Fallzahlsteigerung, die den durchschnittlichen prozentualen Fallzahlanstieg der Fachgruppe nominal um mehr als zehn Prozentpunkte übersteigt. In begründeten Ausnahmefällen (zum Beispiel bei Beschlüssen des Landesausschusses nach Paragraph 100 Absatz 1 oder 3 SGB V oder wenn es sich um einen Zuwachs von Behandlungsfällen handelt, die durch eine Terminservicestelle vermittelt werden) kann von diesem Kriterium abgesehen werden.

- Anträge auf Korrektur der Obergrenze mit Bezug zur Fallzahl sind **spätestens** einen Monat nach Bekanntgabe des Honorarbescheids des Quartals zu stellen, auf das sich der Antrag bezieht.
- Das Nähere regelt der Vorstand in Durchführungsrichtlinien.

Erfolgt keine Fallzahlzuwachsbeschränkung, gilt die aktuelle Fallzahl im Abrechnungsquartal. Ein Antrag ist also dann nicht erforderlich. Warten Sie daher bitte erst das Abrechnungsergebnis (Honorarunterlagen) ab, um keine unnötigen Anträge zu stellen.

Seit 1. Januar 2018 gilt für Leistungsfälle im **QZV MRT** bei den Fachgruppen der Radiologen und Nuklearmediziner eine Fallzahlzuwachsbeschränkung (Details siehe Teil 1, Nr. 7.4). Für besondere, wenige Fallkonstellationen (zum Beispiel Krankheit in Vorjahresquartal) besteht dazu die Möglichkeit, einen Fallzahlantrag zu stellen. Für diese Anträge auf Anpassung der Obergrenze in Bezug auf die Leistungsfallzahl im QZV MRT gelten die oben beschriebenen Tatbestände der Aufzählungspunkte 1 bis 4 und 7 entsprechend.

2. Anpassung der Obergrenze mit Bezug zum Fallwert aufgrund eines besonderen Versorgungsbedarfs

In der Regel werden Praxisbesonderheiten, die keine besonderen Spezialisierungen darstellen, über HVM-Regelungen – wie zum Beispiel durch ein QZV – berücksichtigt.

Im Einzelfall kann es dennoch vorkommen, dass eine spezialisierte Praxis über die RLV-/QZV-Systematik ihrer Fachgruppe nicht hinreichend abgebildet wird, da sie zum Beispiel spezielle Leistungen als einzige der Fachgruppe erbringt. Für solche Fälle besteht die Möglichkeit, einen Antrag auf Anpassung der Obergrenze zu stellen.

2.1 Welche Voraussetzungen müssen für eine Anpassung vorliegen?

Sind Besonderheiten im Einzelfall nicht über ein QZV abgebildet oder wird die Leistung nicht bereits außerhalb des RLV und der QZV vergütet, kann eine Anpassung der RLV-Fallwerte oder eines QZV-Fallwertes beantragt werden. Eine Fallwertanpassung kann erfolgen, wenn sich ein besonderer Versorgungsbedarf aus einem besonderen Versorgungsauftrag oder einer besonderen, für die Versorgung bedeutsamen fachlichen Spezialisierung ergibt.

Es müssen folgende Kriterien kumulativ erfüllt sein und die Umstände im Einzelfall dürfen nicht gegen die Anerkennung einer bedeutsamen fachlichen Spezialisierung sprechen.

- Die Überschreitung der Obergrenze muss höher sein als die durchschnittliche Überschreitung der Fachgruppe.
Beispiel: Die durchschnittliche Überschreitung in der Fachgruppe beträgt 10,5 Prozent. Der Antragssteller müsste die Obergrenze somit um mehr als 10,5 Prozent überschreiten.
- Der Fallwert des Antragsstellers nach B€GO bezogen auf die Leistungen, die unter die Obergrenze fallen – also alle RLV- und QZV-Leistungen – liegt im aktuellen Quartal wenigstens 20 Prozent über dem entsprechenden Fallwert nach B€GO der Fachgruppe.

Beispiel: Die Fachgruppe hat einen Fallwert von 70 Euro. Der Fallwert des Antragsstellers muss also mindestens 84 Euro betragen.

- Der Leistungsbedarf nach B€GO für die beantragten Gebührenordnungspositionen muss einen Anteil von wenigstens 20 Prozent am Gesamtleistungsbedarf aller EBM-Leistungen nach B€GO (ohne Kostenpauschalen) haben.

Beispiel: Der Gesamtleistungsbedarf des Antragsstellers beträgt 30.000 Euro. Der Leistungsbedarf der beantragten Gebührenordnungspositionen muss also mindestens 6.000 Euro betragen.

- Je nachdem, ob die beantragten Leistungen in das RLV oder in ein QZV fallen, muss der Fallwert der Leistungen des RLV oder der Fallwert der Leistungen des betreffenden QZV (nach B€GO) wenigstens 15 Prozent über dem entsprechenden Fallwert der Leistungen des RLV oder QZV nach B€GO der Fachgruppe liegen.

Beispiel: Zwei der beantragten Leistungen fallen ins RLV, eine ins QZV „Schmerztherapeutische spezielle Behandlung“. Der Fallwert der RLV-Leistungen der Fachgruppe beträgt 40 Euro, der Fallwert des Antragsstellers für RLV-Leistungen muss also mindestens 46 Euro betragen. Der Fallwert der Fachgruppe für Leistungen des QZV „Schmerztherapeutische spezielle Behandlung“ beträgt 30 Euro, der Fallwert des Antragsstellers für Leistungen dieses QZV muss mindestens 34,5 Euro betragen.

Bei Ärzten mit Mehrfachzulassungen und fachärztlich tätigen Internisten mit Tätigkeit in mehreren Schwerpunkten, soweit eine eindeutige Schwerpunkttätigkeit in einem Schwerpunkt nicht gegeben ist, kann ein besonderer Versorgungsbedarf auch gegeben sein, wenn eines oder mehrere der im 2. bis 4. Aufzählungspunkt genannten Kriterien nicht vorliegt beziehungsweise vorliegen. Ob eine Erhöhung der Obergrenze in diesen Fällen erfolgen kann, wird jeweils im Einzelfall geprüft.

2.2 Wie erfolgt eine Erhöhung?

Wird ein besonderer Versorgungsbedarf anerkannt, wird die Obergrenze erhöht. Die Erhöhung gilt grundsätzlich für vier Quartale, soweit während dieser Zeit die Voraussetzungen für die Anerkennung des besonderen Versorgungsbedarfs fortbestehen. Damit ist es in diesem Zeitraum nicht notwendig, für jedes Quartal einen eigenen Antrag zu stellen. Das Nähere regelt der Vorstand in Durchführungsrichtlinien.

Ein Antrag nach Nummer 1 oder 2 ist bis spätestens einen Monat nach Bekanntgabe des Honorarbescheids des Quartals zu stellen, auf das sich der Antrag bezieht.

Nachdem es für die Prüfung der Antragsvoraussetzungen entscheidend auf die Abrechnungsergebnisse des aktuellen Quartals ankommt, empfiehlt es sich, den Antrag unter Berücksichtigung der Abrechnungszahlen Ihrer Praxis, also nach Quartalsabschluss beziehungsweise nach Erhalt der Honorarunterlagen zu stellen.

Bitte berücksichtigen Sie in diesem Zusammenhang auch die Kataloge der sogenannten „freien Leistungen“ beziehungsweise „Topf-im-Topf-Leistungen“. Diese Leistungen unterliegen nicht der Obergrenze (RLV/QZV) und können daher nicht als Begründung für eine Erhöhung der Obergrenze anerkannt werden.

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

- bei der Antragsstellung die unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/Honorar/Honorar ab 01.01.19/Anträge 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.

Adresse:

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Honoraranträge
Elsenheimerstraße 39
80687 München

3. Härtefallregelung

Führt die Anwendung der Bestimmungen zu den RLV beziehungsweise QZV in Einzelfällen zu einer unzumutbaren Härte, kann auf Antrag aus Sicherstellungsgründen eine Anpassung der Obergrenze erfolgen, wenn die Härte durch Vorlage entsprechender Nachweise (zum Beispiel Einnahmenüberschuss-Rechnung) belegt ist. Das Nähere regelt der Vorstand in Durchführungsrichtlinien.

Bitte beachten Sie, dass ein Antrag auf Härtefall frühestens mit Bekanntgabe des Honorarbescheids gestellt werden kann. Der Härtefallantrag ist dann bis spätestens einen Monat nach Bekanntgabe des Honorarbescheids zu stellen. Ein Härtefallantrag gilt immer nur für ein Quartal. Details zur Antragsstellung finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/Honorar/Honorar ab 01.01.19/Anträge Obergrenze*.

Teil 3: Vergütungsregelungen für psychotherapeutische Leistungen

1. Vergütung der antragspflichtigen Leistungen nach Abschnitt 35.2 EBM und der GOP 35150 EBM (Probatorische Sitzung)

- Seit 1. Januar 2013 werden die Leistungen der genehmigungspflichtigen Psychotherapie nach Abschnitt 35.2 EBM außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet.
- Zudem wird für die in Paragraf 87b Absatz 2 Satz 4 SGB V genannten Arztgruppen auch die GOP 35150 EBM außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet.
- Ebenfalls außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung werden die GOP 35151 und 35152 EBM vergütet.

Damit wird ein Großteil der psychotherapeutischen Leistungen zu festen Preisen ohne Einschränkungen gezahlt.

2. Vergütung der in der MGV verbleibenden Leistungen

Über den HVM ist damit nur noch die Vergütung der „restlichen psychotherapeutischen Leistungen“ zu regeln, die von

- Psychologischen Psychotherapeuten
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
- Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- anderen ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Vertragsärzten gemäß den Kriterien der Bedarfsplanungsrichtlinien

erbracht werden.

Dabei handelt es sich um folgende Leistungsbereiche:

- Kapitel 22 EBM
- Kapitel 23 EBM
- Abschnitt 35.1 EBM (ohne GOP 35150, 35151 und 35152, siehe oben Nr. 1)
- Abschnitt 35.3 EBM
- Sonstige Leistungen (siehe zum Beispiel Präambel 22.1 und 23.1)

Für diese Leistungen ist im HVM ein eigener Fonds gebildet. Die Berechnung des Fonds ist im HVM festgelegt. Werden im Abrechnungsquartal von den oben genannten Fachgruppen zusammen mehr Leistungen in diesem Bereich abgerechnet, als im Fonds vorgesehen, können die Leistungen nur noch quotiert ausgezahlt werden.

Als Quotierungsuntergrenze ist eine Quote von 85 Prozent festgelegt.

Anhang: Für das RLV relevante Arztgruppen/Fachgruppen

- Fachärzte für Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen
- Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin
- Fachärzte für Anästhesiologie
- Fachärzte für Augenheilkunde
- Fachärzte für Chirurgie, Fachärzte für Herzchirurgie, Fachärzte für Kinderchirurgie, Fachärzte für Plastische Chirurgie, Fachärzte für Plastische Chirurgie und Ästhetische Chirurgie, Fachärzte für Thoraxchirurgie sowie Fachärzte für Visceralchirurgie
- Fachärzte für Chirurgie mit Schwerpunkt Gefäßchirurgie, Fachärzte für Gefäßchirurgie
- Fachärzte für Neurochirurgie
- Fachärzte für Frauenheilkunde
- Fachärzte für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
- Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten
- Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie, Fachärzte für Innere Medizin und Angiologie
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Endokrinologie, Fachärzte für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie, Fachärzte für Innere Medizin und Gastroenterologie
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/Onkologie, Fachärzte für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie, Fachärzte für Lungenheilkunde, Fachärzte für Innere Medizin und Pneumologie
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie, Fachärzte für Innere Medizin und Rheumatologie
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Nephrologie, Fachärzte für Innere Medizin und Nephrologie
- Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie
- Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Fachärzte für Kieferchirurgie
- Fachärzte für Nervenheilkunde, Mehrfachzulassungen aus der Kombination als Facharzt für Neurologie und als Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
- Fachärzte für Neurologie
- Fachärzte für Nuklearmedizin
- Fachärzte für Orthopädie, Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie
- Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie, Fachärzte für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen, Mehrfachzulassungen aus der Kombination als Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde und als Facharzt für Phoniatrie und Pädaudiologie beziehungsweise Facharzt für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen
- Fachärzte für Psychiatrie, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie
- Fachärzte für Radiologie, Fachärzte für Diagnostische Radiologie, Fachärzte für Strahlentherapie
- Fachärzte für Urologie
- Fachärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin, Fachärzte für Physiologie, Fachärzte für Physiotherapie

Hinweis:

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

In dieser Broschüre werden die aktuell geltenden HVM-Regelungen zusammengefasst und in vereinfachter beziehungsweise verkürzter Form dargestellt. Kommt es bei Auslegungsfragen auf den genauen Wortlaut an, ist nicht die Formulierung dieser Broschüre maßgeblich, sondern der veröffentlichte HVM-Text.

Impressum

Herausgeber:

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Elsenheimerstraße 39
80687 München

www.kvb.de

Redaktion:

Referat Gesamtvergütung und
Honorarverteilung

Grafik und Layout:

Stabsstelle Kommunikation

Titelbild:

Getty Images/283357SDC

Stand:

Dezember 2019