

Vergütung von Leistungen außerhalb des Regelleistungsvolumens - Quartal 2/2012

Ihr Regelleistungsvolumen (RLV) stellt einen Teil Ihres Einkommens aus der vertragsärztlichen Tätigkeit dar. Daneben gibt es eine Reihe von Leistungen, die zusätzlich zum RLV vergütet werden. Die Finanzierung dieser Leistungen erfolgt entweder aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung oder aus Geldern, die die Krankenkassen für jede erbrachte Leistung zusätzlich bereitstellen.

Ihr Honorar setzt sich aus fünf Säulen zusammen:

1. Regelleistungsvolumen (RLV)
2. Qualifikationsgebundene Zusatzvolumen (QZV)
3. Honorar für Leistungen, die das RLV überschreiten
4. Honorar für Leistungen, die Sie außerhalb Ihres Regelleistungsvolumens und außerhalb Ihrer QZV bis zum Erreichen der versorgungsbereichsspezifischen Budgetobergrenze zum festen EBM-Preis vergütet bekommen
5. Honorar für Leistungen, die Sie außerhalb Ihres Regelleistungsvolumens und außerhalb Ihrer QZV ohne Mengenbegrenzung vergütet bekommen

1. Regelleistungsvolumen

Informationen zur Höhe und Berechnung des Regelleistungsvolumens entnehmen Sie bitte der entsprechenden [Übersicht](#) und den dazugehörigen [Erläuterungen](#).

2. Qualitätsgebundene Zusatzvolumen (QZV)

Viele der vormals „freien Leistungen“, die innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) erbracht worden sind, werden nunmehr aus so genannten qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV) vergütet. Dies gilt auch für qualitätsgebundene Leistungen, für die bis einschließlich des 2. Quartals 2010 „Zusatzbudgets“ (z.B. Teilradiologie) gebildet wurden.

Diese QZV werden – wie auch heute bereits die RLV – arztgruppenspezifisch gebildet. Der Vorteil. Leistungsausweitungen einer Arztgruppe gehen ausschließlich zu deren Lasten und belasten nicht mehr die Honorarvolumen anderer unbeteiligter Arztgruppen desselben Versorgungsbereichs.

Anders als bisher können RLV und QZV in einer Praxis vollkommen gegenseitig verrechnet werden. Sie bilden somit ein gemeinsames Honorarkontingent.

Berechnung der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV)

Die Höhe Ihrer QZV berechnet sich aus Ihrer RLV-Fallzahl bzw. Ihrer Leistungsfallzahl des 2. Quartals 2011 multipliziert mit dem Fallwertzuschlag des jeweiligen Leistungsbereichs.

Die in den Arztgruppen vorgesehenen QZV können Sie unter www.kvberlin.de einsehen bzw. auch herunterladen.

3. Vergütung von Leistungen, die die Honorargrenze überschreiten

Erbringen Sie Leistungen, die das gemeinsame RLV und QZV überschreiten, erhalten Sie diese zu einem abgestaffelten Preis vergütet. Die Höhe dieses Preises hängt davon ab, wie viele „überschießende“ Leistungen von allen Berliner Vertragsärzten je Versorgungsbereich im 2. Quartal abgerechnet werden. Für die Vergütung aller dieser Leistungen steht ein fester Geldbetrag zu Verfügung.

4. Leistungen, die außerhalb der RLV und QZV im Rahmen versorgungsbereichsspezifischer Budgets vergütet werden

Leistungen dieses Abschnitts werden für das Quartal 2/2012 außerhalb der RLV und QZV's vergütet, jedoch ab Erreichen der Budgetobergrenze zu einem abgestaffelten Preis honoriert. Die Budgetgrenze berechnet sich soweit möglich aus dem Punktzahlvolumen dieser Leistungen aus dem 2. Quartal 2008.

Zu diesen Leistungen gehören:

- Leistungen im organisierten Notfalldienst
- Sonstige belegärztliche Leistungen
- Leistungen nach den EBM-Nrn. 01410, 01413 und 01415
- Leistungen, die ausschließlich zur Durchführung von Probeuntersuchungen des Kapitels 19 (pathologische Leistungen) erbracht werden
- Humangenetische Leistungen des Kapitels 11 EBM, sofern sie zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen überwiesen werden.
- Laboratoriumsmedizinische Untersuchungen (Kapitel 32)

5. Leistungen, die außerhalb der RLV und QZV ohne Mengengrenzung zum vollen EBM-Preis vergütet werden

- Früherkennungsleistungen, Mammographie-Screening, Mutterschaftsvorsorge (Abschnitte 1.7.1 bis 1.7.4)
- Substitutionsbehandlung (Abschnitt 1.8)
- Strahlentherapie (Kapitel 25)
- Leistungen der spezialisierten Versorgung HIV-infizierter Patienten nach Abschnitt 30.10
- Kostenpauschalen (Kapitel 40)
- Wegepauschalen (SNRn 40220, 40222, 40224, 40226, 40228, 40230)
- Leistungen der Bundesvereinbarung zur Onkologie (SNRn 86510, 86512, 86514, 86516, 86518)
- Leistungen nach EBM-Nr. 13622
- Balneophototherapie (EBM-Nr. 10350)
- Varicella-Zoster-Virus-Antikörpernachweis (EBM-Nr. 01833)
- Gastroenterologische Leistungen (04514, 04515, 04518 und 04520 sowie 13421 bis 13431)
- Leistungen der Reproduktionsmedizin (Abschnitt 8.5 ohne GOP 08520 und 08521 sowie SNRn 01510X, 01511X, 01512X, 02100X, 02341X, 05310X, 05330X, 05340X, 05341X, 05350X, 11311X, 11312X, 11320X, 11321X, 11322X, 31272X, 31503X, 31600X, 31608X, 31609X, 31822X, 32354X, 32356X, 32357X, 32575X, 32576X, 32614X, 32618X, 32660X, 32781X, 33043X, 33044X, 33090X, 36272X, 36503X und 36822X)
- Ambulante Operationen, Anästhesien, präoperative, postoperative und orthopädisch-chirurgisch konservative Leistungen (Kapitel 31)
- Kurative Vakuumbiopsie (34274) mit den dazu gehörigen Kostenpauschalen für interventionelle Eingriffe nach EBM-Abschnitt 40.8
- Belegärztliche (kurativ-stationäre) Leistungen (Kapitel 36, 13311, 17370 und Abschnitt 8.4)
- Phototherapeutische Keratektomie mit zugehörigen Kostenpauschalen für ophthalmologische Eingriffe nach EBM-Abschnitt 40.11
- Regionale Sondervereinbarungen (z.B. DMP, Impfvereinbarungen etc.)