

## Weiteres Honorarvolumen (Sonderregelleistungsvolumen) für qualitätsgebundene Leistungen ...

### ... im Hausarztbereich

Für einige qualitätsgebundene Leistungen erhalten Hausärzte jeweils ein weiteres Honorarvolumen – zusätzlich zum Regelleistungsvolumen. Aus diesem Sonderregelleistungsvolumen werden beispielsweise alle psychosomatischen Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 35100 und 35110 zu den Preisen des Euro-EBM bezahlt. Zur Bildung des Honorarvolumens wird die Fallzahl des Arztes mit einem bundesweit einheitlichen Euro-Betrag multipliziert.

Sofern Hausärzte die Qualifikationsvoraussetzung zur Erbringung einer der folgenden Leistungen besitzen, erhalten sie für diese ein weiteres Honorarvolumen ergänzend zum Honorar des RLV (Tabelle 1).

### ... im Facharztbereich

Ärzte im fachärztlichen Bereich können ein weiteres Honorarvolumen für Leistungen der Teilradiologie erhalten – zusätzlich zum Regelleistungsvolumen. Aus diesem Sonderregelleistungsvolumen werden alle Leistungen der diagnostischen Radiologie nach den Gebührenordnungspositionen 34210 bis 34282 zu den Preisen des Euro-EBM bezahlt. Zur Bildung des Honorarvolumens wird die Fallzahl des Arztes mit einem bundesweit einheitlichen Betrag von 5 Euro multipliziert (Tabelle 2).

**Regelleistungsvolumen nicht ausgeschöpft?** Für Hausärzte und Fachärzte gilt: Sofern ein Arzt sein Regelleistungsvolumen nicht ausschöpft, kann er das noch zur Verfügung stehende Honorarvolumen auch mit qualitätsgebundenen Leistungen füllen, wenn sein Sonderregelleistungsvolumen aufgebraucht ist.

Im umgekehrten Fall ist eine Verrechnung nicht möglich.

### Leistungen zusätzlich zum Regelleistungsvolumen

Das arztindividuelle Regelleistungsvolumen stellt einen wesentlichen Teil des ärztlichen Einkommens dar. Daneben gibt es aber eine Reihe von Leistungen, die der Arzt zusätzlich zum RLV vergütet bekommt. Die Finanzierung dieser Leistungen erfolgt entweder aus der morbiditätsbezogenen Gesamtvergütung (z. B. psychotherapeutische Leistungen, Schmerztherapie, Akupunktur) oder aus Geldern, die die Krankenkassen für jede erbrachte Leistung zusätzlich bereitstellen müssen (z. B. Präventionsleistungen).

**Außerhalb der Morbiditätsgesamtvergütung werden folgende Leistungen zusätzlich zum Regelleistungsvolumen bezahlt:**

- Vergütungen für Leistungen, die im Rahmen besonderer, nicht für alle Kassen gültiger Verträge vereinbart worden sind (Modellvorhaben gemäß §§ 63, 64 SGB V, Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73 b SGB V, Verträge über eine besondere ambulante ärztliche Versorgung gemäß § 73 c SGB V, Vereinbarungen über strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten gemäß § 137 f bis g SGB V und Verträge zur Integrierten Versorgung gemäß § 140 a bis h SGB V)

Nr.	Leistungsbereich	GOP	Euro-Betrag zur Berechnung des Honorarvolumens
1.	Sonographie	33000 bis 33002, 33010 bis 33012, 33040 bis 33044, 33050 bis 33052, 33060 bis 33062, 33076, 33080, 33081, 33090 bis 33092	3,50
2.	Psychosomatik	35100 und 35110	3,00
3.	Prokto-/Rektoskopie	03331 bzw. 04331	1,00
4.	Kleinchirurgie	02300 bis 02302	1,50
5.	Langzeit-EKG	03322 bzw. 04322	1,00
6.	Langzeit-Blutdruckmessung	03324 bzw. 04324	1,00
7.	Spirometrie	03330 bzw. 04330	1,00
8.	Ergometrie	03321 bzw. 04321	1,50
9.	Chirotherapie	GOPen des Abschnitts 30.2 des EBM	1,00

Tabelle 1

Nr.	Leistungsbereich	GOP	Euro-Betrag zur Berechnung des Honorarvolumens
1.	Diagnostische Radiologie	34210 bis 34282	5,00

Tabelle 2

**Pos. 21****RA****Pos. 25**

Fortsetzung von Seite 17

- Vergütungen für regional vereinbarte, nicht im EBM enthaltene Leistungen
- Belegärztliche (kurativ-stationäre) Leistungen (Leistungen des Kapitels 36, die Gebührenordnungspositionen 13311, 17370 und Geburtshilfe)
- Leistungen des Kapitels 31 sowie die Gebührenordnungspositionen 13421 bis 13431 sowie 04514, 04515, 04518 und 04520
- Leistungen der Abschnitte 1.7.1 bis 1.7.4
- Früherkennungsuntersuchung U 7a
- Hautkrebs-Screening
- Durchführung von Vakuumstanzbiopsien
- Strahlentherapie
- Phototherapeutische Keratektomie
- Leistungen der künstlichen Befruchtung
- Substitutionsbehandlung bei Drogenabhängigen

**Aus der Morbiditätsgesamtvergütung werden folgende Leistungen zusätzlich zum Regelleistungsvolumen bezahlt:**

- Besondere Inanspruchnahme (GOP 01100 bis 01102)
- Leistungen im organisierten Notfalldienst
- Dringende Besuche (GOP 01411, 01412, 01415)
- Ambulante praxisklinische Betreuung und Nachsorge (GOP 01510 bis 01531)
- Leistungen der Empfängnisregelung, Sterilisation und im Rahmen von Schwangerschaftsabbrüchen der Abschnitte 1.7.5 bis 1.7.7
- Behandlung von Naevi Flammei und Hämangiomen (GOP 10320 bis 10324)
- Laborkonsiliarpauschale und Laborgrundpauschale (GOP 12210 und 12225)
- Auswertung Langzeit-EKG als Auftragsleistung (Definitions- oder Indikationsauftrag) (GOP 03241, 04241, 13253 und 27323)
- Histologie, Zytologie (GOP 19310 bis 19312, 19331)
- ESWL (GOP 26330)

## Pos. 11

- Leistungen des Abschnitts 30.7.1 zur Versorgung chronisch schmerztherapeutischer Patienten durch nicht ausschließlich schmerztherapeutisch tätige Ärzte
- Akupunktur des Abschnitts 30.7.3
- Polysomnographie (GOP 30901)
- Laboratoriumsmedizinische Untersuchungen des Kapitels 32
- MRT-Angiographie des Abschnitts 34.4.7
- Kostenpauschalen des Kapitels 40
- Zusatzpauschalen zur Behandlung von Transplantationsträgern (GOP 04523, 04525, 04527, 04537, 13437, 13438, 13439, 13677)
- Sonstige belegärztliche (kurativ-stationäre) Leistungen, sofern nicht gemäß Teil A des Beschlusses des Bewertungsausschusses außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung
- Leistungen der antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapie, Abschnitt 35.2.

### Vergütung psychotherapeutischer Leistungen

**Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen anstatt Regelleistungsvolumen:** Wichtig ist: Psychotherapeuten erhalten kein Regelleistungsvolumen. Als Steuerungsinstrument zur Mengenbegrenzung gelten in Zukunft zeitbezogene Kapazitätsgrenzen. Diese Regelung betrifft:

- Psychologische Psychotherapeuten,
- ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte,
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie
- Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie.

Diese Zeitgrenzen gelten sowohl für genehmigungspflichtige wie für nicht genehmigungspflichtige Leistungen. Sie erlauben es zukünftig, das Verhältnis dieser beiden Leistungsarten frei zu bestimmen.

**Ermittlung und Festsetzung der Kapazitätsgrenze:** Die zeitbezogene Kapazitätsgrenze setzt sich aus der Kapazitätsgrenze für antrags- und

genehmigungspflichtige Leistungen und der Kapazitätsgrenze für nicht antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen zusammen. Der Erweiterte Bewertungsausschuss hat dazu Folgendes festgelegt:

- für antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen beträgt die zeitbezogene Kapazitätsgrenze je Arzt bzw. je Psychotherapeut 27.090 Minuten je Abrechnungsquartal.
- für nicht antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen erhält jeder Arzt/Therapeut ein zusätzliches Minutenbudget, das mit dem bundeseinheitlichen Orientierungspunktwert von 3,5001 vergütet wird. Dieses wird regional berechnet.

Hinweis: Überschreitet die abgerechnete Zuwendungszeit die Kapazitätsgrenze, so werden diese Leistungen maximal bis zur 1,5-fachen Kapazitätsgrenze zum abgestaffelten Preis vergütet.

**Noch mehr Informationen:** Mit der 47. Ausgabe des Deutschen Ärzteblattes erhalten Sie eine Sonderbeilage der KBV mit Informationen zur Honorarreform.

**Bitte beachten Sie:** Bis Redaktionsschluss standen die Inhalte dieses Beitrags teilweise noch unter Vorbehalt, da wegen streitiger Fragen das Schiedsamt angerufen wurde.

