



**Kassenärztliche Vereinigung
Mecklenburg-Vorpommern**
Körperschaft des öffentlichen Rechts

KV Mecklenburg - Vorpommern | Postfach 160145 | 19091 Schwerin

An alle niedergelassenen und
ermächtigten Ärztinnen und Ärzte,
psychologische Psychotherapeuten
sowie Einrichtungen
in Mecklenburg-Vorpommern

Der Vorstand

Ansprechpartner(in):
Frau Schlegel
--
Telefon: 0385.7431.217
Fax: 0385.7431.112 / - 66217
eMail: vertrag@kvmv.de
www.kvmv.de

Ihre Zeichen: -

Unsere Zeichen / AZ: VA

Ihre Nachricht vom: -

Datum: 16. Dezember 2008

Rundschreiben Nr. 21/2008

Zuweisung der Regelleistungsvolumen (RLV) für das 1. Quartal 2009, der Leistungen außerhalb der RLV sowie der regional geltenden Preise für das Jahr 2009 (§ 87b Abs. 5 SGB V)

Sehr geehrte Damen und Herren,

auf der Grundlage der Beschlüsse des Erweiterten Bewertungsausschusses zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung ab 2009 hat das Landesschiedsamt am 07. und 08. November 2008 ergänzende Festsetzungen zur Ermittlung der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) und der Regelleistungsvolumen getroffen. Diese Festsetzungen bilden die Grundlage für die Zuweisungen der Regelleistungsvolumen und der Euro-Gebührenordnung.

Sie erhalten mit diesem Schreiben folgende Unterlagen:

- **Zuweisung des Regelleistungsvolumens**

Die Zuweisung besteht aus einer arztindividuellen Übersicht und - soweit Sie in einer Berufsausübungsgemeinschaft tätig sind - einer ergänzenden praxisbezogenen Übersicht.

- **Übersicht der Fallwertzuschläge**

- **Zuweisung der zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen**

Diese Zuweisung der zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen erfolgt für Psychologische Psychotherapeuten und ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte. Diese erhalten kein Regelleistungsvolumen.

- **Preise der Eurogebührenordnung im Jahr 2009 mit Kennzeichnung der Leistungen außerhalb der Regelleistungsvolumen (§ 87b Abs. 5 SGB V)**

Dieser Übersicht können Sie neben den Punktwerten auch die Kennzeichnung der Leistungen, die nicht den Regelleistungsvolumen unterliegen, entnehmen. Arztgruppen, die weder den Regelleistungsvolumen noch den zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen unterliegen, erhalten ausschließlich diese Übersicht. In diesen Gruppen werden auch alle übrigen nicht aufgeführten Leistungen mit dem Punktwert 3,5001 Ct. ohne Leistungsbeschränkung vergütet.

- **Allgemeine Informationen, Regelleistungsvolumen und Kapazitätsgrenzen**

Um Ihnen die Umstellung auf die neue Honorarsystematik zu erleichtern, erhalten Sie ergänzend eine kurze Zusammenstellung allgemeiner Informationen zu den Regelleistungsvolumen und den zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen.

Bitte bedenken Sie bei einer ersten Abschätzung der Auswirkungen für Ihre Praxis, dass diverse Leistungen nicht den Regelleistungsvolumen unterliegen. Der direkte Vergleich Ihres bisherigen Fallwertes mit dem Fallwert zur Berechnung der Regelleistungsvolumen schlägt insofern fehl. Für eine individuelle Umsatzprognose müssen Sie die Vergütungsbestandteile aus den so genannten „freien“ Leistungen berücksichtigen. Die Umsatzanteile der freien Leistungen schwanken in den Fachgruppen zwischen ca. 10 % und 90 %.

Welche Leistungen dies im Detail sind und mit welchen Punktwerten diese vergütet werden, entnehmen Sie bitte der beigefügten Eurogebührenordnung (Format A5). Der Preis der einzelnen Leistung ergibt sich dabei aus Multiplikation der ausgewiesenen Punktwerte und der Leistungsbewertung des EBM 2009. Beachten Sie, dass die Leistungsbewertung diverser Leistungen (Prävention, AOP usw.) im Rahmen des EBM 2009 angepasst wurde. Sie bekommen den neuen EBM in Kürze direkt vom Deutschen Ärzte-Verlag (Köln) zugesandt.

Wir wünschen Ihnen und Ihrer Familie ruhige und besinnliche Weihnachtstage sowie einen gelungenen Start in ein glückliches, erfolgreiches neues Jahr.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. med. Wolfgang Eckert

Allgemeine Informationen, Regelleistungsvolumen und Kapazitätsgrenzen

Erster Abschnitt - Regelleistungsvolumen (RLV)

1. Berechnungsbasis - Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung

Wie in den vorangegangenen Jahren zahlen die Krankenkassen eine Gesamtvergütung an die Kassenärztlichen Vereinigungen. Bei dieser wird weiterhin zwischen Leistungen innerhalb und außerhalb der morbiditätsbedingten (früher „budgetierten“) Gesamtvergütung unterschieden. Zu den Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zählen nach wie vor z. B. die Prävention, das Ambulante Operieren und die Dialysesachkosten. Abweichend zu den Vorjahren basiert die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung nicht mehr auf Kopfpauschalen je Mitglied, die in Abhängigkeit von der Grundlohnsummenentwicklung fortentwickelt wurden, sondern nun auf den im Jahr 2007 erbrachten Leistungsmengen je Versicherten, also auch inklusive der Familienversicherten. Diese Leistungsmengen sind nach bundeseinheitlichen Vorgaben um diverse Faktoren für die Berücksichtigung von HVM, EBM-Effekten und Morbidität angepasst worden. Die Gesamtvergütung des Jahres 2009 ergibt sich aus Multiplikation dieser Leistungsmengen je Versicherten mit den Versichertenzahlen im jeweiligen Quartal 2009 und dem bundesweit einheitlichen Punktwert von 3,5001 Ct. (Orientierungswert). Die so zu bildende Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) ist nach Abzug der Vergütung für Leistungen außerhalb der Regelleistungsvolumen (RLV) Grundlage für die Berechnung der arztindividuellen Regelleistungsvolumen 2009.

2. Euro-Gebührenordnung und Leistungen außerhalb der Regelleistungsvolumen

Ab 01.01.2009 erfolgt die Vergütung der Leistungen des einzelnen Vertragsarztes nach der regionalen Euro-Gebührenordnung. Die überwiegend floatenden Punktwerte der Vergangenheit sollen nunmehr durch feste Preise ersetzt werden.

Zu Beginn jedes Quartals sind Ihnen damit die Preise (Punktwerte i. V. m. der Leistungsbewertung des EBM) bekannt. Einzige Ausnahme sind die Preise der sogenannten Mehrleistungen, also der Leistungen, die das Regelleistungsvolumen überschreiten, die mit floatenden Punktwerten vergütet werden.

Die Höhe der festen Punktwerte entnehmen Sie bitte der im Format A5 beigefügten Übersicht. Wir haben dieses Format gewählt, damit Sie diese Übersicht als Einlegeblätter im EBM verwenden können. Dieser Übersicht können Sie nicht nur sämtliche Preise (Punktwerte) entnehmen, sondern auch die Zuordnung der Leistungen, die als „freie Leistungen“ außerhalb des RLV vergütet werden. Soweit Ihre Fachgruppe nicht den Regelleistungsvolumen unterliegt, werden alle nicht näher aufgeführten Leistungen ebenfalls mit dem Punktwert von 3,5001 Ct.

Vertragsabteilung

vergütet. Dieser Punktwert gilt auch für Ärzte und Therapeuten, die psychotherapeutische Leistungen innerhalb der zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen erbringen.

3. Berechnung Ihres Regelleistungsvolumens

Nicht alle Ärzte unterliegen den Regelleistungsvolumen. Die dem Regelleistungsvolumen unterliegenden Fachgruppen entnehmen Sie bitte der als **Anlage 1** beigefügten Übersicht.

Die Regelleistungsvolumen sind ab dem Jahr 2009 Eurobeträge, die Ihnen quartalsweise zugewiesen werden. Diese Eurobeträge verstehen sich - wie auch in den vorangegangenen Jahren - als Obergrenzen (Garantiebereich). Bis zu dieser Obergrenze werden Ihnen Ihre Leistungen mit einem Punktwert von 3,5001 Ct. vergütet. Die bisherige Differenzierung innerhalb des Regelleistungsvolumens in Kern- und Degressionsbereich entfällt ab dem Jahr 2009. Rechnen Sie über das Regelleistungsvolumen hinaus Leistungen ab, werden diese „Mehrleistungen“ mit floatenden Punktwerten vergütet. Dieser Mehrleistungspunktwert wird aus 3 Prozent der Vergütung der Haus- bzw. Fachärzte und den entsprechenden (Mehr-) Leistungsmengen im jeweiligen Versorgungsbereich durch Division ermittelt. Unterschiedliche Mehrleistungspunktwerte in den einzelnen Fachgruppen gehören damit der Vergangenheit an, zukünftig werden sich diese nur noch zwischen Haus- und Fachärzten unterscheiden.

Arztindividuelle Regelleistungsvolumen

Ihr individuelles Regelleistungsvolumen (RLV_{Arzt}) ergibt sich wie folgt:

$$RLV_{Arzt} = \text{Fallwert}_{Arztgruppe} \times \text{Fallzahl}_{Arzt} \times \text{Altersfaktor}_{Arzt}$$

Fallwert_{Arztgruppe}

Dieser ist der nach den Vorgaben des Bewertungsausschusses berechnete durchschnittliche Fallwert (in Euro) Ihrer Arztgruppe. Bitte beachten Sie beim Vergleich mit Ihrem bisherigen individuellen Fallwert, dass hier die Leistungen außerhalb der RLV nicht enthalten sind.

Überschreitet Ihre Praxis die durchschnittliche Fallzahl der Fachgruppe um mehr als 50 Prozent? In diesem Fall muss darüber hinaus die Fallwertstafel berücksichtigt werden. Diese gliedert sich wie folgt:

Individuelle Fälle im Vergleich zum Fachgruppenschnitt	Absenkung des Fallwertes um
150 bis 170 %	25 %
170 bis 200 %	50 %
Über 200 %	75 %

Ein Beispiel:

Der Fallwert der Arztgruppe beträgt 40 €.

Es werden durchschnittlich 1000 Fälle in der Arztgruppe erbracht.

Ein Arzt hat im 1. Quartal 2008 insgesamt 2.100 Fälle erbracht.

Fallwertstaffel für diesen Arzt:

Fälle im Vgl. zur Fachgruppe	Fälle	Fallwert	RLV
bis 150 %	1.500	40 €	60.000 €
150 bis 170 %	200	30 €	6.000 €
170 bis 200 %	300	20 €	6.000 €
ab 200 %	100	10 €	1.000 €
Summe	2.100	34,76 €	73.000 €

Fallzahl_{Arzt}

Dies ist Ihre individuelle Zahl kurativ-ambulanter Behandlungsfälle (z. B. ohne Notdienst) im Vorjahresquartal. Für Ihr Regelleistungsvolumen im 1. Quartal 2009 ist also Ihre individuelle Fallzahl im 1. Quartal 2008 maßgeblich.

Für die Bestimmung der Fallzahlen in Berufsausübungsgemeinschaften (z. B. Gemeinschaftspraxen und Medizinischen Versorgungszentren) gibt es im 1. Halbjahr 2008/2009 Sonderregelungen, da die Kennzeichnung unter Angabe der lebenslangen Arztnummer (LANR) erst zum 3. Quartal 2008 eingeführt wurde.

Bei Neuzulassungen und Umwandlungen von Kooperationsformen werden für einen Zeitraum von 16 Quartalen die durchschnittlichen Fallzahlen der Fachgruppe gewährt. Wurden Praxen übernommen und lag die Fallzahl der Vorgängerpraxis über dem Fachgruppendurchschnitt, können diese Fallzahlen **auf Antrag des Arztes** zum Ansatz kommen.

Altersfaktor_{Arzt}

Mit diesem Faktor wird die Morbidität Ihrer Patienten anhand der Altersstruktur berücksichtigt. Haben Sie im Vergleich zum Durchschnitt (Durchschnittswert der Fachgruppe = Faktor 1) Ihrer Fachgruppe überdurchschnittlich alte Patienten, ist dieser Faktor größer 1; Ihr RLV wird erhöht. Im umgekehrten Fall ist Ihr individueller Faktor kleiner 1; Ihr RLV wird gesenkt. Gemessen wird der unterschiedliche Behandlungsaufwand in drei Altersgruppen:

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

Bezugsbasis ist auch hier Ihre individuelle Behandlungsfallzahl im Vorjahresquartal in diesen drei Altersgruppen.

Bei Neuzulassungen und Umwandlung von Kooperationsformen ist dieser Faktor 1.

Sie erhalten zusammen mit diesem Schreiben den Berechnungsbogen für Ihre arztindividuellen Regelleistungsvolumen. Der Übersicht können Sie alle vorgenannten Werte Ihrer Arztgruppe sowie Ihre individuellen Werte entnehmen.

Ihre Fallzahl hat sich außergewöhnlich stark erhöht?

Hier werden zwei Konstellationen unterschieden:

1. Aufgrund „äußerer“ Umstände hat sich Ihre Fallzahl im aktuellen Quartal überdurchschnittlich stark erhöht.

Entsprechende Umstände können urlaubs- bzw. krankheitsbedingte Vertretung eines Kollegen oder die Aufgabe der Zulassung oder der genehmigten Tätigkeit eines Arztes in der näheren Umgebung sein.

2. „Ausnahmsweise“ wurde eine relativ geringe Fallzahl im Vorjahresquartal erbracht.

Hierbei muss es sich um einen durch den Arzt unverschuldeten Grund handeln, der zu einer niedrigeren Fallzahl des Arztes im Aufsatzquartal geführt hat. Hierzu zählt z.B. Krankheit des Arztes.

Grundsätzlich setzt das Landesschiedsamt für eine Ausnahmeregelung voraus, dass sich die Zahl der behandelten Patienten um mindestens 10% im Vergleich zum Vorjahresquartal erhöht hat. Voraussetzung für eine Anpassung ist ein Antrag des Arztes.

Ihr Fallwert liegt deutlich über dem Fachgruppendurchschnitt?

Bei einer Überschreitung des durchschnittlichen Fallwertes der Fachgruppe von mindestens 25 % können für den Arzt Zuschläge auf den Fallwert der Gruppe gewährt werden. Voraussetzung ist eine Praxisbesonderheit, die sich aus einem besonderen Versorgungsauftrag oder einer besonderen, für die Versorgung bedeutsamen fachlichen Spezialisierung ergibt. Die Überschreitung des Fallwertes muss aus der Praxisbesonderheit resultieren. Auch diese Zuschläge müssen durch den Arzt beantragt werden.

Sie **können** vorgenannte Anträge zu Fallzahlen und Praxisbesonderheiten **bereits nach Zuweisung der RLV im Dezember 2008** stellen. Diese Anträge können Sie **aber auch zu einem späteren Zeitpunkt** einreichen. Entsprechende Anträge sind bis **spätestens einen Monat**

Vertragsabteilung

nach Bekanntgabe des Honorarbescheids zu stellen. Maßgeblich für die Rechtzeitigkeit ist der Zugang bei der KVMV.

Da für die Prüfung der Anträge neben den Abrechnungsergebnissen und Fallzahlen der Vorjahre auch die Ergebnisse und Fallzahlen des aktuellen Quartals (1. Quartal 2009) erforderlich sind, können diese **erst nach Vorliegen der Ergebnisse z. B. des 1. Quartals 2009 gesondert beschieden werden**. Gleiches gilt für bereits eingereichte Anträge. Soweit noch nicht erfolgt erhalten Sie in Kürze eine entsprechende Eingangsbestätigung.

Sofern Ihrem Antrag entsprochen wird, erfolgt die Berücksichtigung jedoch rückwirkend für das von der Antragstellung betroffene Quartal. Hier würde der zugrunde liegende Honorarbescheid gegebenenfalls nachträglich entsprechend angepasst

Berufsausübungsgemeinschaften (Gemeinschaftspraxen)

Soweit Sie in einer Berufsausübungsgemeinschaft tätig sind, erhalten Sie ergänzend eine Übersicht des Regelleistungsvolumens der Praxis. Die arztindividuellen Regelleistungsvolumen werden hier für die Praxis kumuliert. Wie in der Vergangenheit erhalten diese Praxen ein gemeinsames Regelleistungsvolumen für alle Ärzte.

Einen Zuschlag zum Regelleistungsvolumen in Höhe von 10 % erhalten:

- Arztgruppengleiche und schwerpunktgleiche Berufsausübungsgemeinschaften und
- Praxen mit angestellten Ärzten derselben Arztgruppe und/oder desselben Schwerpunktes.

Dieser Zuschlag zu Regelleistungsvolumen ist von der Bundesebene zunächst auf die Zeit bis zum 30. Juni 2009 begrenzt.

Der Zuschlag erfolgt in Analogie zum EBM. Auch hier wurde ab 1. Januar 2009 arztgruppen- und schwerpunktgleiche (Teil-) Berufsausübungsgemeinschaften oder Arztpraxen mit angestellten Ärzten derselben Arztgruppe/desselben Schwerpunktes einen Aufschlag von 10 % auf die jeweilige Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschale erhalten.

Zweiter Abschnitt - Fallwertzuschläge

Die Ihnen bekannten Zusatzmodule (Gelbe Leistungen) gibt es zukünftig nicht mehr. Durch die neu eingeführten qualitätsgebundenen Fallwertzuschläge im haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich sind jedoch vergleichbare qualifikationsgebundene Steuerungsinstrumente geschaffen worden. Welche dies im Einzelnen sind, erläutern wir Ihnen differenziert nach Haus-

Vertragsabteilung

und Fachärzten in den folgenden Abschnitten. Zunächst aber die für beide Versorgungsbereiche gültigen Informationen:

Fallwertzuschläge sind zusätzliche Honorarvolumen, die für spezifische Leistungen eine Obergrenze (Garantiebereich) darstellen. Bis zu dieser Obergrenze werden Ihnen Ihre Leistungen mit einem Punktwert von 3,5001 Ct. vergütet.

Ihre zusätzlichen Honorarvolumen ($\text{Honorarvolumen}_{\text{Arzt}}$) ergeben sich wie folgt:

$$\text{Honorarvolumen}_{\text{Arzt}} = \text{Fallwert}_{\text{Bund}} \times \text{Fallzahl}_{\text{Arzt}}$$

Fallwert_{Bund} Die entsprechenden Fallwertzuschläge entnehmen Sie bitte den nachfolgenden Tabellen für Haus- bzw. Fachärzte.

Fallzahl_{Arzt} Diese Fallzahl ist identisch mit der Fallzahl zur Bestimmung Ihres Regelleistungsvolumens (s. o.). Sie bekommen also diesen Fallwertzuschlag für jeden Fall unabhängig davon, ob und in welcher Häufigkeit entsprechende Leistungen im speziellen Fall angefallen sind.

Ein Beispiel:

Ein Arzt hat im 1. Quartal 2008 insgesamt 1.000 Fälle erbracht und er erhält den Fallwertzuschlag Sonographie (3,50 € je Fall).

Das **mögliche** Honorarvolumen beträgt $1.000 \text{ Fälle} \times 3,50 \text{ €} = 3.500 \text{ €}$

Um dieses Honorarvolumen zu erhalten, müssen insgesamt ca. 100.000 Punkte (3.500 € dividiert durch ca. 3,5 Ct.) sonographischer Leistungen erbracht werden. Wenn z. B. nur 50.000 Punkte zur Abrechnung kommen, beträgt die Vergütung des Arztes ca. 1.750 € ($50.000 \times 3,5 \text{ Ct.}$).

Sie bekommen diese zusätzlichen Honorarvolumen vergütet, wenn diese auch durch entsprechende Leistungen abgefordert werden. Überschreiten Sie Ihre zusätzlichen Honorarvolumen, können Leistungen zum Teil mit anderen nicht ausgelasteten Fallwertzuschlägen und/oder mit einem nicht ausgelasteten Regelleistungsvolumen verrechnet werden (Genauerer s. u.). Überschreitende Leistungen, die nicht mit anderen Bereichen verrechnet werden können, werden mit dem Mehrleistungspunktwert der Haus- bzw. Fachärzte vergütet.

Vertragsabteilung

Hausärzte

Nachfolgender Tabelle entnehmen Sie bitte die Fallwertzuschläge:

Nr.	Leistungsbereiche	GOP	Betrag in Euro
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	GOP des Abschnitts 30.2	1,00

Gewährt werden die Zuschläge für die Leistungsbereiche 1, 2, 5 und 9 in Abhängigkeit von der erteilten Genehmigung durch die KVMV. Die Zuschläge für die Leistungsbereiche 3, 4, 6, 7 und 8 (nicht genehmigungspflichtig) werden gewährt, wenn die entsprechenden Leistungen im jeweiligen Quartal 2009 erbracht werden.

Sofern ein Arzt das für ihn zutreffende Regelleistungsvolumen nicht ausschöpft, kann er das noch zur Verfügung stehende Honorarvolumen mit vorgenannten Leistungen ausfüllen. Die die Regelleistungsvolumen übersteigenden Leistungen können nicht mit nicht ausgelasteten Fallwertzuschlägen verrechnet werden.

Die Honorarvolumen für die Leistungsbereiche nach 3. bis 9. der Tabelle können gegenseitig verrechnet werden.

Fachärzte

Nachfolgender Tabelle entnehmen Sie bitte den Fallwertzuschlag:

Nr.	Leistungsbereiche	GOP	Betrag in Euro
1.	Diagnostische Radiologie*	34210 bis 34282	5,00

* nicht bei Fachärzten für Nuklearmedizin, Radiologie und Strahlentherapie

Sofern ein Arzt das für ihn zutreffende Regelleistungsvolumen nicht ausschöpft, kann er das noch zur Verfügung stehende Honorarvolumen mit vorgenannten Leistungen ausfüllen. Die die Regelleistungsvolumen übersteigenden Leistungen können nicht mit nicht ausgelasteten Fallwertzuschlägen verrechnet werden.

Dritter Abschnitt - Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen

Für die Mengensteuerung der psychotherapeutischen Fachgruppen werden nach den Beschlüssen des (Erweiterten) Bewertungsausschusses keine RLV ermittelt. Die Steuerung soll in diesen Fachgruppen über zeitbezogene Kapazitätsgrenzen erfolgen. Im Unterschied zu den Regelleistungsvolumen werden diese Grenzen nicht individuell, sondern lediglich differenziert nach Fachgruppen ermittelt. Innerhalb dieser maximalen Abrechnungszeit (Minuten pro Quartal) werden die psychotherapeutischen Leistungen mit dem Punktwert von 3,5001 Ct. vergütet. Zu den den Kapazitätsgrenzen unterliegenden psychotherapeutischen Leistungen zählen dabei neben den antragspflichtigen Leistungen auch die nicht antragspflichtigen Leistungen.

Die die zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen überschreitenden Leistungen werden bis maximal zum 1,5-fachen der Kapazitätsgrenze mit dem floatenden Mehrleistungspunktwert der Fachärzte vergütet.

Die zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen werden quartalsweise ermittelt und den entsprechenden Ärzten bzw. Psychotherapeuten (ähnlich den Regelleistungsvolumen) zugewiesen.

Die Höhe der für Sie geltenden Kapazitätsgrenze entnehmen Sie bitte der mit diesem Schreiben versandten individuellen Zuweisung.

Anlage 1**Für Regelleistungsvolumen relevante Arztgruppen**

- Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören
- Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin
- Fachärzte für Anästhesiologie
- Fachärzte für Augenheilkunde
- Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie, für Herzchirurgie, für Neurochirurgie
- Fachärzte für Frauenheilkunde
- Fachärzte für Frauenheilkunde mit fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin
- Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde
- Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten
- Fachärzte für Humangenetik
- Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie und invasiver Tätigkeit
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Endokrinologie
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/ Onkologie
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie und invasiver Tätigkeit
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Nephrologie
- Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
- Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
- Fachärzte für Nervenheilkunde
- Fachärzte für Neurologie
- Fachärzte für Nuklearmedizin
- Fachärzte für Orthopädie
- Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie
- Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie mit einem Anteil an Leistungen der Richtlinien-Psychotherapie im Vorjahresquartal von höchstens 30 %
- Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie mit einem Anteil an Leistungen der Richtlinien-Psychotherapie im Vorjahresquartal von mehr als 30 %
- Fachärzte für Diagnostische Radiologie ohne Vorhaltung von CT und MRT
- Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT
- Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von MRT
- Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT und MRT
- Fachärzte für Urologie
- Fachärzte für Physikalisch-Rehabilitative Medizin
- Ausschließlich schmerztherapeutisch tätige Vertragsärzte gemäß der entsprechenden Qualitätssicherungsvereinbarung

Leistungen außerhalb der Regelleistungsvolumen und Preise der Euro- Gebührenordnung im Jahr 2009 (§ 87b Abs. 5 SGB V)

Diese Übersicht versteht sich in Verbindung mit dem jeweils gültigen EBM (ab 2009) als Euro-Gebührenordnung. Der Preis der einzelnen Leistungen ergibt sich aus Multiplikation der hier aufgeführten Punktwerte mit der Punktzahlbewertung des jeweils gültigen EBM. Die im EBM als Kostenpauschalen ausgewiesenen Preise gelten, soweit nachfolgend keine Sonderregelungen aufgeführt sind. Weiterhin sind die Leistungen, die gemäß Festsetzung des Landesschiedsamtes im Jahr 2009 außerhalb der Regelleistungsvolumen zu vergüten sind, dargestellt.

Die Zuweisung Ihres Regelleistungsvolumens erfolgt gesondert.

<u>Leistungen, die dem Regelleistungsvolumen unterliegen</u>	Punktwert [Cent]
--	---------------------

Leistungen im Regelleistungsvolumen (RLV)	3,5001
Leistungen die das RLV überschreiten (Mehrleistungen)	floatend

<u>Leistungen außerhalb der Regelleistungsvolumen</u>	Punktwert [Cent]
---	---------------------

Prävention¹	
Kap. 1.7.1, 1.7.2 und 1.7.4 (außer GOP 01745, 01746)	3,5001
Kap. 1.7.3 (Mammographie-Screening)	3,8
GOP 01745 und 01746 (Hautkrebsscreening)	4,45

Ambulantes Operieren¹	
Kap. 31, GOP 13421 bis 13431, 04514, 04515, 04518 und 04520	3,8

Verordnung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege	
GOP 01422 und 01424	4,3

Verordnung medizinischer Rehabilitation	
GOP 01611	4,3

Leistungen nach § 115b SGB V	
Begleitleistungen	
gem. § 4, 5 und 6 des Vertrages nach § 115b SGB V (Bundesschiedsamt) ²	4,0

Sonstige Leistungen	
gem. § 3 des Vertrages nach § 115b SGB V (Bundesschiedsamt)	4,3

Impfen³	
GOP entsprechend der Schutzimpfungsrichtlinie	3,5001

<u>Leistungen außerhalb der Regelleistungsvolumen</u>	Punktwert [Cent]
Belegärztliche Leistungen Kap. 36, GOP 13311, 17370 und Geburtshilfe sonstige belegärztliche Leistungen	4,3 3,5001
Strahlentherapie Kap. 25	3,5001
Phototherapeutische Keratektomie GOP 31362, 31734 und 31735	3,5001
Leistungen der künstlichen Befruchtung GOP 01510, 01511, 01512, 02100, 02341, 05310, 05330, 05340, 05341, 05350, 08510, 08530, 08531, 08540 bis 08542, 08550 bis 08552, 08560, 08561, 08570 bis 08574, 11312, 11320 bis 11322, 33043, 33044, 33090	3,5001
Vakuumstanzbiopsien¹ GOP 01759 GOP 34274	3,8 3,5001
Substitution der Drogenabhängigkeit¹ Kap. 1.8	3,5001
MRT-Angiographie¹ GOP 34470 bis 34491 sowie 34492	3,8
Antragspflichtige Psychotherapie¹ Kap. 35.2 innerhalb der Kapazitätsgrenzen Kap. 35.2 außerhalb der Kapazitätsgrenzen	3,5001 floatend
Besondere Inanspruchnahme GOP 01100 bis 01102	3,5001
Dringende Besuche GOP 01411, 01412 und 01415	3,5001
Auswertung Langzeit-EKG (als Definitions- oder Indikationsauftrag) GOP 03241, 04241, 13253 und 27323	3,5001
Schmerztherapie (durch nicht ausschließlich schmerztherapeutisch tätige Ärzte)¹ Kap. 30.7.1	3,5001
Akupunktur¹ Kap. 30.7.3	3,5001
Ambulante praxisklinische Betreuung und Nachsorge GOP 01510 bis 01531	3,5001
Empfängnisregelung, Sterilisation, und Schwangerschaftsabbruch Kap. 1.7.5 bis 1.7.7	3,5001

<u>Leistungen außerhalb der Regelleistungsvolumen</u>	Punktwert [Cent]
Behandlung von Naevi flammei und Hämangiomen GOP 10320 bis 10324	3,5001
Laborkonsiliarpauschale und Laborgrundpauschale GOP 12210 und 12225	3,5001
Histologie, Zytologie GOP 19310 bis 19312, 19331	3,5001
Behandlung von Organtransplantatträgern GOP 04523, 04525, 04527, 04537, 13437, 13438, 13439, 13677	3,5001
ESWL GOP 26330	3,5001
Polysomnographie¹ GOP 30901	3,5001
Kostenpauschalen des EBM Labor Kap. 32 sowie Kapitel 40 (ohne Dialysesachkosten – Tagespauschalen)	Preis gem. EBM
Dialysesachkosten - Tagespauschalen	Preis gem. EBM abzüglich. 2 %
Leistungen im organisierten Notdienst¹	floatend⁴
Wegepauschalen	Preise gem. den bisherigen Verträgen
Sonderverträge Modellvorhaben §§ 63, 64 SGB V; Selektivverträge §§ 73b und 73c; Integrierte Versorgung § 140a SGB V; DMP § 137 f - g SGB V und sonstige regional vereinbarte, nicht im EBM enthaltene Leistungen	Preis gem. den entsprechenden Verträgen
<u>Fallwertzuschläge (zusätzliche Honorarvolumen)⁵</u>	Punktwert [Cent]
Qualitätsgebundene / qualifikationsgebundene Leistungen	
Hausärztlicher Versorgungsbereich: Sonographie, Psychosomatik, Prokto- bzw. Rektoskopie, Kleinchirurgie, Langzeit-EKG, Langzeit-Blutdruckmessung, Spirometrie, Ergometrie, Chirotherapie	
Fachärztlicher Versorgungsbereich: Diagnostische Radiologie – nicht bei Fachärzten für Nuklearmedizin, Radiologie und Strahlentherapie	
Leistungen innerhalb der Fallwertzuschläge	3,5001
Leistungen, die die Fallwertzuschläge überschreiten⁶	floatend

Erläuterungen:

- 1 Diese Leistungsbereiche haben vom EBM 2008 zum EBM 2009 eine Neubewertung (überwiegend Aufwertung) der Punktzahlen erfahren.
- 2 Hierzu zählen nicht die Leistungen nach den Kapiteln 31.2. und 31.5 EBM. Diese werden mit einem Punktwert von 3,8 Ct. (s. Ambulantes Operieren) vergütet. In Verbindung mit der Leistungsaufwertung im EBM 2009 um ca. 15 % werden diese damit etwa auf dem bisherigen Niveau vergütet.
- 3 Die Punktzahlleistungen der Primärkassen sind durch das Schiedsamt um 22,85% erhöht worden. Die Vergütung gilt nun auch für die Ersatzkassen.
- 4 Die Vergütung des org. Notdienstes bleibt wie in den Vorjahren erhalten. Sie gliedert sich weiterhin in eine Bereitschaftspauschale von 18 € pro Stunde und eine 40%-ige Leistungsvergütung.
- 5 Welche Fallwertzuschläge (inkl. der dazugehörigen GOP) Ihnen gewährt werden, entnehmen Sie bitte der gesonderten Information zu den Regelleistungsvolumen.
- 6 Die Vorgaben des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses zu Verrechnungen der Fallwertzuschläge und zur Verrechnung mit dem Regelleistungsvolumen finden Anwendung.