



**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](mailto:vertrag@kvmv.de)  
[www.kvmv.de](http://www.kvmv.de)

Ihre Zeichen: -

Unsere Zeichen / AZ: VA

Ihre Nachricht vom: -

Datum: 25. Juni 2010

## Rundschreiben Nr. 7/2010

### Zuweisung der Regelleistungsvolumen (RLV) für das 3. Quartal 2010

Sehr geehrte Damen und Herren,

auf der Grundlage der Beschlüsse des Erweiterten Bewertungsausschusses (EBA) sowie des Bewertungsausschusses (BA) zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung im Jahr 2010 und dem Honorarvertrag 2010 sind die Zuweisungen der Regelleistungsvolumen erstellt worden.

Sie erhalten mit diesem Schreiben folgende Unterlagen für das 3. Quartal 2010:

- **Zuweisung des Regelleistungsvolumens (RLV) und der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV)**  
Die Zuweisung besteht aus arztindividuellen Übersichten und - soweit Sie in einer Berufsausübungsgemeinschaft tätig sind - einer ergänzenden praxisbezogenen Übersicht.
- **Zuweisung der zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen**  
Diese Zuweisung der zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen erfolgt für Psychologische Psychotherapeuten und ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte. Diese erhalten kein Regelleistungsvolumen.
- **Euro-Gebührenordnung**  
mit Kennzeichnung der Leistungen außerhalb der Regelleistungsvolumen (§ 87b Abs. 5 SGB V).  
Dieser Übersicht können Sie neben den Punktwerten auch die Leistungen, die nicht den Regelleistungsvolumen unterliegen, entnehmen. Für Arztgruppen, die weder den Regelleistungsvolumen noch den zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen unterliegen, gilt ausschließlich diese Übersicht.
- **Allgemeine Informationen, Regelleistungsvolumen und Kapazitätsgrenzen**  
Diese Zusammenstellung erläutert die Neuerungen des aktuellen Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 26. März 2010 mit Gültigkeit zum 1.7.2010.

Auf unserer Internetseite [www.kvmv.de](http://www.kvmv.de) unter der Rubrik „Aktuell → Regelleistungsvolumen und Kapazitätsgrenzen“ stehen Ihnen alle Informationen jederzeit zur Verfügung.

Anträge zu den Regelleistungsvolumen sind bis einen Monat nach Zugang des Honorarbescheides des jeweiligen Quartals möglich.

Die Änderungen der Honorarverteilung zum 1. Juli 2010 bedeuten keine komplette Umstellung der Honorarverteilung. Viele Regelungen gelten unverändert fort.

Wir geben Ihnen nachfolgend einen Überblick zu den wesentlichen Änderungen des Beschlusses des Bewertungsausschusses. Weitergehende Informationen können Sie den als Anlage beigefügten Allgemeinen Informationen entnehmen.

- **Stabilisierung der Regelleistungsvolumen**

Bislang „freie Leistungen“ sind vom Bewertungsausschuss deutlich reduziert worden. Leistungszuwächse sollen zukünftig nicht mehr zu Lasten der RLV-Fallwerte unbeteiligter Arztgruppen gehen und die RLV-Fallwerte konsolidieren. Im Rahmen des verbliebenen regionalen Gestaltungsspielraums hat der Vorstand entschieden, dass einige Leistungen wie z. B. Dringende Besuche auch weiterhin als freie Leistungen bestehen bleiben.

- **Einführung von qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV)**

QZV dienen der Mengensteuerung z. B. von Leistungen, die bislang unbegrenzt zu festen Preisen honoriert wurden („freie Leistungen“). Die bundesweit gültigen als auch unsere ergänzenden fachgruppenspezifischen Fallwertzuschläge sind weitestgehend in QZV überführt worden. Nicht alle vom Bewertungsausschuss vorgeschlagenen QZV haben wir eins zu eins übernommen. Einige QZV sind, z. B. mangels Abrechnungsvolumen oder weil nahezu alle Ärzte der Fachgruppe Anspruch auf dieses QZV gehabt hätten, dem RLV zugunsten eines höheren Fallwertes zugeführt worden. Andere QZV haben wir wiederum weiter differenziert. Eine Aufstellung aller QZV ist der Anlage 2 zu den Allgemeinen Informationen zu entnehmen. Die Ihnen individuell gewährten QZV entnehmen Sie bitte der beigefügten Zuweisung. Wir möchten an dieser Stelle auch den Berufsverbänden für ihre Vorschläge und Hinweise zu den QZV danken.

Bitte beachten Sie, dass die RLV und QZV zukünftig vollständig miteinander verrechnet werden können. Dem Gesamtzuweisungsvolumen aus RLV und QZV werden also alle Leistungen, die den RLV und QZV unterliegen, undifferenziert gegenübergestellt.

- **Dauerhafte Trennung der Gesamtvergütung in einen haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich**

Die Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung soll nach den Berechnungsvorgaben des Bewertungsausschusses dauerhaft in einen haus- und einen fachärztlichen Teil getrennt werden. Verschiebungen zwischen den Versorgungsbereichen, wie sie bislang bei Versorgungsbereichswechsler vorgesehene waren, sind damit zukünftig ausgeschlossen.

Der Vorstand hat für die hier vorliegende Zuweisung alle ihm gegebenen Gestaltungsspielräume genutzt, um Verwerfungen zwischen als auch innerhalb der Fachgruppen zu vermeiden und die erzielten Honorarzuwächse leistungskonform den Fachgruppen zugeführt.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. med. Wolfgang Eckert

## Allgemeine Informationen, Regelleistungsvolumen und Kapazitätsgrenzen

### Erster Abschnitt - Regelleistungsvolumen (RLV)

#### 1. Berechnungsbasis - Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung

Wie in den vergangenen Jahren zahlen die Krankenkassen eine Gesamtvergütung an die Kassenärztlichen Vereinigungen. Bei dieser wird zwischen Leistungen innerhalb und außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung unterschieden. Zu den Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zählen z. B. die Prävention und das Ambulante Operieren. Der Honorarvertrag gilt für das gesamte Jahr 2010, so dass es zum 3. Quartal 2010 bei den extrabudgetären Leistungen keine Veränderungen gegenüber dem 1. Halbjahr 2010 gibt. Die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung des Jahres 2010 basiert auf den im Jahr 2008 erbrachten Leistungsmengen je Versicherten inklusive der Familienversicherten. Diese Leistungsmengen sind nach bundeseinheitlichen Vorgaben um diverse Faktoren für die Berücksichtigung von HVM und Morbidität angepasst worden. Die Gesamtvergütung des Jahres 2010 ergibt sich aus Multiplikation dieser Leistungsmengen je Versicherten mit den Versichertenzahlen im aktuellen Quartal und dem bundesweit einheitlichen Punktwert von 3,5048 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 und der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV).

#### 2. Euro-Gebührenordnung und Leistungen außerhalb der Regelleistungsvolumen

Die Vergütung der Leistungen des einzelnen Vertragsarztes erfolgt nach der regionalen Euro-Gebührenordnung. Zu Beginn jedes Quartals sind Ihnen die Preise (Punktwerte i. V. m. der Leistungsbeurteilung des EBM) bekannt. Eine Ausnahme sind die Preise der sogenannten Mehrleistungen, also der Leistungen, die das Gesamtvolumen aus RLV und QZV überschreiten. Diese Mehrleistungen werden mit einem floatenden Punktwert vergütet. Ab dem 3. Quartal 2010 werden auch die Leistungen der Ärzte ohne Regelleistungsvolumen und die der ermächtigten Ärzte und Einrichtungen aus separaten Teilbudgets vergütet, um einer Belastung der Regelleistungsvolumen der übrigen Fachärzte entgegenzuwirken. Bei einer Leistungszunahme sind daher auch hier floatende Punktwerte unterhalb des Orientierungswertes von 3,5048 Ct. möglich. Es ist sichergestellt, dass diese Punktwerte nicht unter den durchschnittlichen rechnerischen Punktwert der Fachärzte sinken. Auf die Zuweisung von RLV bei den ermächtigten Ärzten und Einrichtungen wird zukünftig verzichtet.

Die Höhe der Punktwerte sind der Euro-Gebührenordnung zu entnehmen. Die Euro-Gebührenordnung kann als Einlegeblatt im EBM verwendet werden. Dieser Übersicht können Sie neben den Preisen (Punktwerte) auch die Zuordnung der Leistungen, welche als „freie Leistungen“ außerhalb des RLV vergütet werden, entnehmen. Die psychotherapeutischen Leistungen der Ärzte und Therapeuten innerhalb der zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen werden mit 3,5048 Ct. vergütet.

### 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 Eurobeträge, die Ihnen quartalsweise zugewiesen werden. Diese Eurobeträge verstehen sich als Obergrenzen (Garantiebereich). Bis zu dieser Obergrenze werden Ihnen Ihre Leistungen mit einem Punktwert von 3,5048 Ct. vergütet. Rechnen Sie über das Regelleistungsvolumen hinaus Leistungen ab, werden diese „Mehrleistungen“ mit floatenden Punktwerten vergütet. Dieser Mehrleistungspunktwert wird unverändert aus 2 Prozent der Vergütung der Haus- bzw. Fachärzte und den entsprechenden (Mehr-) Leistungsmengen im haus- bzw. fachärztlichen Versorgungsbereich durch Division ermittelt. Die Mehrleistungspunktwerte der Haus- und Fachärzte sind unterschiedlich.

#### 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<sub>Arztgruppe</sub>** Dieser ist der nach den Vorgaben des Bewertungsausschusses berechnete durchschnittliche Fallwert (in Euro) Ihrer Arztgruppe. Leistungen außerhalb der RLV und auch der QZV sind hier nicht enthalten.

Überschreitet Ihre Praxis die durchschnittliche Fallzahl der Fachgruppe um mehr als 50 Prozent? In diesem Fall muss darüber hinaus die Fallwertstaffel 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 Vorjahresquartal 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 €
<b>Summe</b>	<b>2.100</b>	<b>34,76 €</b>	<b>73.000 €</b>

#### Fallzahl<sub>Arzt</sub>

Dies ist Ihre individuelle Zahl kurativ-ambulanter RLV-Fälle (z. B. ohne Notdienst) aus dem Vorjahresquartal.

In Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten entspricht die Zahl der RLV-Fälle eines Arztes der Zahl der Behandlungsfälle der Arztpraxis multipliziert mit seinem Anteil an der RLV-relevanten Arztfallzahl der Praxis. Die Summe der RLV-Fälle einer Arztpraxis entspricht damit immer der Anzahl der RLV-relevanten Behandlungsfälle der Arztpraxis.

Bei Neuzulassungen wird im ersten Leistungsjahr des Arztes die durchschnittliche Fallzahl der Fachgruppe gewährt. Im zweiten Leistungsjahr erfolgt die Zuweisung auf Basis der Fallzahl des Vorjahres, wobei nachfolgend bei der Honorarabrechnung ermittelt wird, wie hoch die tatsächlich erbrachte RLV-Fallzahl ist. Liegt diese Fallzahl unter der zugewiesenen, ist die zugewiesene Fallzahl die Basis für die Honorarabrechnung. Ansonsten kommt die sich aus Ihrer Abrechnung ergebende tatsächliche Fallzahl bis zur Höhe des Fachgruppendurchschnitts zur Anwendung für die Honorarabrechnung. Bei Umwandlungen der Kooperationsform und in hinsichtlich der Fallzahl unterdurchschnittlich abrechnenden Praxen wird diese Regelung analog angewendet. Die nachfolgend aufgeführte Fallzahlzuwachsbeschränkung findet insoweit keine Anwendung.

Wird eine Praxis übernommen und lag die Fallzahl der Vorgängerpraxis über dem Fachgruppendurchschnitt, können diese Fallzahlen **auf Antrag des Arztes** zum Ansatz kommen.

#### Fallzahlzuwachsbeschränkungsregelung

Für jede Arztgruppe, die den RLV unterliegt, wird für das Vorvorjahresquartal die durchschnittliche RLV-Fallzahl je Arzt ermittelt und mit dem Faktor 0,05 multipliziert. Das Produkt stellt die Zuwachsgrenze je Arzt der Arztgruppe dar. Für die Ermittlung der praxisbezogenen RLV wird die Anzahl der RLV-Fälle wie folgt begrenzt:

- Überschreitet in einer Einzelpraxis die Anzahl der tatsächlichen RLV-Fälle des Arztes im jeweiligen Quartal des Vorjahres die sich aus der Addition der RLV-Fallzahl des Arztes im jeweiligen Quartal des Vorjahres und der Zuwachsgrenze der entsprechenden Arztgruppe ergebende RLV-Fallzahlgrenze, so ist diese Summe zu verwenden.
- In Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten wird die Zuwachsgrenze der Praxis durch Addition der individuellen Zuwachsgrenzen der beteiligten Ärzte ermittelt.

Beispiele:

	Vorvor- jahr	Vorjahr	Realer FZ-Zuwachs	Max. FZ-Zuwachs	Fälle für RLV aktuel- les Quartal
Arzt 1	1000	1030	30	50	1030
Arzt 2	1000	1100	100	50	1050
Arzt 3	600	700	100	50	650

Altersfaktor<sub>Arzt</sub>

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 im ersten Leistungsjahr ist dieser Faktor 1.

Bei Übernahme einer höheren Fallzahl der Vorgängerpraxis kommt auch der Altersfaktor der Vorgängerpraxis zum Ansatz.

### 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.

Für eine Ausnahmeregelung muss sich die Zahl der behandelten Patienten um mindestens 10 % im Vergleich zum Vorjahresquartal erhöht haben. 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.

Entsprechende Anträge sind bis **spätestens einen Monat nach Bekanntgabe des Honorarbescheids** zu stellen. Maßgeblich für die Rechtzeitigkeit der Antragstellung 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 erforderlich sind, können diese **erst nach Vorliegen der Ergebnisse des jeweiligen Quartals gesondert beschieden werden**.

Sofern Ihrem Antrag entsprochen wird, erfolgt die Berücksichtigung 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 erhalten:

- fach- und schwerpunktgleiche Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten derselben Arztgruppe und/oder desselben Schwerpunktes in Höhe von jeweils 10 %.
- Fach- und schwerpunktübergreifende Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinische Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten anderer Arztgruppen bzw. Schwerpunkte um 5 % je Arztgruppe bzw. Schwerpunkt für maximal sechs Arztgruppen bzw. Schwerpunkte, für jede weitere Arztgruppe bzw. Schwerpunkt um 2,5 % jedoch insgesamt höchstens um 40 %.

Dieser Zuschlag zu den Regelleistungsvolumen gilt bis zum 31. Dezember 2010. Ab dem 1. Januar 2011 sind hier durch den Bewertungsausschuss Änderungen angekündigt.

## Zweiter Abschnitt - Qualifikationsgebundene Zusatzvolumen (QZV)

Ab dem 3. Quartal 2010 sind durch den Bewertungsausschuss qualifikationsgebundene Zusatzvolumen eingeführt worden. Diese neuen QZV enthalten ehemals freie Leistungen sowie vorherige bundeseinheitliche und regionale Fallwertzuschläge als auch Leistungen, die bisher den RLV unterlagen. Mit der Einführung der QZV sollen die Regelleistungsvolumen stabilisiert und ein Sinken der Fallwerte verhindert werden.

Der Beschluss ermöglicht den Partnern der Gesamtverträge die QZV regional anzupassen. In Mecklenburg-Vorpommern wurde mit den Krankenkassen in einer Protokollnotiz vereinbart, dass die QZV im Benehmen mit den Berufsverbänden an die regionalen Gegebenheiten angepasst werden. Eine Übersicht der in unserem KV-Bereich gültigen qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen können Sie der Anlage 2 entnehmen. Die individuell gewährten QZV entnehmen Sie Ihrer Zuweisung.

Qualifikationsgebundene Zusatzvolumen sind zusätzliche Honorarvolumen, die vollständig untereinander und mit dem RLV verrechenbar sind. RLV- und QZV-Volumen bilden damit zusammen eine Obergrenze, bis zu der Ihre Leistungen mit einem Punktwert von 3,5048 Ct. vergütet werden. Die über das Gesamtvolumen hinausgehenden Leistungen werden mit dem Mehrleistungspunktwert der Haus- bzw. Fachärzte vergütet.

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

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

**Fallwert<sub>QZV MV</sub>** Die entsprechenden qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen entnehmen Sie der beigefügten Anlage 2 .

**Fallzahl<sub>Arzt</sub>** Zur Bestimmung des zusätzlichen Honorarvolumens werden entweder die Behandlungsfallzahl (B) oder die Leistungsfallzahl (L) des Vorjahresquartals herangezogen. In der beigefügten Anlage 2 sind die QZV entsprechend gekennzeichnet.

Die Behandlungsfallzahl ist identisch mit der Fallzahl zur Bestimmung Ihres Regelleistungsvolumens. Sie bekommen also einen Fallwertzuschlag für jeden Fall unabhängig davon, ob und in welcher Häufigkeit entsprechende Leistungen im speziellen Fall angefallen sind. Für einige QZV bildet der Leistungsfall die Berechnungsgrundlage. Ein Leistungsfall liegt vor, sofern im Behandlungsfall des Vorjahresquartals mindestens eine Leistung des Leistungskatalogs des entsprechenden QZV abgerechnet worden ist.

Ein Beispiel:

Ein Arzt hat im Vorjahresquartal insgesamt 1.000 Behandlungsfälle erbracht und erhält den Fallwertzuschlag Sonographie (1,50 € je Behandlungsfall).

Der Zuschlag zum Regelleistungsvolumen beträgt

$$1.000 \text{ Fälle} \times 1,50 \text{ €} = 1.500 \text{ €}$$

Voraussetzung für die Gewährung der Zusatzvolumen ist, dass die entsprechenden Leistungen im Vorjahresquartal abgerechnet wurden und, soweit erforderlich, die entsprechende Qualifikation vorliegt. Bei Neuzulassungen wird analog zur Berechnung des RLV in den ersten 4 Quartalen die durchschnittliche Fallzahl der Fachgruppe angewendet. Wurden neue Qualifikationen und damit der Anspruch auf ein QZV erworben, wird für den Fall, dass dieses QZV unter Bezug auf den Leistungsfall zuzuweisen ist, in den ersten 4 Quartalen die durchschnittliche Leistungsfallzahl der Fachgruppe angewendet.

Die Zuweisung eines QZV bedeutet nicht im Umkehrschluss, dass **alle** GOP's dieses QZV nunmehr durch die Praxis abgerechnet werden dürfen. Die Abrechnung einiger Leistungen setzt wie bisher eine separate Genehmigung der KVMV voraus.

Aus Anträgen zu **Fallzahlerhöhungen** beschiedene Anpassungen der Fallzahlen werden in der Zuweisung berücksichtigt. Dies gilt nicht für Erhöhungen, welche z. B. aufgrund urlaubs- bzw. krankheitsbedingter Vertretung auf einzelne Quartale beschränkt waren.

Bisher **individuell gewährte Praxisbesonderheiten** bedürfen noch einer Prüfung, ob sie über das 2. Quartal 2010 hinaus gewährt werden. Die Zuweisung des 3. Quartals beinhaltet diese Praxisbesonderheiten daher nicht. Eine erneute Antragstellung für bisher gewährte Praxisbesonderheiten ist nicht erforderlich. Die betreffenden Praxen werden gesondert über den Ausgang der Prüfung informiert.

### Dritter Abschnitt - Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen

Für die Mengensteuerung der psychotherapeutischen Fachgruppen werden nach den Beschlüssen des (Erweiterten) Bewertungsausschusses keine RLV ermittelt. Die Steuerung in diesen Fachgruppen erfolgt über zeitbezogene Kapazitätsgrenzen. 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 3,5048 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.

**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
- Fachärzte für Urologie
- Fachärzte für Physikalisch-Rehabilitative Medizin
- Ausschließlich bzw. weit überwiegend schmerztherapeutisch tätige Vertragsärzte gemäß Präambel 30.7 Nr. 6 EBM

**Anlage 2****Qualifikationsgebundene Zusatzvolumen**

Bitte beachten Sie, dass sich die unterschiedliche Höhe der QZV in den Fachgruppen durch eine divergierende Leistungsfrequenz je Behandlungsfall in den Fachgruppen ergibt.

AG-Nr.	Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen (QZV)	GOP	Behandlungs-(B) / Leistungsfall (L)	QZV Fallwert in €
101	Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören	Akupunktur	30790, 30791	B	4,70
		Allergologie	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123	B	0,85
		Behandlung des diabetischen Fußes	02311	B	0,20
		Chirotherapie	30200, 30201	B	1,05
		Kardiorespiratorische Polygraphie	30900	B	1,50
		Phlebologie	30500, 30501	B	2,30
		Physikalische Therapie	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421	B	1,20
		Psychosomatische Grundversorgung	35100, 35110	B	2,40
		Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	30700, 30702, 30704, 30706, 30708	B	10,75
		Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	B	1,20
102	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	Sonographie III	33060, 33061, 33062	B	0,45
		Akupunktur	30790, 30791	B	1,65
		Allergologie	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123	B	0,60
		Physikalische Therapie	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421	B	0,25
104	Fachärzte für Augenheilkunde	Psychosomatische Grundversorgung	35100, 35110	B	1,20
		Elektroophthalmologie	06312	B	0,35
		Fluoreszenzangiographie	06331	B	1,25
		Kontaktlinsenanpassung	06340, 06341, 06342, 06343	B	0,10
105	Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie	Sonographie I	33000, 33001, 33002, 33011	B	0,30
		Akupunktur	30790, 30791	B	11,15
		Chirotherapie	30200, 30201	B	1,10
		Gastroenterologie I	13400, 13401, 13402, 13410, 13411, 13412	B	4,90
		Phlebologie	30500, 30501	B	2,15
		Physikalische Therapie	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 30431	B	1,35
		Psychosomatische Grundversorgung	35100, 35110	B	1,50
		Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760	B	1,05
		Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	B	1,10
		Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	B	10,55

AG-Nr.	Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen (QZV)	GOP	Behandlungs-(B)/Leistungsfall (L)	QZV Fallwert in €
105	Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503	L	10,90
106	Fachärzte für Frauenheilkunde	Inkontinenzbehandlung	08310, 08311	B	0,90
		Kurative Mammographie	34270, 34271, 34272, 34273	B	3,35
		Mamma-Sonographie, Stanzbiopsie	08320, 33041	B	1,20
108	Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	Psychosomatische Grundversorgung	35100, 35110	B	2,75
		Allergologie	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123	B	1,60
		Bronchoskopie	09315, 09316	B	0,85
		Chirotherapie	30200, 30201	B	0,40
		Hyposensibilisierungsbehandlung	30130	B	0,65
		Kardiorespiratorische Polygraphie	30900	B	1,10
		Otoakustische Emissionen	09324, 09327, 09340	B	0,65
		Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	B	0,75
109	Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503	L	8,85
		Allergologie	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123	B	1,75
		Hyposensibilisierungsbehandlung	30130	B	0,30
		Phlebologie	30500, 30501	B	0,25
		Psychosomatische Grundversorgung	35100, 35110	B	1,00

AG-Nr.	Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen (QZV)	GOP	Behandlungs-(B)/Leistungsfall (L)	QZV Fallwert in €
111	Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	Kardiorespiratorische Polygraphie	30900	B	1,80
		Kontrolle Herzschrittmacher	13552	B	1,60
		Psychosomatische Grundversorgung	35100, 35110	B	0,95
		Sonographie II	33020, 33021, 33022	B	4,55
		Sonographie III	33060, 33061, 33076	B	1,25
		Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503	L	8,05
		Sonographie IV	33073	B	4,30
Sonographie V	33070, 33071, 33072	B	6,30		
115	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie	Psychosomatische Grundversorgung	35100, 35110	B	0,35
		Sonographie III	33073	B	2,55
116	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/Onkologie	Psychosomatische Grundversorgung	35100, 35110	B	2,55
117	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie	Kardiorespiratorische Polygraphie	30900	B	1,55
		Sonographie III	33060, 33061, 33063, 33076	B	1,00
		Sonographie IV	33070, 33071, 33072	B	5,85
119	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie	Bronchoskopie	13662, 13663, 13664, 13670	B	1,20
		Physikalische Therapie	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 30431	B	3,10
		Psychosomatische Grundversorgung	35100, 35110	B	0,75
		Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503	L	9,25

AG-Nr.	Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen (QZV)	GOP	Behandlungs-(B)/Leistungsfall (L)	QZV Fallwert in €
120	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie	Chirotherapie	30200, 30201	B	0,60
		Psychosomatische Grundversorgung	35100, 35110	B	0,30
		Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503	L	18,80
123	Fachärzte für Nervenheilkunde	Akupunktur	30790, 30791	B	2,75
		Chirotherapie	30200, 30201	B	0,35
		Psychosomatische Grundversorgung	35100, 35110	B	0,90
		Sonographie III	33060, 33063	B	1,65
		Sonographie IV	33070, 33071, 33075	B	3,75
		ENG/EMG	16322	B	1,80
124	Fachärzte für Neurologie	Psychosomatische Grundversorgung	35100, 35110	B	0,75
		Sonographie III	33060, 33063	B	1,40
		Sonographie IV	33070, 33071, 33075	B	4,50
		ENG/EMG	16322	B	2,20
126	Fachärzte für Orthopädie	Akupunktur	30790, 30791	B	6,65
		Chirotherapie	30200, 30201	B	3,30
		Osteodensitometrie	34600	B	0,25
		Physikalische Therapie	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421	B	1,10
		Psychosomatische Grundversorgung	35100, 35110	B	0,35
		Sonographie I	33050, 33051, 33081, 33091, 33092	B	0,45
		Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503	L	15,45
127	Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie	Allergologie	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123	B	1,10
		Hyposensibilisierungsbehandlung	30130	B	0,30
		Otoakustische Emissionen	20324, 20327, 20340	B	0,50
		Psychosomatische Grundversorgung	35100, 35110	B	0,35
		Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	B	0,45

AG-Nr.	Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen (QZV)	GOP	Behandlungs-(B)/Leistungsfall (L)	QZV Fallwert in €
128	Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	B	1,50
133	Fachärzte für Diagnostische Radiologie	CT	34310, 34311, 34312, 34320, 34321, 34322, 34330, 34340, 34341, 34342, 34343, 34344, 34345, 34350, 34351, 34360, 34502	L	82,45
		Kurative Mammographie	34270, 34271, 34272, 34273	L	40,65
		MRT	34410, 34411, 34420, 34421, 34422, 34430, 34431, 34440, 34441, 34442, 34450, 34451, 34452, 34460	L	112,50
		Osteodensitometrie	34600	B	0,20
		Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	L	11,70
		Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503	L	15,20
137	Fachärzte für Urologie	Psychosomatische Grundversorgung	35100, 35110	B	1,20
		Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503	L	12,10
138	Fachärzte für Physikalisch-Rehabilitative Medizin	Akupunktur	30790, 30791	B	27,50
		Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	B	1,80
		Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760	B	3,10

AG-Nr.	Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen (QZV)	GOP	Behandlungs-(B) / Leistungsfall (L)	QZV Fallwert in €
150	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Nephrologie	Behandlung des diabetischen Fußes	02311	B	2,00
		Psychosomatische Grundversorgung	35100, 35110	B	1,20
160	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie - mit Stressecho	Sonographie III	33060, 33061, 33063, 33076	B	0,25
		Sonographie IV	33070, 33071, 33072	B	2,60
170	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin (Schwerpunkt)	Allergologie	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123	B	3,50
		Hyposensibilisierungsbehandlung	30130	B	1,05
		Psychosomatische Grundversorgung	35100, 35110	B	0,95
180	Fachärzte für Neurochirurgie	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503	B	7,85

## **Leistungen außerhalb der Regelleistungsvolumen und Preise der Euro- Gebührenordnung im Jahr 2010 (§ 87b Abs. 5 SGB V)**

### **Gültig ab 3. Quartal 2010**

Diese Übersicht versteht sich in Verbindung mit dem jeweils gültigen EBM 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 im Jahr 2010 außerhalb der Regelleistungsvolumen zu vergüten sind, dargestellt.

Die Zuweisung Ihres Regelleistungsvolumens (**RLV**) sowie der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (**QZV**) erfolgt gesondert.

#### **Leistungen, die dem RLV unterliegen**

Punktwert  
[Cent]  
**3,5048**  
**floatend**

#### **Leistungen im RLV**

#### **Leistungen die das RLV überschreiten (Mehrleistungen)<sup>5</sup>**

#### **Leistungen außerhalb der RLV**

Punktwert  
[Cent]

#### **Prävention<sup>1</sup>**

**3,5048**

Kap. 1.7.1, 1.7.2 und 1.7.4 (außer GOP 01745, 01746)

Kap. 1.7.3 (Mammographie-Screening)

**3,8**

GOP 01745 und 01746 (Hautkrebsscreening)

**4,45**

#### **Ambulantes Operieren<sup>1</sup>**

**3,8**

Kap. 31, GOP 13421 bis 13431, 04514, 04515, 04518 und 04520

#### **Verordnung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege**

**4,3**

GOP 01422 und 01424

#### **Verordnung medizinischer Rehabilitation**

**4,3**

GOP 01611

#### **Leistungen nach § 115b SGB V**

#### **Begleitleistungen**

**4,0**

gem. §§ 4, 5 und 6 des Vertrages nach § 115b SGB V (Bundesschiedsamt)<sup>2</sup>

#### **Sonstige Leistungen**

**4,3**

gem. § 3 des Vertrages nach § 115b SGB V (Bundesschiedsamt)

#### **Impfen<sup>3</sup>**

**3,5048**

GOP entsprechend der Schutzimpfungsrichtlinie

#### **Belegärztliche Leistungen**

**4,3**

Kap. 36, GOP 13311, 17370 und Geburtshilfe

sonstige belegärztliche Leistungen

**3,5048**

<u>Leistungen außerhalb der RLV</u>	Punktwert [Cent]
<b>Strahlentherapie</b>	<b>3,5048</b>
Kap. 25	
<b>Phototherapeutische Keratektomie</b>	<b>3,5048</b>
GOP 31362, 31734 und 31735	
<b>Leistungen der künstlichen Befruchtung</b>	<b>3,5048</b>
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, 11311, 11312, 11320 bis 11322, 31272, 31503, 31600, 31608, 31609, 31822, 33043, 33044, 33090, 36272, 36503, 36822	
<b>Vakuumstanziopsien<sup>1</sup></b>	<b>3,8</b>
GOP 01759	
GOP 34274	<b>3,5048</b>
<b>Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit<sup>1</sup></b>	<b>3,5048</b>
Kap. 1.8	
<b>MRT-Angiographie<sup>1</sup></b>	<b>3,8</b>
Kap. 34.4.7	
<b>Wirtschaftlichkeitsbonus</b>	<b>3,5048</b>
GOP 32001	
<b>Leistungen der spezialisierten Versorgung HIV-infizierter Patienten</b>	<b>3,5048</b>
Kap. 30.10	
<b>Antragspflichtige Psychotherapie (nur für in § 87b Abs. 2 Satz 6 SGB V genannte Arztgruppen)</b>	<b>3,5048</b>
Kap. 35.2 innerhalb der Kapazitätsgrenzen	
Kap. 35.2 außerhalb der Kapazitätsgrenzen	<b>Floatend</b>
<b>Unvorhergesehene Inanspruchnahme</b>	<b>3,5048</b>
01100, 01101, 01102	
<b>Dringende Besuche</b>	<b>3,5048</b>
01411, 01412, 01415	
Neu in den EBM aufgenommene Leistungen, die entsprechend den Durchführungsempfehlungen des (E)BA außerhalb der Regelleistungsvolumen vergütet werden und hier noch nicht aufgeführt sind	<b>3,5048</b>
<b>Kostenpauschalen des EBM</b>	<b>Preis gem. EBM</b>
Labor Kap. 32 sowie Kap. 40 (ohne Dialysesachkosten)	<b>Preis gem. EBM</b>
<b>Dialysesachkosten</b>	<b>abzüglich. 2 %</b>
<b>Leistungen im organisierten Notdienst<sup>1</sup></b>	<b>floatend<sup>4</sup></b>

**Leistungen außerhalb der RLV**

Punktwert  
[Cent]

**Wegepauschalen**

**Preise gem. den  
bisherigen  
Verträgen**

**Sonderverträge**

**Preis gem. den  
entsprechenden  
Verträgen**

Modellvorhaben §§ 63, 64 SGB V; Selektivverträge §§ 73b und  
73c; Integrierte Versorgung § 140a SGB V; DMP § 137f - g  
SGB V und sonstige regional vereinbarte, nicht im EBM enthaltene  
Leistungen

**Leistungen der QZV**

Punktwert  
[Cent]

**Leistungen innerhalb der QZV**

**3,5048**

**Leistungen, die die QZV überschreiten <sup>5</sup>**

**floatend**

**Weitere regionale arztgruppenspezifische freie Leistungen  
(nach Beschluss des Vorstandes der KVMV)**

AG-Nr.	Leistung	GOP	Punktwert [Cent]
<b>101</b>	<b>Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören</b>		
	Ergometrie	03321	<b>3,5048</b>
	Langzeit-Blutdruckmessung	03324	<b>3,5048</b>
	Langzeit-EKG	03241, 03322	<b>3,5048</b>
	Proktologie	03331, 03332, 30600, 30601	<b>3,5048</b>
	Richtlinienpsychotherapie II	35200, 35201, 35202, 35203, 35210, 35211, 35220, 35221, 35222, 35223, 35224, 35225	<b>3,5048</b>
	Spirometrie	03330	<b>3,5048</b>
<b>102</b>	<b>Fachärzte für Kinder und Jugendmedizin</b>		
	Ergometrie	04321	<b>3,5048</b>
	Langzeit-Blutdruckmessung	04324	<b>3,5048</b>
	Langzeit-EKG	04241, 04322	<b>3,5048</b>
	Spirometrie	04330	<b>3,5048</b>
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	<b>3,5048</b>

AG-Nr.	Leistung	GOP	Punktwert [Cent]
<b>103</b>	<b>Fachärzte für Anästhesiologie</b>		
	Narkosen bei zahnärztlicher Behandlung	05330, 05331, 05340, 05341, 05350	<b>3,5048</b>
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512	<b>3,5048</b>
<b>105</b>	<b>Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie</b>		
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512	<b>3,5048</b>
<b>106</b>	<b>Fachärzte für Frauenheilkunde</b>		
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512	<b>3,5048</b>
	Richtlinienpsychotherapie II	35200, 35201, 35202, 35203, 35210, 35211, 35220, 35221, 35222, 35223, 35224, 35225	<b>3,5048</b>
<b>108</b>	<b>Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde</b>		
	Polysomnographie	30901	<b>3,5048</b>
<b>109</b>	<b>Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten</b>		
	Dermatologische Lasertherapie	10320, 10322, 10324	<b>3,5048</b>
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512	<b>3,5048</b>
<b>111</b>	<b>Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören</b>		
	Langzeit-EKG	13252, 13253	<b>3,5048</b>
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512	<b>3,5048</b>
	Richtlinienpsychotherapie II	35200, 35201, 35202, 35203, 35210, 35211, 35220, 35221, 35222, 35223, 35224, 35225	<b>3,5048</b>
<b>112</b>	<b>Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie</b>		
	Langzeit-EKG	13252, 13253	<b>3,5048</b>
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512	<b>3,5048</b>
	Richtlinienpsychotherapie II	35200, 35201, 35202, 35203, 35210, 35211, 35220, 35221, 35222, 35223, 35224, 35225	<b>3,5048</b>
<b>115</b>	<b>Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie</b>		
	Langzeit-EKG	13252, 13253	<b>3,5048</b>
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512	<b>3,5048</b>

AG-Nr.	Leistung	GOP	Punktwert [Cent]
<b>119</b>	<b>Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie</b>		
	Polysomnographie	30901	<b>3,5048</b>
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512	<b>3,5048</b>
<b>123</b>	<b>Fachärzte für Nervenheilkunde</b>		
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512	<b>3,5048</b>
	Besuche	01410, 01413	<b>3,5048</b>
<b>124</b>	<b>Fachärzte für Neurologie</b>		
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512	<b>3,5048</b>
	Besuche	01410, 01413	<b>3,5048</b>
<b>126</b>	<b>Fachärzte für Orthopädie</b>		
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512	<b>3,5048</b>
	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102	<b>3,5048</b>
<b>128</b>	<b>Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie</b>		
	Besuche	01410, 01413	<b>3,5048</b>
<b>133</b>	<b>Fachärzte für Diagnostische Radiologie</b>		
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512	<b>3,5048</b>
<b>137</b>	<b>Fachärzte für Urologie</b>		
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512	<b>3,5048</b>
<b>138</b>	<b>Fachärzte für Physikalisch-Rehabilitative Medizin</b>		
	Langzeit-EKG	27322, 27323	<b>3,5048</b>
<b>170</b>	<b>Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin (Schwerpunkt)</b>		
	Langzeit-Blutdruckmessung	04324	<b>3,5048</b>
	Langzeit-EKG	04241, 04322	<b>3,5048</b>
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	<b>3,5048</b>
	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040	<b>3,5048</b>
	Spirometrie	04330	<b>3,5048</b>
<b>180</b>	<b>Fachärzte für Neurochirurgie</b>		
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512	<b>3,5048</b>

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 Die Vorgaben des Beschlusses des BA/EBA zu Verrechnungen der QZV und RLV finden Anwendung.