

Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung 2009

**Aktualisiert nach Beschluss des Bewertungsausschusses
vom 20. April 2009 mit Wirkung zum 1. Juli 2009**

(Änderungen in kursiv und fett)

Systematik der Regelleistungsvolumina

Leitfaden für Ihre Praxis

I. Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung

Gesamtvergütung 2009

Die Gesamtvergütung wird auch in 2009 im Wesentlichen aus zwei Teilen bestehen: Einen Teil bezahlen die Krankenkassen als Einzelleistungen extrabudgetär. Dazu kommt der Anteil, der von der Höhe her begrenzt ist: die so genannte vorhersehbare morbiditätsbedingte Gesamtvergütung.

Grundlage

Auf Basis des Wettbewerbsstärkungsgesetzes sind gemäß §§ 87 und 87a bis 87c SGB V grundlegende Eckpunkte, Verfahren und Inhalte der künftigen vertragsärztlichen Vergütung durch den Erweiterten Bewertungsausschuss beschlossen worden.

Die Vorgaben betreffen insbesondere die erstmalige Festlegung des bundeseinheitlichen Orientierungspunktwertes, die Vereinbarung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen, die Rahmenvorgaben für die Festlegung der regionalen Euro-Gebührenordnungen sowie die Berechnung der arzt- bzw. praxisbezogenen Regelleistungsvolumina im Jahr 2009.

Euro-Gebührenordnung KVHB

Die Vergütung der einzelnen ärztlichen Leistungen erfolgt nicht mehr in Punkten, sondern mit einem festen Euro-Betrag. Die Euro-Beträge gelten für das ganze Jahr 2009 und errechnen sich als Produkt der EBM-Bewertung mit dem bundeseinheitlichen Orientierungspunktwert (OPW). Dieser beträgt 3,5001 Cent. Einzelne Gebührenordnungspositionen (GOP) werden davon abweichend mit höheren Punktwerten (s.u.) bewertet. Die so berechnete Euro-Gebührenordnung der KVHB ~~wird zum Ende des Jahres 2008~~ wird **sofern erforderlich quartalsweise aktualisiert** auf unserer Homepage unter www.kvhb.de/Abrechnung/Euro-Gebührenordnung KVHB bekannt gegeben.

Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen, die von der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung abgegrenzt werden (extrabudgetär)

Abzugrenzen von der vorhersehbaren morbiditätsbedingten Gesamtvergütung sind nach dem Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses die von den Krankenkassen weiter extrabudgetär zu vergütenden Leistungen:

Regionale Verträge und Vereinbarungen (GOP > 80000)

Belegärztliche Leistungen (Kapitel 36 EBM, GOP 13311, 17370, Geburtshilfe) mit einer Aufwertung im EBM von 18,69 %

Prävention (Abschnitte 1.7.1, 1.7.2 (ohne GOP 01745 und 01746) und 1.7.4) mit einer Aufwertung im EBM von 27,19 % und einem Punktwert von 3,7267 Cent

Hautkrebs-Screening (GOP 01745 und 01746) mit einem Punktwert von 3,7267 Cent

Mammographie-Screening mit einer Aufwertung im EBM von 34,30 % (Kap. GOP 01750 bis 01758)

Präventive Vakuumstanzbiopsie (GOP 01759) mit einer Aufwertung im EBM von 19,37 %

Kurative Vakuumstanzbiopsie (GOP 34274) mit einer Aufwertung im EBM von 19,37 %

Strahlentherapie ~~mit einer Aufwertung im EBM von 3,16 %~~ **(mit Wirkung zum 1.1.2009)**

Künstliche Befruchtung (GOP 08510 bis 08574) mit **einer teilweisen Aufwertung im EBM von 15,45% (mit Wirkung zum 1.1.2009)** mit einem Punktwert von 4,2501 Cent

Substitutionsbehandlung (GOP 01950 bis 01952) mit einer Aufwertung im EBM von 12,06 %

Ambulantes Operieren (Kap. 31.2 und 31.5 und GOP 13421 bis 13431, 04514, 04515, 04518, 04520) mit einer Aufwertung im EBM von 15,45 % *)

Begleitleistungen zum ambulanten Operieren (Kap. 31.1, 31.3, 31.4 und 31.6) mit einer Aufwertung im EBM von 2,5 % *)

Ambulante Operationen gem. Förderkatalog in einem OP-Zentrum mit einem Strukturqualitätsaufschlag von 0,4843 Cent auf den OPW *)

*) Über die Vergütungs- und Abrechnungsmodalitäten zum Ambulanten Operieren wird gesondert informiert (**s. Sonderinformation vom 15.12.2008**).

Im Schiedsamtverfahren konnte erreicht werden, dass zusätzlich auch folgende Leistungen extrabudgetär vergütet werden:

Leistungen im Ärztlichen Notfalldienst

Herzkatheteruntersuchungen/PTCA einschl. Sachkosten

Dialysesachkosten

Sachkosten für Radionuklide

Sachkosten für Arthroskopien

Vorhersehbare morbiditätsbedingte Gesamtvergütung

Die Höhe der ab 2009 zur Verfügung stehenden vorhersehbaren morbiditätsbedingten Gesamtvergütung ist mit den Krankenkassen vereinbart worden. Die bisher von den Krankenkassen je Mitglied gezahlten „Kopfpauschalen“ werden abgelöst. In Zukunft wird nach der vorgegebenen Berechnungsvorschrift ein Behandlungsbedarf je Kasse für ihre Versicherten mit Wohnsitz in Bremen ermittelt. Der Behandlungsbedarf multipliziert mit dem Orientierungspunktwert von 3,5001 Cent ergibt die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung.

II. Systematik des Regelleistungsvolumens (RLV)

Grundlage

Zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der vertragsärztlichen Tätigkeit gibt der Gesetzgeber für die Vergütung der Ärzte arzt- bzw. praxisbezogene Regelleistungsvolumen in § 87b SGB V vor. Auf Basis dieser Vorgaben hat der Erweiterte Bewertungsausschuss Verfahren zur Berechnung beschlossen.

Regelleistungsvolumen gelten für die auf Seite **11** aufgeführten Arztgruppen. Fach- und schwerpunktgleiche Berufsausübungsgemeinschaften und Arztpraxen mit angestellten

Ärzten derselben Arztgruppe bzw. desselben Schwerpunktes erhalten für das 1. und 2. Quartal 2009 einen Aufschlag auf das RLV von 10%.

Vertragsärzte und angestellte Ärzte mit einer Zulassung bzw. einer Genehmigung im Rahmen des Job-Sharings werden dabei nicht berücksichtigt.

Laborärzte und Pathologen erhalten **für die dem RLV unterliegenden GOP weiterhin kein RLV. Die nicht dem RLV unterliegenden Leistungen werden entweder extrabudgetär vergütet bzw. nach den unter 2. Fachärztliche Leistungen, Punkt (1) bis (21) beschriebenen Regelungen vergütet.**

Für Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Vertragsärzte, die ausschließlich psychotherapeutisch tätig sind, werden anstelle eines RLV zeitbezogene Kapazitätsgrenzen festgelegt (s. Seite 8 10).

Leistungen und Kostenerstattungen, die der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung unterliegen, aber nicht dem RLV

1. Hausärztliche Leistungen

a) „Volle Vergütung“ (mit Ausnahme der Leistungsbereiche (2), (6) und (8))

- (1) Antrags- und genehmigungspflichtige Psychotherapie Kap. 35.2 mit einer Aufwertung im EBM von 31,96 %
- (2) Besondere Inanspruchnahmen (GOP 01100 bis 01102)
- (3) Dringende Besuche (GOP 01411, 01412, 01415)
- (4) Auswertung LZ-EKG als Auftragsleistung (GOP 03241 und 04241)
- (5) **Nephrologische Leistungen des Abschnitts 4.5.4**
- (6) Akupunktur (GOP 30790, 30791) mit einer Aufwertung im EBM von 17,33 %
- (7) Zusatzpauschalen zur Behandlung von Transplantatträgern (GOP 04523, 04525, 04527 und 04537)
- (8) **Laboruntersuchungen des Kapitels 32**
- (9) Wirtschaftlichkeitsbonus (GOP 32001)
- (10) Kostenpauschalen Kap. 40 (Porto/Versandkosten)

Für die Leistungsbereiche (2), (6) und (8) wird quartalsweise je Leistungsbereich ein Vergütungsvolumen bereitgestellt, das aus dem Leistungsbedarf des entsprechenden Quartals 2007, angepasst durch EBM-Neubewertungen 2008/2009 zuzüglich einer morbiditätsbedingten Veränderungsrate von 5,1 %, gebildet wird.

Übersteigen die angeforderten EURO-Beträge das bereitgestellte Vergütungsvolumen des entsprechenden Leistungsbereiches, erfolgt eine quotierte Vergütung.

- b) Nachfolgend aufgeführte Leistungen unterliegen ebenfalls nicht dem RLV. Die Leistungen werden jedoch nicht unbegrenzt vergütet. Wenn ein Arzt über die entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen verfügt bzw. die Leistungen im Vorjahresquartal abgerechnet hat, erhält er neben dem RLV einen Fallwertzuschlag:

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 (Belastungs-EKG)	03321 bzw. 04321	1,50 €
9. Chirotherapie	30200 und 30201	1,00 €

Eine Verrechnung von Unter-/Überschreitungen nach den Nr. 3. bis 9. ist möglich.

2. Fachärztliche Leistungen

a) „Volle Vergütung“ (**mit Ausnahme der Leistungsbereiche (2), (5), (6), (12), (15) und (19)**)

- (1) Antrags- und genehmigungspflichtige Psychotherapie Kap. 35.2 mit einer Aufwertung im EBM von 31,96 %
- (2) Besondere Inanspruchnahmen (GOP 01100 bis 01102)
- (3) Dringende Besuche (GOP 01411, 01412, 01415)
- (4) Amb. praxisklinische Betreuung/Nachsorge (GOP 01510 bis 01531)
- (5) Empfängnisregelung/Sterilisation/Schwangerschaftsabbrüche (GOP 01820 bis 01915)
- (6) **Leistungen des Abschnitts 5.3**
- (7) Behandlung Naevi Flammei/Hämangiomen (GOP 10320 bis 10324)
- (8) Auswertung LZ-EKG als Auftragsleistung (GOP 13253 und 27323)
- (9) **Nephrologische Leistungen des Abschnitts 13.3.6**
- (10) **Bronchoskopie (GOP 09315, 09316, 13662 bis 13670)**
- (11) **Gesprächs- und Betreuungsleistungen (GOP 14220, 14222, 21216, 21220, 21222)**
- (12) Histologie und Zytologie (19310 bis 19312, 19331)
- (13) ESWL (GOP 26330)
- (14) Schmerztherapie (GOP 30700 bis 30708) mit einer Aufwertung im EBM von 32,23 %
- (15) Akupunktur (GOP 30790, 30791) mit einer Aufwertung im EBM von 17,33 %
- (16) Polysomnographie (GOP 30901) mit einer Aufwertung im EBM von 20,63 %
- (17) MRT-Angiographie (GOP 34470 bis 34492) mit einer Aufwertung im EBM von 17,06%
- (18) Zusatzpauschalen zur Behandlung von Transplantatträgern (GOP 13437 bis 13439 und 13677)
- (19) Laboruntersuchungen **des Kapitels 32**
- (20) Wirtschaftlichkeitsbonus GOP 32001 und Laborgrundpauschale GOP 12225
- (21) Kostenpauschalen Kap. 40 (Porto/Versandkosten)

Für die Leistungsbereiche (2), (5), (6), (12), (15) und (19)) wird quartalsweise je Leistungsbereich ein Vergütungsvolumen bereitgestellt, das aus dem Leistungsbedarf des entsprechenden Quartals 2007, angepasst durch EBM-Neubewertungen 2008/2009 zuzüglich einer morbiditätsbedingten Veränderungsrate von 5,1 %, gebildet wird.

Übersteigen die angeforderten EURO-Beträge das bereitgestellte Vergütungsvolumen des entsprechenden Leistungsbereiches, erfolgt eine quotierte Vergütung.

- b) Fachärzte - mit Ausnahme der Fachärzte für Nuklearmedizin, Radiologie und Strahlentherapie - erhalten bei Vorliegen der Qualifikationsvoraussetzungen einen Fallwertzuschlag für **Diagnostische Radiologie (GOP 34210 bis 34282)**:

Arztgruppen	Zuschlag je Fall in Euro
FÄ für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für plastische Chirurgie, ohne Unfallchirurgie und Neurochirurgie	6,10
FÄ für Frauenheilkunde	3,90
FÄ für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	0,80
FÄ für Innere Medizin ohne Schwerpunkt	3,80
FÄ für Innere Medizin mit Schwerpunkt Gastroenterologie	2,10
FÄ für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie	1,30
FÄ für Innere Medizin mit Schwerpunkt Pneumologie	4,70
FÄ für Innere Medizin mit Schwerpunkt Rheumatologie	5,40
FÄ für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	2,30
FÄ für Neurochirurgie	4,70
FÄ für Orthopädie, FÄ für Orthopädie und Unfallchirurgie	7,20
FÄ für Physikalische und Rehabilitative Medizin	6,60
FÄ für Urologie	3,30
Sonstige Facharztgruppen, für die die Erbringung von Leistungen der diagnostischen Radiologie zum Kern des Gebietes gehört	5,30

Fachärzte für Chirurgie mit Schwerpunkt Unfallchirurgie werden den Fachärzten für Orthopädie und Unfallchirurgie zugeordnet.

Für Fachärzte für Nuklearmedizin, Radiologie und Strahlentherapie unterliegen die GOP 34210 bis 34282 dem RLV.

Alle bisher nicht genannten Leistungen unterliegen dem RLV.

Berechnung des RLV

Zu der vereinbarten vorhersehbaren morbiditätsbedingten Gesamtvergütung ist der geschätzte Fremdkassenzahlungsausgleich hinzuzurechnen.

Anschließend wird die so gewonnene Gesamtvergütung in ein hausärztliches und ein fachärztliches Vergütungsvolumen aufgeteilt.

Nach der vorgeschriebenen Berechnungsformel ist hierfür das Vergütungsvolumen 2007 je Versorgungsbereich unter Berücksichtigung der Veränderung des EBM₂₀₀₈ um den

Vergütungsanteil für die antrags- und genehmigungspflichtige Psychotherapie Kap. 35.2 des EBM zu bereinigen und ins Verhältnis zu setzen. Mit den ermittelten Faktoren ist die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung nach den Versorgungsbereichen zu trennen.

Diese Summe wird als vorläufiges RLV-Vergütungsvolumen je Versorgungsbereich bezeichnet. Hiervon sind zum Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten, zur Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten, Honoraren für Neupraxen und Fehlschätzungen für Vorwegabzüge Rückstellungen zu bilden.

Von dem als vorläufig bezeichneten RLV-Vergütungsvolumen sind außerdem ~~3~~ **2** % für die bei Überschreitung des arztindividuellen RLV abgestaffelt zu vergütenden Leistungen abzuziehen.

Weitere Vorwegabzüge sind die Zahlungen für Arztgruppen, die kein RLV erhalten, die voraussichtlichen Zahlungen für Qualitätszuschläge, für intrabudgetäre Leistungen, die nicht dem RLV unterliegen und die Honorarsumme für den ~~10-%igen~~ **10-%igen** Aufschlag auf das RLV für ~~fach- und schwerpunktgleiche~~ **fach- und schwerpunktgleiche** Berufsausübungsgemeinschaften und Arztpraxen mit angestellten Ärzten ~~derselben Arztgruppe bzw. desselben Schwerpunktes~~.

Das RLV-Vergütungsvolumen für Haus- und Fachärzte wird anschließend auf die einzelnen Arztgruppen aufgeteilt. Grundlage hierfür ist der Leistungsbedarf 2007 je Arztgruppe angepasst um die regionalen EBM₂₀₀₈ Effekte. Das Ergebnis dieser Berechnung ist das RLV-Vergütungsvolumen je Arztgruppe.

Das RLV-Vergütungsvolumen der Arztgruppe wird durch die Arztfälle des Vorjahresquartals der Arztgruppe geteilt.

Das Ergebnis ist der arztgruppenspezifische RLV-Fallwert.

Arztbezogene Ermittlung des RLV

Zunächst wird das RLV arztbezogen anhand der Arztfälle des Vorjahresquartals ermittelt.

RLV-relevant ist dabei die Zahl der kurativen Behandlungsfälle gem. § 21 BMV-Ä bzw. § 25 BMV-EK des Vorjahresquartals. Ausgenommen sind:

- Fälle im organisierten Notfalldienst
- Überweisungen, bei denen ausschließlich Probenuntersuchungen oder Befundungen von dokumentierten Untersuchungsergebnissen (Auswertung LZ-EKG) abgerechnet werden
- Fälle, in denen ausschließlich Leistungen und Kostenerstattungen abgerechnet werden, die nicht dem RLV unterliegen (z.B. ausschließlich **Leistungen der Empfängnisregelung**, Substitutions- bzw. Präventionsleistungen).

Zur Bemessung der Arztfälle aus den Quartalen 1/08 und 2/08 für die Quartale 1/09 und 2/09 gilt folgende Übergangsregelung:

- In Einzelpraxen entspricht die Zahl der Arztfälle der Zahl der Behandlungsfälle
- In fachgleichen Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten der gleichen Arztgruppe entspricht die Zahl der Arztfälle je Arzt der Zahl der Behandlungsfälle der Praxis dividiert durch die Zahl der Ärzte.
- In fachungleichen Berufsausübungsgemeinschaften/MVZ und Praxen mit angestellten Ärzten anderer Arztgruppen werden die Arztfälle nach der Zahl der abgerechneten arztgruppenspezifischen Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen bemessen.

Zur Bemessung der Arztfälle aus den Quartalen 3/08 ff. für die Quartale 3/09 ff. gilt folgende Regelung:

- a) *In Einzelpraxen entspricht die Zahl der RLV-Fälle der Zahl der Behandlungsfälle*
- b) *In Berufsausübungsgemeinschaften, MZV 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.

Um den fristgerechten Versand der RLV-Bescheide für das 3. Quartal 2009 nicht zu gefährden, konnte die unter b) dargestellte Regelung für fachgleiche Berufsausübungsgemeinschaften kurzfristig aus EDV-technischen Gründen nicht umgesetzt werden. Die Aufteilung der Behandlungsfälle erfolgte – wie auch im 1. Halbjahr 2009 – nach Anzahl der Ärzte.

Zur Bemessung der Arztfälle ab dem ~~3.~~ 4. Quartal 2008 wird die lebenslange Arztnummer herangezogen. Zur Kennzeichnung von Behandlungen ohne abrechnungsfähige GOP kann die Pseudo-Ziffer 99000 verwendet werden.

Ärzte, die im Vorjahresquartal noch nicht zugelassen waren, erhalten die durchschnittliche RLV-Fallzahl der Arztgruppe (s. ab Seite 11).

Ärzte, die im Vorjahresquartal noch nicht zugelassen waren, aber einen Praxissitz übernommen haben, erhalten die Arztfallzahl des Vorgängers, **mindestens jedoch die durchschnittliche RLV-Fallzahl der Arztgruppe.**

Die Zahl der Arztfälle wird mit dem arztgruppenspezifischen RLV-Fallwert multipliziert und ergibt somit das RLV des Arztes.

Qualitätsgebundene Fallwertzuschläge

Anhand der Arztfälle wird bei Vorliegen der entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen auch das Honorarvolumen aus den qualitätsgebundenen Fallwertzuschlägen berechnet.

Für die hausärztlichen Leistungen Prokto/Rektoskopie, Kleinchirurgie, Spirometrie und Belastungs-EKG erfolgt nur dann eine Berücksichtigung des Fallwertzuschlags, wenn die jeweilige Leistung im Vorjahresquartal mindestens einmal abgerechnet wurde.

Überdurchschnittliche Praxen/Fallzahlen

Liegt die Zahl der Arztfälle über der durchschnittlichen Zahl der Arztfälle der Arztgruppe, erfolgt stufenweise eine Minderung des Fallwertes:

25 % für Fälle über 150 bis 170 % der Ø Fallzahl der AG

50 % für Fälle über 170 bis 200 % der Ø Fallzahl der AG

75 % für Fälle über 200 % der Ø Fallzahl der AG

Berücksichtigung der Morbidität

Das Morbiditätsrisiko wird durch die Altersstruktur der behandelten Patienten berücksichtigt. Die Differenzierung nach Altersklassen erfolgt entsprechend der altersabhängigen Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen im EBM.

Die Berechnungsformel ist vorgegeben:

- a) Ermittlung eines Faktors jeweils nach Altersklassen aus arztgruppenspezifischem Leistungsbedarf je Fall des **jeweiligen** Vorvorjahresquartals (~~4/07~~) dividiert durch die Gesamtfälle der Arztgruppe
- b) Multiplikation der jeweiligen Arztfälle nach Altersklassen des **jeweiligen** Vorjahresquartals (~~4/08~~) mit den nach a) ermittelten Faktoren dividiert durch die Gesamtarztfälle

Mit dem nach a) und b) ermitteltem Faktor wird das RLV erhöht bzw. gemindert.

Bei Neupraxen und Praxen, die im Vorjahresquartal in einer anderen Praxiskonstellation tätig waren (Wechsel der Abrechnungsnummer), ist der Faktor 1 anzuwenden.

Praxisbezogene Zuweisung des RLV und des Honorarvolumens/ Qualitätszuschläge

Für Berufsausübungsgemeinschaften/MVZ, Praxen mit unterschiedlichen Schwerpunkten und Praxen mit angestellten Ärzten werden die ermittelten arztbezogenen RLV addiert.

Das Ergebnis ist das RLV der gesamten Praxis.

Fach- und schwerpunktgleiche Berufsausübungsgemeinschaften und Arztpraxen mit angestellten Ärzten derselben Arztgruppe bzw. desselben Schwerpunktes erhalten zusätzlich einen Aufschlag von 10% des RLV.

Fach- und schwerpunktübergreifende Berufsausübungsgemeinschaften, MVZ und Praxen mit angestellten Ärzten anderer Arztgruppen bzw. anderer Schwerpunkte erhalten zusätzlich 5 % je Arztgruppe bzw. Schwerpunkt für maximal sechs Arztgruppen bzw. Schwerpunkt, für jede weitere Arztgruppe bzw. Schwerpunkt zusätzlich 2,5 %, jedoch insgesamt höchstens 40% des RLV.

Vertragsärzte und angestellte Ärzte mit einer Zulassung bzw. einer Genehmigung im Rahmen des Job-Sharings werden dabei nicht berücksichtigt.

Die Regelungen für den prozentualen Aufschlag auf das RLV für Berufsausübungsgemeinschaften/MVZ und Arztpraxen mit angestellten Ärzten gelten vorerst bis zum 31.12.2009.

Ebenso werden für Berufsausübungsgemeinschaften/MVZ und Praxen mit angestellten Ärzten arztbezogene Honorarvolumen/qualitätsgebundene Fallwertzuschläge für die Praxis addiert.

Die Zuweisung erfolgt quartalsweise, erstmals bis zum 30.11.2008.

Für die Folgequartale erfolgt die Zuweisung jeweils bis zum Ende des zweiten Monats des Vorquartals.

Im Jahr 2009: am 28.02.2008 für das 2. Quartal 2009
 am 31.05.2008 für das 3. Quartal 2009
 am 31.08.2009 für das 4. Quartal 2009

Bei der Zuweisung des RLV handelt es sich um einen rechtsmittelfähigen Bescheid. Dagegen eingelegte Widersprüche werden bis zum Vorliegen der jeweiligen Honorarabrechnung ruhend gestellt um ggf. die Feststellung von Praxisbesonderheiten und überproportionalen Honorarverlusten sowie das Vorliegen der Kriterien zur Ausnahme einer Abstaffelung in die Widerspruchsentscheidung einbeziehen zu können.

Abrechnung 1. Quartal 2009 ff.

Dem RLV und dem Honorarvolumen für Qualitätszuschläge stehen im Abrechnungsquartal die abgerechneten Preise der Euro-Gebührenordnung der KVHB gegenüber. Wird das RLV überschritten, erfolgt die Vergütung der Überschreitungsmenge zu abgestaffelten Preisen. Die Höhe der Abstufung ist abhängig von der Gesamtüberschreitungsmenge eines Versorgungsbereiches. Hierfür wurden Vorwegabzüge in Höhe von 3% (**für die Quartale 1/09 und 2/09**) bzw. 2% (**für die Quartale ab 3/09**) des vorläufigen Vergütungsvolumens gebildet.

Wird das RLV nicht ausgeschöpft, kann das noch zur Verfügung stehende Honorarvolumen mit den qualitätsgebundenen Leistungen ausgefüllt werden.

Eine Überschreitung des RLV kann dagegen nicht mit dem Honorarvolumen für Qualitätszuschläge verrechnet werden.

Eine Unterschreitung des RLV kann nicht auf das Folgequartal übertragen werden.

Praxisbesonderheiten

Praxisbesonderheiten ergeben sich aus einem besonderen Versorgungsauftrag, einer besonderen, für die Versorgung bedeutsamen fachlichen Spezialisierung und dadurch bedingten Überschreitung des durchschnittlichen Fallwertes der Arztgruppe um mindestens 30 %. ~~Das Vorgehen zur Berücksichtigung der Praxisbesonderheiten ist noch mit den Vertragspartnern zu vereinbaren.~~ **Das Nähere hierzu regeln die Durchführungsbestimmungen.**

Überproportionale Honorarverluste

Verringert sich das Honorar (inklusive der extrabudgetären Vergütungsanteile) einer Arztpraxis um mehr als 15 % gegenüber dem Vorjahresquartal können Ausgleichszahlungen vereinbart werden. Ursächlich für die Honorarminderung muss die Umstellung der Mengensteuerung auf die neue Systematik sein bzw. die bisherige Vergütungsregelung für extrabudgetäre Leistungen konnte nicht fortgeführt werden. ~~Das Vorgehen zum Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten ist ebenfalls noch mit den Vertragspartnern zu vereinbaren.~~

Mit den Vertragspartnern wurde vereinbart, dass ein Honorarverlust von mehr als 15 % bis auf 85 % des Fallwertes des Vorjahresquartals, höchstens jedoch bis auf 85 % des Gesamthonorars des Vorjahresquartals auf Antrag ausgeglichen werden kann. Über die Anträge entscheidet der Vorstand.

Kriterien zur Ausnahme von der Abstufung

Ist Ursache der Überschreitung des RLV eine außergewöhnliche Erhöhung der Zahl der behandelten Versicherten aufgrund

- Urlaubs- und krankheitsbedingten Vertretungen eines Arztes der eigenen BAG bzw. eines Arztes einer Arztpraxis in der näheren Umgebung
- Beendigung der Zulassung oder genehmigten Tätigkeit eines Arztes der eigenen BAG bzw. eines Arztes in der näheren Umgebung der Arztpraxis
- eines außergewöhnlichen und/oder durch den Arzt unverschuldeten Grundes, der zu einer niedrigeren Fallzahl im Vorjahresquartal geführt hat

kann auf Antrag das RLV erhöht werden. ~~Das Vorgehen ist noch mit den Vertragspartnern zu vereinbaren.~~ **Das Nähere hierzu regeln die Durchführungsbestimmungen(s. www.kvhb.de).**

Gewährleistung einer angemessenen Vergütung psychotherapeutischer Leistungen

Grundlage

Gemäß § 87 Abs. 2c Satz 6 haben die Bewertungen für psychotherapeutische Leistungen eine angemessene Höhe der Vergütung je Zeiteinheit zu gewährleisten. Alle bisher in diesem Zusammenhang gültigen Beschlüsse wurden zum 1. Januar 2009 aufgehoben. An ihre Stelle treten die nachfolgenden Regelungen:

Änderung der Leistungsbewertung im EBM zum 1. Januar 2009

Die Leistungsbewertungen der antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen Kapitel 35.2 EBM werden um den Faktor 1,3196 erhöht. Zur Festlegung des Preises der Eurogebührenordnung KVHB werden die erhöhten Leistungsbewertungen mit dem OPW 3,5001 multipliziert.

Der Preis einer Therapiestunde (z. B. GOP 35200) liegt damit bei 81,06 €, gegenüber bisher 76,70 € in 2008 (+ 5,7%).

Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen

Für

- Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- Psychologische Psychotherapeuten
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
- ausschließlich psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte

gelten zeitbezogene Kapazitätsgrenzen. Die Bemessung erfolgt nach den Prüfzeiten der Leistungen des Anhangs 3 zum EBM.

Für die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen Kap. 35.2 EBM werden **27.090 Minuten** festgelegt. Dies entspricht 387 Therapiestunden.

Für die nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen wird die arztgruppenspezifische, durchschnittlich abgerechnete ärztliche bzw. therapeutische Zuwendungszeit je Arzt/Psychotherapeut auf Basis des Vorjahresquartals bemessen.

Für das 1. Quartal 2009 ergeben sich **z. B.** folgende Werte:

Arztgruppe	Minuten je Arzt
Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	4.278
Psychologische Psychotherapeuten	4.339
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	2.608
ausschließlich psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte	4.890

Die Addition der beiden Werte ergibt die zeitbezogene Kapazitätsgrenze. Bei Überschreitung der Kapazitätsgrenze werden diese Leistungen bis zur 1,5 fachen zeitbezogenen Kapazitätsgrenze mit abgestaffelten Preisen vergütet. Hierfür wurden Rückstellungen in Höhe von 3% (**für die Quartale 1/09 und 2/09**) bzw. 2% (**für die Quartale ab 3/09**) des vorläufigen Vergütungsvolumens des fachärztlichen Versorgungsbereichs gebildet.

Die Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen erfolgt auf Basis der Euro-Gebührenordnung aus dem so genannten 3. Honorartopf. Die Größe des Honorartopfs wurde bemessen, in dem der Leistungsbedarf 2007 für antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen Kap. 35.2 um 17,4 % für die EBM₂₀₀₈ Anpassung, um 5,1 % für den Morbiditätsfaktor und um 31,96 % für die EBM₂₀₀₉ Anpassung erhöht wurde. Der so erhöhte Leistungsbedarf wurde mit dem OPW multipliziert.

**Übersicht über die durchschnittlichen Fallzahlen und Fallwerte in Euro je Arztgruppe
- gültig für das 1. Quartal 2009 -**

RLV-Arztgruppen	Ø RLV-Fallzahl je Arzt	Fallwert in Euro je Arzt
Hausärztliche Internisten Praktische-/ Allgemeinärzte	782	37,08
FÄ f. Kinder- und Jugendmedizin	1.050	35,96
Anästhesisten	255	32,31
Augenärzte	1.541	24,10
Chirurgen	775	31,17
Gynäkologen	930	23,02
HNO-Ärzte	1.200	33,57
FÄ f. Phoniatrie und Pädaudiologie	2.134	43,41
Dermatologen	1.549	22,11
Internist/Nephrologie	283	90,64
Internist/Kardiologie	875	65,39
Internist/Pneumologie	1.064	48,69
Internist/Gastroenterologie	824	53,34
Fachärztliche Internisten ohne Schwerpunkt	862	57,18
Internist/Angiologie	1.240	57,50
Internist/Hämatologie	790	56,38
Internist/Rheumatologie	770	44,72
Internist/Endokrinologie	768	32,05
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen	109	9,10
FÄ f. Neurologie und Psychiatrie (Nervenärzte bis 30% Psychoth.-Anteil)	816	60,23
FÄ f. Neurologie und Psychiatrie (Nervenärzte über 30% Psychoth.-Anteil)	43	102,63
FÄ f. Kinder- Jugendpsychiatrie/-psychotherapie (bis 30% Psychoth.-Anteil)	177	164,11
FÄ f. Kinder- Jugendpsychiatrie/-psychotherapie (über 30% Psychoth.-Anteil)	33	82,29
FÄ f. Psychiatrie und Psychotherapie (bis 30% Psychoth.-Anteil)	532	42,23
FÄ f. Psychiatrie und Psychotherapie (über 30% Psychoth.-Anteil)	63	69,32
Neurologen	1.026	40,48
Neurochirurgen	570	94,28
Orthopäden	1.212	41,72
Radiologen - mit CT/MRT	1.064	90,56
Radiologen - mit CT	1.972	42,76
Radiologen - mit MRT	648	130,56
Radiologen - ohne CT/MRT	1.225	37,45
Urologen	1.029	31,33
Nuklearmediziner	1.079	72,37
FÄ f. Physikalisch- Rehabilitative Medizin	166	31,72
FÄ f. Humangenetik	263	422,17

Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen in Minuten - gültig für 1. Quartal 2009 -

Arztgruppe	Kap. 35.2	Sonstige Leistungen	Gesamte zeitbezogene Kapazitätsgrenze
Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	27.090	4.278	31.368
Psychologische Psychotherapeuten	27.090	4.339	31.429
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	27.090	2.608	29.698
ausschließlich psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte	27.090	4.890	31.980

**Übersicht über die durchschnittlichen Fallzahlen und Fallwerte in Euro je Arztgruppe
- gültig für das 2. Quartal 2009 -**

RLV-Arztgruppen	Ø RLV-Fallzahl je Arzt	Fallwert in Euro je Arzt
Hausärztliche Internisten Praktische-/ Allgemeinärzte	758	36,14
FÄ f. Kinder- und Jugendmedizin	1.005	30,15
Anästhesisten	252	28,99
Augenärzte	1.554	21,05
Chirurgen	880	26,17
Gynäkologen	967	20,62
HNO-Ärzte	1.159	30,97
FÄ f. Phoniatrie und Pädaudiologie	2.114	39,01
Dermatologen	1.733	18,20
Internist/Nephrologie	293	72,63
Internist/Kardiologie invasiv	803	66,65
Internist/Pneumologie	1.094	45,87
Internist/Gastroenterologie	940	44,70
fachärztliche Internisten o. Swp.	908	48,20
Internist/Angiologie	1.093	52,02
Internist/Hämatologie	691	57,20
Internist/Rheumatologie	863	39,19
Internist/Endokrinologie	811	32,40
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen	122	14,65
FÄ f. Neurologie und Psychiatrie (Nervenärzte bis 30% Psychoth.-Anteil)	846	58,49
FÄ f. Neurologie und Psychiatrie (Nervenärzte über 30% Psychoth.-Anteil)	51	104,14
FÄ f. Kinder- Jugendpsychiatrie/-psychotherapie (bis 30% Psychoth.-Anteil)	177	156,76
FÄ f. Kinder- Jugendpsychiatrie/-psychotherapie (über 30% Psychoth.-Anteil)	32	76,46
FÄ f. Psychiatrie und Psychotherapie (bis 30% Psychoth.-Anteil)	538	43,89
FÄ f. Psychiatrie und Psychotherapie (über 30% Psychoth.-Anteil)	64	73,82
Neurologen	1.055	49,28
Neurochirurgen	591	87,43
Orthopäden	1.261	37,90
Radiologen - mit CT/MRT	1.162	74,51
Radiologen - mit MRT	675	125,51
Radiologen - ohne CT/MRT	49	56,57
Urologen	1.059	31,50
Nuklearmediziner	963	67,27
FÄ f. Physikalische und rehab. Medizin	85	25,79
FÄ f. Humangenetik	206	432,93

Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen in Minuten - gültig für 2. Quartal 2009 -

Arztgruppe	Kap. 35.2	Sonstige Leistungen	Gesamte zeitbezogene Kapazitätsgrenze
Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	27.090	4.790	31.880
Psychologische Psychotherapeuten	27.090	4.798	31.888
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	27.090	3.468	30.558
ausschließlich psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte	27.090	5.414	32.504

**Übersicht über die durchschnittlichen Fallzahlen und Fallwerte in Euro je Arztgruppe
- gültig für das 3. Quartal 2009 -**

RLV-Arztgruppen	Ø RLV-Fallzahl je Arzt	Fallwert in Euro je Arzt
Hausärztliche Internisten Praktische-/ Allgemeinärzte	758	35,15
FÄ f. Kinder- und Jugendmedizin	955	30,50
Anästhesisten	210	21,24
Augenärzte	1.359	22,64
Chirurgen	800	28,75
Gynäkologen	880	21,71
HNO-Ärzte	1.067	31,10
FÄ f. Phoniatrie und Pädaudiologie	1.858	38,67
Dermatologen	1.581	18,95
Internist/Nephrologie	181	49,60
Internist/Kardiologie invasiv	747	75,52
Internist/Pneumologie	1.016	45,79
Internist/Gastroenterologie	875	50,64
fachärztliche Internisten o. Swp.	888	42,77
Internist/Angiologie	945	51,68
Internist/Hämatologie	576	61,35
Internist/Rheumatologie	801	41,42
Internist/Endokrinologie	866	29,62
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen	105	18,28
FÄ f. Neurologie und Psychiatrie (Nervenärzte bis 30% Psychoth.-Anteil)	830	43,09
FÄ f. Neurologie und Psychiatrie (Nervenärzte über 30% Psychoth.-Anteil)	42	64,74
FÄ f. Kinder- Jugendpsychiatrie/-psychotherapie (bis 30% Psychoth.-Anteil)	172	59,14
FÄ f. Kinder- Jugendpsychiatrie/-psychotherapie (über 30% Psychoth.-Anteil)	26	33,36
FÄ f. Psychiatrie und Psychotherapie (bis 30% Psychoth.-Anteil)	491	27,29
FÄ f. Psychiatrie und Psychotherapie (über 30% Psychoth.-Anteil)	62	54,70
Neurologen	1.009	42,48
Neurochirurgen	580	83,18
Orthopäden	1.204	38,92
Radiologen - mit CT/MRT	1.057	82,05
Radiologen - mit MRT	665	95,68
Radiologen - ohne CT/MRT		
Urologen	1.013	32,06
Nuklearmediziner	863	78,11
FÄ f. Physikalische und rehab. Medizin	119	25,71
FÄ f. Humangenetik	143	480,79

Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen in Minuten - gültig für 3. Quartal 2009 -

Arztgruppe	Kap. 35.2	Sonstige Leistungen	Gesamte zeitbezogene Kapazitätsgrenze
Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	27.090	2.755	29.845
Psychologische Psychotherapeuten	27.090	2.410	29.500
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	27.090	1.868	28.958
ausschließlich psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte	27.090	3.053	30.143