

Erläuterungen zur Umsetzung der Regelleistungsvolumen und zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen in der KVSA

Im Folgenden finden Sie Erläuterungen der für Sie bedeutsamen Regelungen zur Vergütung Ihrer Leistungen im Jahr 2009. Die zugrundeliegenden Regelungen und Beschlüsse finden Sie auf der Homepage der KVSA und auf der dem Deutschen Ärzteblatt Nr.48 beiliegenden CD.

Regionale Gebührenordnung

Die regionale Eurogebührenordnung für ärztliche Leistungen in ihrer jeweils gültigen Fassung weist die Leistungen mit Europreisen aus. Die Europreise ergeben sich, in dem die Bewertung der Leistungen in Punkten des durch den Bewertungsausschuss erlassenen Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) mit dem regionalen Punktwert in Höhe von 3,5001 Cent multipliziert wird.

Die zum 1. Januar 2009 in kraft tretende regionale Gebührenordnung wird Ihnen durch die KVSA im Dezember zugesandt und auf unserer Homepage unter [www.kvsa.de/Mitglieder/Abrechnung/EBM 2009](http://www.kvsa.de/Mitglieder/Abrechnung/EBM_2009) zur Verfügung gestellt.

Grundlagen der Honorarverteilung

Pro Quartal wird für die in Anlage 1 1.1 genannten Arztgruppen ein arztgruppenspezifisches Regelleistungsvolumen (RLV) gebildet.

Für die in Anlage 1 1.2. benannten Arztgruppen wird anstelle der RLV eine zeitbezogene Kapazitätsgrenze je Arzt/Therapeut je Quartal berechnet.

Ärzte der nicht in Anlage 1 genannten Arztgruppen erhalten ihre Leistungen gemäß der Euro-Gebührenordnung ohne mengenbegrenzende Regelungen vergütet.

Gesamthonorar einer Praxis

Das Gesamthonorar einer Praxis besteht aus 5 Komponenten:

1. Vergütung aus dem Regelleistungsvolumen (RLV)
2. Vergütung aus dem Zusatzvolumen
3. Vergütung aus dem abgestaffelten Bereich
4. Vergütung aus Leistungen, die nicht dem RLV unterliegen (z.B. Prävention)
5. Kostenerstattungen (z.B. Wegegeder, Sachkosten).

Regelleistungsvolumen (RLV)

Den Ärzten, die den in der Anlage 1 unter 1.1 genannten Arztgruppen zugeordnet sind, werden unter Berücksichtigung des Umfangs ihrer vertragsärztlichen Tätigkeit arzt- bzw. praxisspezifische Regelleistungsvolumen in Euro für jedes Quartal zugewiesen.

Zur Berechnung der RLV wird quartalsweise ein fachgruppenspezifischer Fallwert auf der Grundlage der durch die Arztgruppe abgerechneten Leistungen des Vorjahresquartals gebildet. Dieser Fallwert der Arztgruppe wird multipliziert mit der RLV-relevanten Arztfallzahl des betreffenden Arztes aus dem jeweiligen Vorjahresquartal. Für Gemeinschaftspraxen/Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinische Versorgungszentren und Einrichtungen nach § 311 SGB V werden im ersten Schritt die RLV je Arzt berechnet. Diese werden durch Addition der einzelnen RLV der Ärzte zu einem RLV der Praxis zusammengerechnet. Maßgeblich für die Vergütung von

Leistungen ist das RLV der Praxis. Für Ärzte, die im Rahmen des Jobsharings, als Weiterbildungs- oder Entlastungsassistent tätig sind, wird kein eigenes RLV berechnet. In fach- und schwerpunktgleichen Praxen bzw. in Praxen mit fach- und schwerpunktgleich angestellten Ärzten erfolgt für die Quartale I/2009 und II/2009 ein Aufschlag in Höhe von 10 % auf das Praxis-RLV (somit auch für Praxen, in denen Ärzte im Rahmen des Jobsharings, als Weiterbildungs- oder Entlastungsassistent tätig sind, soweit die Praxis keine fachübergreifende Tätigkeit ausführt).

Für Ärzte mit einer stark überdurchschnittlichen Fallzahl wird bei der Berechnung des RLV eine Abstufung des Fallwertes vorgenommen, wenn die RLV-relevante Fallzahl des Arztes die RLV-relevante Fallzahl der Arztgruppe je Arzt wie folgt übersteigt:

- bis 150 % der durchschnittlichen RLV-relevanten Fallzahl der Arztgruppe erfolgt keine Abstufung des Fallwertes
- über 150 % bis 170 % der durchschnittlichen RLV-relevanten Fallzahl der Arztgruppe erfolgt eine Minderung des Fallwertes um 25 %
- über 170 % bis 200 % der durchschnittlichen RLV-relevanten Fallzahl der Arztgruppe erfolgt eine Minderung des Fallwertes um 50 %
- über 200 % der durchschnittlichen RLV-relevanten Fallzahl der Arztgruppe erfolgt eine Minderung des Fallwertes um 75 %.

Beispiel.: angenommener arztgruppenspezifischer Fallwert 32 Euro, RLV-relevante Fallzahl Arzt 2.100 Fälle, durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl Arztgruppe 1000 Fälle

- bis zum 1.500. Fall des Arztes wird der Fallwert 32 € zur Berechnung des RLV herangezogen
- vom 1.501. Fall bis zum 1.700. Fall des Arztes wird der Fallwert 24 € zur Berechnung des RLV herangezogen (32 € abzüglich 25 % (8 €) = 24 €)
- vom 1.701 Fall bis zum 2.000. Fall des Arztes wird der Fallwert 16 € zur Berechnung des RLV herangezogen (32 € abzüglich 50 % (16 €) = 16 €)
- vom 2.001 Fall bis zum 2.100. Fall des Arztes wird der Fallwert 8 € zur Berechnung des RLV herangezogen (32 € abzüglich 75 % (24 €) = 8 €).

Die Berechnung des RLV des Arztes anhand der abgestaffelten Fallwerte erfolgt im Beispielsfall wie folgt:

$$1.500 \times 32 \text{ €} + 200 \times 24 \text{ €} + 300 \times 16 \text{ €} + 100 \times 8 \text{ €} = 58.400 \text{ €}.$$

Die Morbidität wird berücksichtigt, indem die Altersstruktur der Patienten des jeweiligen Arztes in Form eines Faktors errechnet wird. Dieser Faktor wird auf das Regelleistungsvolumen des jeweiligen Arztes angewandt. Die Altersklassen orientieren sich an den Altersklassen der Versicherten- bzw. Grundpauschalen und finden folgendermaßen Anwendung:

- bis vollendetem 5. Lebensjahr,
- ab dem 6. bis zum vollendetem 59. Lebensjahr,
- ab dem 60. Lebensjahr.

Die Formel für die Berechnung des Altersklassenfaktors wurde durch den Erweiterten Bewertungsausschuss festgelegt. Durch diese Wichtung des RLV auf der Grundlage des Alters der behandelten Versicherten erhält eine Praxis, die beispielsweise im Vergleich zur Arztgruppe mehr Versicherte über dem 60. Lebensjahr behandelt, ein

entsprechend erhöhtes RLV. Die Vergütung von Leistungen, die innerhalb des für die Praxis festgelegten RLV erbracht werden, erfolgt entsprechend der Eurogebührenordnung. Die darüber hinaus gehenden Leistungen werden zu abgestaffelten Preisen vergütet.

Maßgeblich für die Zuordnung der Leistungen und der Arztfallzahlen sind die ab dem 3. Quartal 2008 verwendeten lebenslangen Arztnummern (LANR).

Die für die RLV des ersten Halbjahres 2009 verwendeten Arztfallzahlen werden durch die in diesem Zeitraum verwendeten Leistungserbringerkennzeichen ermittelt. Für Praxen, die in diesem Zeitraum noch nicht der Kennzeichnungspflicht unterlagen, erfolgt eine Aufteilung der Behandlungsfälle auf die zu berücksichtigenden Ärzte durch Division der RLV-relevanten Fallzahl der Praxis durch die Anzahl der Ärzte der Praxis, unter Beachtung des Umfangs der Tätigkeit.

Für Regelleistungsvolumen relevante Fälle

Für Regelleistungsvolumen relevante Fälle sind kurativ-ambulante Arzt- und Behandlungsfälle gemäß § 21 Abs. 1, Abs. 1b Satz 1 und Abs. 2 BMV-Ä bzw. § 25 Abs. 1, Abs. 1b Satz und Abs. 2 EKV, ausgenommen Notfälle im organisierten Notfalldienst (Muster 19a der Vordruckvereinbarung) und Überweisungsfälle zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen oder zur Befundung von dokumentierten Untersuchungsergebnissen und Fälle, in denen ausschließlich Leistungen und Kostenerstattungen, die nicht dem Regelleistungsvolumen unterliegen, abgerechnet werden.

Zusatzvolumen

Ein Zusatzvolumen wird durch die Multiplikation der kurativ-ambulanten Arztfallzahl des Vorjahresquartals mit dem hinter dem Leistungsbereich ausgewiesenen Betrag berechnet. Wenn die entsprechenden Leistungen im jeweiligen Quartal 2009 erbracht und abgerechnet werden, erfolgt die Bildung des entsprechenden Zusatzvolumens. Es erfolgt keine Vorabinformation der KV über die Höhe der Zusatzvolumen für Ihre Praxis, da nicht bekannt ist, welche dieser Leistungen im entsprechenden Quartal erbracht werden. Eine Antragstellung zur Zuweisung der entsprechenden Zusatzvolumen ist nicht erforderlich, da sich diese aus der Abrechnung des entsprechenden Quartals ergibt und von der KV automatisch erkannt wird. Bis zur Höhe des Zusatzvolumens werden diese Leistungen entsprechend der Eurogebührenordnung vergütet. Das Zusatzvolumen stellt somit eine Obergrenze dar, die mit den entsprechenden Leistungen ausgefüllt werden muss.

hausärztlicher Versorgungsbereich:

Für den hausärztlichen Bereich gibt es für die nachfolgend aufgeführten Leistungsbereiche sogenannte Zusatzvolumen. Die nachfolgenden Leistungen und Leistungsbereiche unterliegen nicht den RLV, sondern werden den Zusatzvolumen zugeordnet.

Nr.	Leistungsbereich	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 RR	03324 bzw. 04324	1,00
7.	Spirometrie	03330 bzw. 04330	1,00
8.	Ergometrie	03321 bzw. 04321	1,50
9.	Chirotherapie	Abschnitt 30.2 EBM	1,00

Die zusätzlichen Honorarvolumen entstehen dann, wenn die Leistung durch den Arzt erbracht und abgerechnet wird, wobei die eventuell erforderlichen Abrechnungsgenehmigungen vorliegen müssen. Die Leistungsbereiche nach 1. und 2. der obigen Übersicht sind nicht mit den anderen Zusatzvolumen verrechnungsfähig. Die Zusatzvolumen nach den o. g. Nrn. 3 bis 9 sind untereinander verrechnungsfähig.

Beispiel:

kurativ-ambulante Arztfallzahl des Vorjahresquartals = 1.000 Fälle, Genehmigung Psychosomatische Grundversorgung liegt vor, 35100 und 35110 werden abgerechnet

Zusatzvolumen Psychosomatik = 1.000 Fälle x 3,00 €/Fall = 3.000 €.

Die abgerechneten EBM-Nrn. 35100 und 35110 werden in das Zusatzvolumen gerechnet und belasten das RLV nicht. Sollten die abgerechneten Leistungen nach den EBM-Nrn. 35100 und 35110 die Höhe des Zusatzvolumens übersteigen und das RLV noch nicht ausgeschöpft sein, so werden die übersteigenden Leistungen mit dem noch vorhandenen Volumen des RLV verrechnet. Sollte keine Verrechnung der Leistungen des Zusatzvolumens möglich sein, erfolgt eine Quotierung des Preises.

Jedoch können bei Überschreitung des RLV nichtausgeschöpfte Zusatzvolumen nicht mit den die RLV übersteigenden Leistungen gefüllt werden.

fachärztlicher Versorgungsbereich:

Für den fachärztlichen Bereich gibt es für Ärzte, die nicht als FA für Nuklearmedizin, FA f. Radiologie, oder FA f. Strahlentherapie niedergelassen bzw. angestellt sind, ein folgendes Zusatzvolumen für den Bereich Teilradiologie.

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

Das Zusatzvolumen entsteht dann, wenn die Abrechnungsgenehmigung vorliegt und die Leistung durch den berechtigten Arzt erbracht und abgerechnet wird. Beispiel:

kurativ-ambulante Arztfallzahl des Vorjahresquartals = 1.000, Genehmigung liegt vor, radiologische Leistungen werden erbracht und abgerechnet

Zusätzliches Honorarvolumen Teilradiologie = 1.000 x 5,00 € = 5.000 €.

Die abgerechneten EBM-Nrn. nach 34210 bis 34282 werden dem Zusatzvolumen zugeordnet und belasten das RLV nicht. Sollten die abgerechneten Leistungen nach den EBM-Nrn. 34210 bis 34282 das Zusatzvolumen übersteigen und das RLV noch nicht ausgeschöpft sein, so werden die übersteigenden Leistungen mit dem noch vorhandenen Volumen des RLV verrechnet.

Jedoch kann bei Überschreitung des RLV das Zusatzvolumen nicht mit den die RLV übersteigenden Leistungen gefüllt werden.

Abgestaffelter Preis

Für die Leistungen die das RLV überschreiten wird ein abgestaffelter Preis gezahlt, der maximal dem Wert der regionalen Gebührenordnung entspricht und in jedem Quartal unterschiedlich hoch sein kann.

Zusammensetzung des möglichen Gesamthonorars, tatsächliche Vergütungshöhe

Das mögliche Gesamthonorar Ihrer Praxis errechnet sich aus der Summe des zur Verfügung stehenden Praxis-RLV, den ggf. zur Verfügung stehenden Zusatzvolumen, den außerhalb der RLV vergüteten Leistungen, den Kostenerstattungen und den abgestaffelten Leistungen, soweit das Praxis-RLV überschritten wird.

Die tatsächliche Höhe des Honorars hängt dagegen davon ab, ob und in welcher Höhe die Praxis die zugewiesenen Praxis-RLV und die Zusatzvolumen tatsächlich durch erbrachte und abgerechnete Leistungen ausschöpft und in welchem Umfang freie Leistungen erbracht und abgerechnet werden. Hinzu kommen die Leistungen, die mit abgestaffelten Preisen vergütet werden, soweit die Praxis-RLV überschritten wurden und entsprechende Kostenerstattungen.

Fallzahlzuordnung bei Neuzulassung und Umwandlung der Kooperationsform

Für Ärzte gemäß Anlage 1 1.1, die die vertragsärztliche Tätigkeit aufnehmen, wird zur Berechnung der RLV über einen Zeitraum von acht Quartalen anstelle der RLV-relevanten Fallzahl des Arztes des Vorjahresquartals die durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl je Arzt der Arztgruppe des jeweiligen Vorjahresquartals verwendet. Im Übrigen gelten die Regelungen zur Berechnung der RLV.

Für Ärzte gemäß Anlage 1 1.1, die die vertragsärztliche Tätigkeit auf- und eine Praxis übernehmen, wird zur Berechnung der RLV über einen Zeitraum von acht Quartalen anstelle der RLV-relevanten Fallzahl des Arztes des Vorjahresquartals die RLV-relevante Fallzahl je Arzt des Vorgängers verwendet. In den ersten vier Quartalen der Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit wird die RLV-relevante Fallzahl je Arzt des Vorgängers des Vorjahresquartals, im 2. Jahr der Tätigkeit wird die RLV-relevante Fallzahl je Arzt des Vorgängers des Vorvorjahresquartals verwendet, soweit dessen Fallzahl im jeweiligen Vorjahresquartal bzw. Vorvorjahresquartal die durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl der Arztgruppe im entsprechenden Quartal übersteigt. Unterschreitet die Fallzahl des Vorgängers die durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl je Arzt der Arztgruppe des Vorjahresquartals bzw. Vorvorjahresquartal, wird die jeweilige durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl je Arzt der Arztgruppe des entsprechenden Quartals verwendet. Im Übrigen gelten die Regelungen zur Berechnung der RLV.

Die Berechnung der Fallzahlen für die Zusatzvolumen erfolgt entsprechend mit den jeweiligen kurativ-ambulanten Fallzahlen des Arztes bzw. der Arztgruppe.

Für ermächtigte Ärzte/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen, die die Tätigkeit aufnehmen oder bei denen der Ermächtigungsumfang wesentlich verändert wurde, wird zur Berechnung der RLV über einen Zeitraum von vier Quartalen anstelle der RLV-relevanten Fallzahl des Arztes des Vorjahresquartals die tatsächliche RLV-relevante Fallzahl des Arztes des jeweiligen Abrechnungsquartals verwendet. Im Übrigen gelten die Regelungen zur Berechnung der RLV.

Auf Antrag des Arztes gemäß Anlage 1 1.1 und nach Genehmigung durch die KVSA kann auf die Anfängerregelung insoweit verzichtet werden, als anstelle der durchschnittlichen RLV-relevanten Fallzahl der Arztgruppe je Arzt des Vorjahresquartals oder die des Vorgängers herangezogene RLV-relevante Fallzahl die tatsächliche RLV-

relevante Fallzahl des Arztes verwendet wird. Diese Regelung gilt maximal für acht Quartale ab Beginn der vertragsärztlichen Tätigkeit. Im Übrigen gelten die Regelungen zur Berechnung der RLV.

Kriterien zur Ausnahme von der Abstufung

Bei außergewöhnlich starken Erhöhungen der RLV-relevanten Fallzahlen können auf Antrag des Arztes und nach Genehmigung durch die KVSA Ausnahmen von der Abstufung der Preise nach der Eurogebührenordnung gewährt werden.

Der Antrag ist unter Vorlage entsprechender Nachweise besonders zu begründen. Die KVSA zieht die ihr vorliegenden Nachweise wie Sammelerklärung, Abwesenheitsmitteilung, Krankheitsmeldung, Nachweis von Mutterschutzzeiten, Beschlüsse des Zulassungsausschusses u. Ä. zur Prüfung des Antrags entsprechend heran.

Eine außergewöhnlich starke Erhöhung der Zahl der behandelten Versicherten liegt vor aufgrund

a) urlaubsbedingter Vertretung,
wenn die Gesamtfallzahl im aktuellen Quartal die Gesamtfallzahl des Vorjahresquartals um mehr als 20 % übersteigt

b) krankheitsbedingter Vertretung

wenn die Gesamtfallzahl im aktuellen Quartal die Gesamtfallzahl des Vorjahresquartals um mehr als 15 % übersteigt.

Der Antragsteller muss den/die zu vertretenden Arzt/Ärzte benennen. Die für das RLV zugrunde zu legende Fallzahl des Antragstellers ist um die in Punkt a) bzw. b) übersteigende Fallzahl zu erhöhen.

c) der Aufgabe oder des Ruhens einer Zulassung oder genehmigten Tätigkeit mit gleichem oder ähnlichem Versorgungsauftrag in der näheren Umgebung des Antragstellers, wenn die Fallzahl des Antragstellers im aktuellen Quartal die Fallzahlen des entsprechenden Vorjahresquartals um mehr als 10 % übersteigt.

Liegen diese Voraussetzungen vor, erhält der antragstellende Arzt die über 110 % des Vorjahresquartals liegende Fallzahl anerkannt.

d) eines außergewöhnlichen und/oder durch den Arzt unverschuldeten Grundes, der zu einer niedrigeren Fallzahl des Arztes im Aufsatzquartal geführt hat. Hierzu zählt z. B. Krankheit des Arztes.

Es erfolgt eine Überprüfung der Fallzahlentwicklung und der vorgetragenen Gründe:

Als Gründe für eine längere Abwesenheit oder eingeschränkte Praxistätigkeit kommen Krankheit mit einer Dauer von mehr als 10 Arbeitstagen, Schwangerschaft, Mutterschutz und andere nachvollziehbare Ursachen in Betracht. Voraussetzung einer Entscheidung in diesen aufgeführten Fällen ist, dass geeignete Nachweise durch den Antragsteller erbracht werden. Bei Verringerung der Praxistätigkeit ist der eingeschränkte Umfang der Sprechstunden nachzuweisen.

Berücksichtigung findet auch eine Fallzahlsteigerung infolge einer erstmaligen Genehmigung für Hausärzte zur Erbringung von fachärztlichen Leistungen aus Sicherstellungsgründen. Für die Entscheidung heranzuziehen ist der aktuelle Beschluss des Zulassungsausschusses. Ausgenommen sind die Leistungen des Hausarztes, die nicht dem RLV unterliegen oder über Fallwertzuschläge vergütet werden.

Die Anpassung der sich daraus ergebenden Fallzahl erfolgt längstens für den Zeitraum von vier Quartalen.

Durch die Erhöhung der Fallzahl erhöht sich rückwirkend für das jeweilige Quartal das RLV und damit die Anzahl der Leistungen, die mit den Beträgen der Eurogebührenordnung und nicht mit den abgestaffelten Preisen vergütet werden.

Praxisbesonderheiten

Die Feststellung, ob im Einzelfall Praxisbesonderheiten vorliegen, erfolgt auf Antrag des Arztes und nach Genehmigung durch die KVSA für einen befristeten Zeitraum unter Berücksichtigung einer Überprüfung der Fallzahlentwicklung.

Es erfolgt eine Überprüfung der Praxisbesonderheiten hinsichtlich eines besonderen Versorgungsauftrages oder einer besonderen, für die Versorgung bedeutsamen fachlichen Spezialisierung, wenn zusätzlich eine aus den Praxisbesonderheiten resultierende Überschreitung des durchschnittlichen Fallwertes der Arztgruppe von mindestens 30 % vorliegt, soweit bei dem Arzt bisher keine Unwirtschaftlichkeit festgestellt wurde.

Im Einzelfall erfolgt eine Überprüfung der vorgetragenen Sachverhalte unter Hinzuziehung geeigneter Unterlagen, z. B. Beschluss des Zulassungsausschusses, Genehmigung für Hausärzte zur Erbringung von fachärztlichen Leistungen aus Sicherstellungsgründen, davon ausgenommen sind die Leistungen des Hausarztes die nicht dem RLV unterliegen oder über Fallwertzuschläge vergütet werden.

Der arztgruppenspezifische Fallwert des Arztes wird um 50 % des den arztgruppenspezifischen Fallwertes übersteigenden Betrages erhöht.

Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten

Verringert sich das Honorar einer Arztpraxis in den Quartalen des Jahres 2009 um mehr als 15 % gegenüber dem jeweiligen Vorjahresquartal, kann die KVSA auf Antrag des Arztes quartalsbezogene Ausgleichszahlungen bis maximal 85 % des Honorars des Vorjahresquartals an die Arztpraxis leisten, sofern die Honorarminderung aus der Umstellung der Mengensteuerung auf die neue Systematik resultiert oder dadurch begründet ist, dass die Partner der Gesamtverträge bisherige Regelungen zu den sogenannten extrabudgetären Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen nicht fortgeführt haben. Der Zulassungsstatus muss in den Vergleichsquartalen identisch sein.

Für den Vergleich unberücksichtigt bleiben Gründe, die im Leistungsverhalten des Arztes oder durch den Wegfall von Leistungen/Leistungsbereichen begründet sind und somit nicht unmittelbar aus der Umstellung der Mengensteuerung auf die neue Systematik resultieren. Unberücksichtigt bleiben demnach z. B. Kosten gemäß Kapitel 32 und 40.

Leistungen außerhalb des Regelleistungsvolumens

Die in der Anlage 2 aufgeführten Leistungen unterliegen entsprechend den jeweiligen Versorgungsbereichen nicht den RLV und werden mit den Beträgen gemäß der regionalen Eurogebührenordnung vergütet.

Die Vergütung der Leistungen des Mammographiescreenings erfolgt in Sachsen-Anhalt mit einem Punktwert von 3,6001 Cent. Die in der regionalen Eurogebührenordnung für Sachsen-Anhalt ausgewiesenen Eurobeträge beinhalten bereits den erhöhten Orientierungswert, so dass die bisherige Vergütungshöhe beibehalten wird.

Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen

Ärzte und Therapeuten die den in der Anlage 1 1.2 genannten Arztgruppen zugeordnet sind, erhalten zeitbezogene Kapazitätsgrenzen. Für jede erbrachte Leistung des jeweiligen Arztes/Therapeuten der genannten Arztgruppen wird die in Anhang 3 des EBM aufgeführte Prüfzeit herangezogen und addiert.

Bsp.: Probatorische Sitzung, EBM-Nr. 35150 x 5, Prüfzeit aus Anhang 3 EBM á 70 min. = 350 Minuten;

Analytische Psychotherapie, Einzelbehandlung, EBM-Nr. 35210 x 40, Prüfzeit aus Anhang 3 EBM á 70 min = 2800 Minuten.

Den so ermittelten Zeiten für die abgerechneten Leistungen werden Kapazitätsgrenzen je Arzt/Therapeut gegenüber gestellt, die in Minuten ausgewiesen sind. Die Kapazitätsgrenzen werden folgendermaßen ermittelt:

1. für die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen werden pro Quartal 27.090 Minuten zugewiesen. Dieser Betrag ist bundeseinheitlich festgelegt und geht von dem Zeitbedarf eines voll ausgelasteten psychotherapeutischen Arzt/Therapeut aus,
2. für die übrigen erbrachten und somit nicht antragspflichtigen Leistungen für die im Anhang 3 Prüfzeiten hinterlegt sind, werden für die jeweilige Arztgruppe Durchschnittswerte der insgesamt in der Arztgruppe abgerechneten Prüfzeiten berechnet und dem jeweiligen Arzt/Therapeuten zugewiesen.

Die zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen des Arztes/Therapeuten bilden sich aus der Summe der Zeiten aus 1. und 2., so dass der Arzt/Therapeut die Möglichkeit hat, die Kapazitätsgrenzen entweder mit mehr antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen oder, wie oft in der Anfangsphase, mit mehr nicht antragspflichtigen Leistungen zu füllen. Bei Bildung einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) zwischen Ärzten/Therapeuten der in Anlage 1 1.2 genannten Arztgruppen werden die zKG der beteiligten Ärzte/Therapeuten nicht zusammengerechnet. Die erbrachten und abgerechneten Leistungen werden je Arzt/Therapeut gesondert den jeweiligen zKG des Arztes/Therapeuten gegenübergestellt.

Bis zur Höhe der zKG werden die erbrachten Leistungen mit dem im EBM festgelegten Eurobetrag vergütet. Bis zur 1,5fachen Überschreitung der zKG werden die Leistungen mit dem quotierten Betrag vergütet, darüber hinaus erbrachte Leistungen werden nicht vergütet. Überschreitungen der zKG eines Arztes/Therapeuten können in einer BAG zwischen Ärzten/Therapeuten der in Anlage 1 1.2 genannten Arztgruppen nicht mit freien zKG der weiteren Ärzte/Therapeuten der BAG verrechnet werden.

Der Umfang der Tätigkeit wird bei der Berechnung der Kapazitätsgrenzen berücksichtigt. Aufgrund der Beschaffenheit der zKG und der damit verbundenen Beschlusslage gibt es keine Anfänger- und Ausnahmeregelungen.

Die Zuordnung zur Arztgruppe der ausschließlich psychotherapeutisch Tätigen orientiert sich an den Vorgaben der Bedarfsplanung. Demnach muss der Anteil der Leistungen des Abschnitts 35.1 mit Ausnahme der Nr. 35100 und 35110, der Leistungen des Abschnitts 35.2 und 35.3 des EBM im Durchschnitt der letzten 4 Quartale mindestens 90 % der Gesamtleistungsmenge betragen. Ist dieses Kriterium erfüllt, gilt die Einstufung für die nächsten 4 Quartale.

Das mögliche Honorar eines Arztes/Therapeuten nach den zKG errechnet sich aus der Summe der dem jeweiligen Arzt/Therapeuten zustehenden zKG und den extrabudgetär vergüteten Leistungen.

Die tatsächliche Höhe des Honorars eines Arztes/Therapeuten hängt dagegen davon ab, ob und in welcher Höhe der Arzt/Therapeut die zugewiesenen zKG durch erbrachte und abgerechnete Leistungen ausschöpft und in welchem Umfang gegebenenfalls freie Leistungen erbracht und abgerechnet werden. Hinzu kommen die Leistungen, die mit abgestaffelten Preisen vergütet werden, soweit die zKG überschritten wurden.

Anlage 1 Arztgruppen

1.1 Arztgruppen RLV

FÄ für Innere Medizin und Allgemeinmedizin, FÄ für Innere Medizin (hausärztlich tätig), FÄ f. Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte

Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag der hausärztlich Inneren und Allgemeinmedizin

FÄ für Kinderheilkunde

Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Kinderheilkunde

FÄ für Anästhesie mit schmerztherapeutischen Leistungen

FÄ für Anästhesie mit Narkoseleistungen

FÄ für Anästhesie mit schmerztherapeutischen und Narkoseleistungen

Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Anästhesie

FÄ für Augenheilkunde

Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Augenheilkunde

FÄ für Chirurgie ohne SP* bzw. hier nicht gesondert aufgeführtem SP*, FÄ für plastische Chirurgie, FÄ für Kinderchirurgie

FÄ für Chirurgie mit SP* Gefäßchirurgie u. / o. SP* Phlebologie

Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Chirurgie, Plastische Chirurgie, Kinderchirurgie

FÄ für MKG - Chirurgie

Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag MKG-Chirurgie

FÄ für Neurochirurgie

Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Neurochirurgie

FÄ für Gynäkologie

Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Gynäkologie

FÄ für HNO/FÄ für Phoniatrie und Pädaudiologie ohne Zusatzbezeichnung bzw. hier nicht gesondert aufgeführter Zusatzbezeichnung

FÄ für HNO/FÄ für Phoniatrie und Pädaudiologie mit Zusatzbezeichnung Allergologie

Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag HNO-Heilkunde und/oder Phoniatrie und Pädaudiologie

FÄ für Dermatologie mit Zusatzbezeichnung Phlebologie

FÄ für Dermatologie ohne Zusatzbezeichnung bzw. hier nicht gesondert aufgeführter Zusatzbezeichnung

Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Dermatologie

FÄ für Innere Med. (fachärztl. tätig) ohne SP* bzw. hier nicht gesondert aufgeführt. SP*

FÄ für Innere Medizin mit SP* Angiologie

FÄ für Innere Medizin mit SP* Endokrinologie

FÄ für Innere Medizin mit SP* Gastroenterologie

FÄ für Innere Medizin mit SP* Kardiologie (nicht invasiv tätig)

FÄ für Innere Medizin mit SP* Kardiologie (invasiv tätig)

FÄ für Innere Medizin mit SP* Nephrologie

FÄ für Innere Medizin mit SP* Pneumologie (nicht invasiv tätig)

FÄ für Innere Medizin mit SP* Pneumologie (invasiv tätig)

FÄ für Innere Medizin mit SP* Rheumatologie

1.1 Arztgruppen RLV	
FÄ für Innere Medizin mit SP* Hämatologie u./o. SP* Onkologie	
Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag fachärztliche Innere Medizin	
FÄ für Nervenheilkunde (ohne PT**)	
Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Nervenheilkunde und/oder Neurologie und Psychiatrie	
FÄ für Neurologie	
Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Neurologie	
FÄ für Kinder- und Jugendpsychiatrie (mit und ohne PT**)	
Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Kinder- und Jugendpsychiatrie	
FÄ für Nervenheilkunde (mit PT**), Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie mit einem Anteil an Leistungen der Richtlinien-Psychotherapie im Vorjahresquartal von höchstens 30%	
FÄ für Nervenheilkunde (mit PT**), Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie mit einem Anteil an Leistungen der Richtlinien-Psychotherapie im Vorjahresquartal von mehr als 30% bis 90 %	
Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Psychiatrie	
FÄ für Orthopädie	
Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Orthopädie	
FÄ für Radiologie (Konventionell)	
FÄ für Radiologie (Konventionell und CT)	
FÄ für Radiologie (Konventionell und MRT)	
FÄ für Radiologie (Konventionell und CT und MRT)	
Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Radiologie	
FÄ für Nuklearmedizin	
Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Nuklearmedizin	
FÄ für Urologie	
Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Urologie	
FÄ für Physikalische Rehabilitative Medizin	
Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Physikalische Rehabilitative Medizin	
FÄ für Humangenetik	
Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Humangenetik	
Ausschließlich schmerztherapeutisch tätige Vertragsärzte gemäß Qualitätssicherungsvereinbarung***	
Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag der ausschließlichen schmerztherapeutischen Tätigkeit gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung	

1.2 zeitbezogene Kapazitätsgrenzen

Psychologische Psychotherapeuten

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

andere ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte gemäß den Kriterien der
Bedarfsplanungsrichtlinie

Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen oder ermächtigte psychologische
Psychotherapeuten mit dem Versorgungsauftrag zur ausschließlichen psychotherapeutischen Tätigkeit

* SP = Schwerpunkt

** PT = Psychotherapie

*** Als ausschließlich schmerztherapeutisch tätige Ärzte gelten die Ärzte, die die
Berechtigung haben, die Leistungen des Abschnitts 30.7.1 des EBM zur Versorgung
chronisch schmerzkranker Patienten zu erbringen. Darüber hinaus sind regelmäßig
mindestens 150 chronisch schmerzkranken Patienten im Quartal zu betreuen. Der Anteil der
schmerztherapeutisch behandelten Patienten an der Gesamtzahl der Patienten muss
mindestens 75 % betragen. Die für die Berechnung der EBM-Nrn. 30702 und/oder 30704
festgelegte Fallzahl findet Anwendung.

Anlage 2

Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen, die dem RLV nicht unterliegen:

- Leistungen aus Sonderverträgen der KV Sachsen-Anhalt bzw. der KV Management Gesellschaft mbH, die in der Liste der KV-eigenen Leistungen enthalten sind, z. B. DMP, HZV, Impfleistungen

- Belegärztliche (kurativ-stationäre) Leistungen (Leistungen des Kapitels 36, die Gebührenordnungspositionen 13311, 17370 und belegärztliche Geburtshilfe),

- Leistungen des Kapitels 31 sowie die Gebührenordnungspositionen 13421 bis 13431 sowie 04514, 04515, 04518 und 04520,

- Leistungen der Abschnitte 1.7.1 bis 1.7.4,

- Durchführung von Vakuumstanzbiopsien (01759, 34274),

- Auswertung Langzeit-EKG als Auftragsleistung (Definitions- oder Indikationsauftrag) (GOP 03241, 04241, 13253 und 27323)

- Zusatzpauschalen zur Behandlung von Transplantationsträgern (GOP 04523, 04525, 04527, 04537, 13437, 13438, 13439, 13677)

- Strahlentherapie (Kapitel 25),

- Leistungen der künstlichen Befruchtung gem. Bundesempfehlung,

- die Substitutionsbehandlung (01950 bis 01952),

- Besondere Inanspruchnahme (GOP 01100 bis 01102),

- Leistungen im organisierten Notfalldienst und im Notfall für nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser,

- Dringende Besuche (GOP 01411, 01412, 01415),

- Leistungen des Abschnitts 30.7.1 zur Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten, durch nicht ausschließlich schmerztherapeutisch tätige Ärzte,

- Akupunktur des Abschnitts 30.7.3,

- Laboratoriumsmedizinische Untersuchungen des Kapitels 32,

- Kostenpauschalen des Kapitels 40,

Leistungen des Abschnitts 35.2

sowie zusätzlich im fachärztlichen Versorgungsbereich:

- Ambulante praxisklinische Betreuung und Nachsorge (GOP 01510 bis 01531),

- Leistungen der Empfängnisregelung, Sterilisation und im Rahmen von Schwangerschaftsabbrüchen der Abschnitte 1.7.5 bis 1.7.7,

- Behandlung von Naevi Flammei und Hämangiomen (GOP 10320 bis 10324),

- Laborkonsiliarpauschale und Laborgrundpauschale (GOP 12210 und 12225)
- Histologie, Zytologie (GOP 19310 bis 19312, 19331),
- ESWL (GOP 26330),
- Polysomnographie (GOP 30901),

MRT-Angiographie des Abschnitts 34.4.7.

im Rahmen von Zusatzvolumen zu vergütende und nicht den RLV unterliegende Leistungen im hausärztlichen Versorgungsbereich:

Sonographie	33000 bis 33002, 33010 bis 33012, 33040 bis 33044, 33050 bis 33052, 33060 bis 33062, 33076, 33080, 33081, 33090 bis 33092
Psychosomatik	35100 und 35110
Prokto-/Rektoskopie	03331 bzw. 04331
Kleinchirurgie	02300 bis 02302
Langzeit-EKG	03322 bzw. 04322
Langzeit RR	03324 bzw. 04324
Spirometrie	03330 bzw. 04330
Ergometrie	03321 bzw. 04321
Chirotherapie	Abschnitt 30.2 EBM

im Rahmen von Zusatzvolumen zu vergütende und nicht den RLV unterliegende Leistungen im fachärztlichen Versorgungsbereich mit Ausnahme Fachgruppe Radiologie, Nuklearmedizin, Strahlentherapie:

Diagnostische Radiologie	34210 bis 34282
--------------------------	-----------------