



KVBB
Kassenärztliche Vereinigung
Brandenburg



Kassenärztliche Vereinigung
Brandenburg

Landesgeschäftsstelle
Gregor-Mendel-Str. 10/11
14469 Potsdam
www.kvbb.de

Honorarreform

Serviceteil mit allen Regeln und Neuerungen
zur Honorarverteilung ab 1. Juli 2010



Honorarreform

**Serviceteil mit allen Regeln und Neuerungen
 zur Honorarverteilung ab 1. Juli 2010**

1. Honorarverteilung ab 1. Juli 2010 – Änderungen	6
2. Vergütung ärztlicher Leistungen	8
2.1 Basis der Abrechnung: die Euro-Gebührenordnung	8
2.2 Gesamtvergütung	8
2.2.1 Komponenten der Gesamtvergütung	8
2.2.2 Diagnosekodierung als Voraussetzung für die Bewertung und Erfassung der Morbidität	10
2.3 RLV und QZV als Honorarvolumen für die Praxis	12
2.3.1 Arzt- und praxisbezogene Regelleistungsvolumen	13
2.3.2 Berechnung des arztindividuellen Regelleistungsvolumens	13
2.3.3 Vergütung der RLV-Leistungen mit festen Preisen	18
2.3.4 RLV-Besonderheiten für Arztgruppen mit einer für die Versorgung bedeutsamen fachlichen Spezialisierung	18
2.3.5 RLV-Besonderheiten für die Arztgruppen Diagnostische Radiologie und Nuklearmedizin	18
2.3.6 RLV-Besonderheiten für Berufsausübungsgemeinschaften, MVZ & Einrichtungen nach § 311 (2) SGB V	20
2.4 Die qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV)	21
2.4.1 Voraussetzungen für die Zuteilung der QZV	21
2.4.2 Berechnung des arztindividuellen QZV	22
2.5 Leistungen zusätzlich zum Regelleistungsvolumen	24
2.5.1 Bildung von Honorarfonds	24
2.5.2 Außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung bezahlte Leistungen	26
2.5.3 Zusatzpunktwerte	28
2.6 Sonstige Regelungen	29
2.6.1 Fallzahlzuwachsbegrenzung	29
2.6.2 RLV und QZV bei Neuzulassung bzw. Neuerwerb der Qualifikationsvoraussetzungen	29
2.6.3 Praxisbesonderheiten	30
2.6.4 Vergütung psychotherapeutischer Leistungen	31
2.6.4.1 Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen	31
2.6.4.2 Ermittlung und Festsetzung der Kapazitätsgrenzen	31
Anhang 1 Qualifikationsgebundene Zusatzvolumen	32

1. Honorarverteilung ab 1. Juli 2010 - Änderungen

Zum 1. Juli 2010 treten Änderungen zur vertragsärztlichen Vergütung in Kraft, welche sich vorrangig auf die Verteilung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) beziehen. Ein wesentliches Element ist die weitestgehende Gleichstellung aller innerhalb der MGV finanzierten Leistungen. Das bedeutet, dass die bislang innerhalb der MGV finanzierten sogenannten „freien Leistungen“ zukünftig einer Mengensteuerung unterzogen werden. Dies wird zum einen über die Einführung von spezifischen Honorarfonds, im Wesentlichen aber über die Einführung der sogenannten qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV) erreicht. Nicht betroffen sind Kostenpauschalen und alle außerhalb der MGV von den Krankenkassen finanzierten Leistungen, wie Früherkennungsuntersuchungen und ambulante Operationen. Diese werden weiterhin unbegrenzt zum vollen Preis nach Euro-Gebührenordnung vergütet. Ziel der Neuregelung auf Bundesebene war es, die Regelleistungsvolumen (RLV) zu stabilisieren und eine unter anderem durch die Zunahme der „freien Leistungen“ verursachte Absenkung der RLV-Fallwerte zu verhindern. Die Regelung soll vor allem Ärzten zugute kommen, die die Basisversorgung abdecken, aber nur wenige Leistungen außerhalb des RLV erbringen.

Da in Brandenburg die Dynamik der freien Leistungen bisher nicht so stark ausgeprägt war, wird die Entwicklung der Fallwerte weiterhin maßgeblich von anderen Effekten bestimmt. Zu diesen zählen unter anderem die Entwicklung der Versicherten- und der Fallzahlen.

Die bisherigen Fallwertzuschläge werden abgelöst. Stattdessen erhalten die Ärzte pro Quartal sogenannte qualifikationsgebundene Zusatzvolumen, welche einer landesspezifischen Gestaltung unterliegen. Die QZV setzen sich aus folgenden Leistungen zusammen:

- ehemals „freie Leistungen“, die bis zum 30.06.2010 aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, aber außerhalb der RLV ohne Mengenbegrenzung vergütet wurden,
- Leistungen, für die es bis zum II. Quartal 2010 Fallwertzuschläge gab,
- aber auch Leistungen, die bisher innerhalb der RLV vergütet wurden, und nur von einem Teil der Ärzte der jeweiligen Arztgruppe erbracht werden - also eine Besonderheit darstellen.

Nach dem Beschluss des Bewertungsausschusses sind RLV und QZV „gleichrangig“ zu vergüten. Es besteht eine volle beidseitige Verrechnungsfähigkeit.

Das ärztliche Honorar besteht ab 1. Juli 2010 aus folgenden Bestandteilen:

Vier Honorarbestandteile	Vergütung
1. Honorar für Leistungen aus dem Regelleistungsvolumen (RLV) und ggf. den qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV)	zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung
2. Honorar für RLV- und QZV-Leistungen, die die Mengengrenze überschreiten	zu abgestaffelten Preisen (floatender PW)
3. Honorar für Leistungen, die außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung ohne Mengenbegrenzung bezahlt werden (z. B. Präventionen)	zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung
4. ggf. Honorar aus Vorwegabzügen (Honorarfonds) z.B. Ärztlicher Bereitschaftsdienst	zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung ggf. quotiert oder wie bisher Dienstpauschalen

2. Vergütung ärztlicher Leistungen

2.1 Basis der Abrechnung: die Euro-Gebührenordnung

Grundlage für die Abrechnung ist der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM). Er enthält alle Leistungen, die Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) abrechnen können. Seit dem 1. Januar 2009 gibt es eine Euro-Gebührenordnung. Die Preise ergeben sich aus der Punktmenge, mit der die jeweilige Leistung bewertet ist, multipliziert mit dem Orientierungspunktwert. Der Erweiterte Bewertungsausschuss hat diesen Orientierungspunktwert für das Jahr 2010 mit 3,5048 Cent festgelegt. Dieser Punktwert gilt für alle Kasernenarten und Fachgruppen bundesweit einheitlich. Des Weiteren konnten in Brandenburg für einzelne, unter Punkt 2.5.3 dargestellte Leistungen Zusatzpunktwerte vereinbart werden.

2.2 Gesamtvergütung

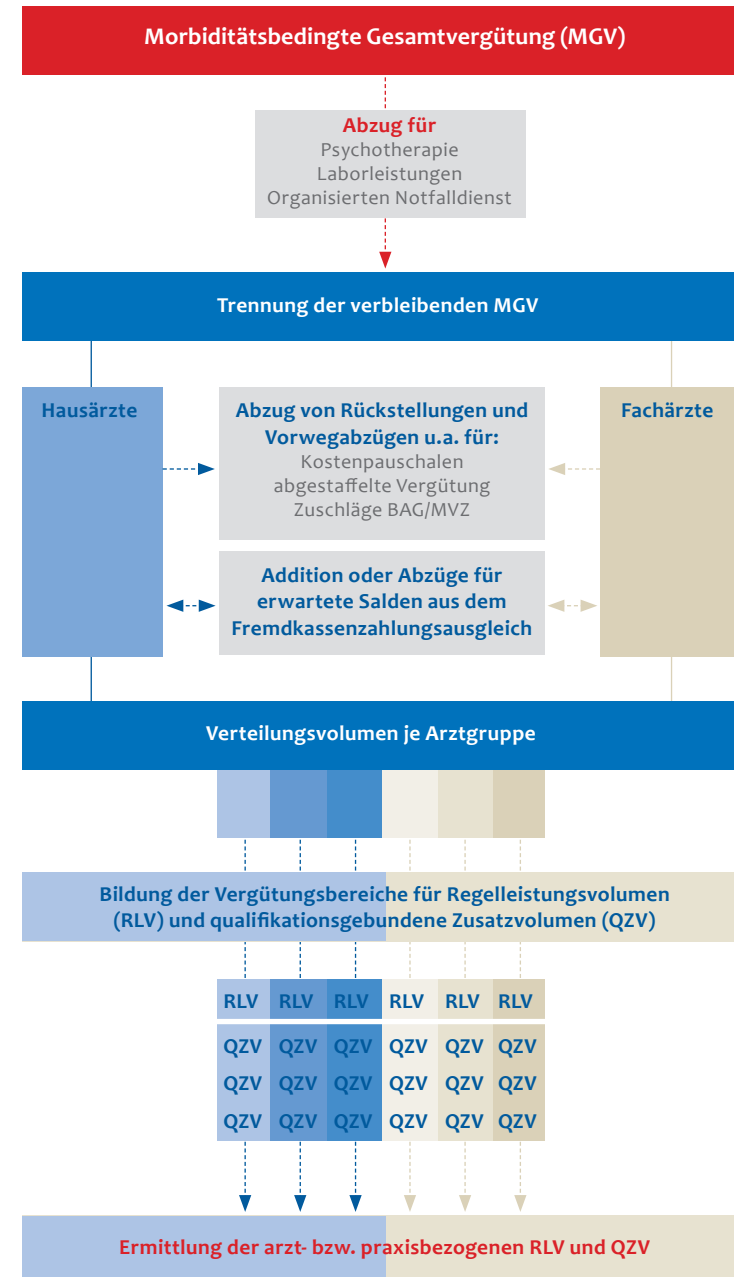
2.2.1 Komponenten der Gesamtvergütung

Zur Finanzierung der vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Leistungen wird die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung von den Krankenkassen gezahlt.

Einen weiteren Baustein der Gesamtvergütung bilden Leistungen, die die Krankenkassen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und damit auch außerhalb der Regelleistungsvolumen bzw. der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen vergüten (z. B. Vorsorgeleistungen).

Die MGV gliedert sich in die sogenannte vorhersehbare morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, deren Höhe sich nach dem Behandlungsbedarf der Versicherten einer Krankenkasse richtet. Aus ihr werden die meisten ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen bezahlt.

Andererseits kann ein möglicher nicht vorhersehbarer Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs als zusätzlicher Bestandteil hinzukommen. Dieser muss jedoch nachträglich verhandelt werden.



Die Bedingungen hierfür sind äußerst restriktiv: als nicht vorhersehbarer Anstieg gelten z. B. Epidemien, Seuchen oder Katastrophensituationen, die mindestens zwei Prozent der Gesamtbevölkerung betreffen.

Die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung wird nach den neuen Vorgaben dauerhaft nach einem bundeseinheitlichen Verfahren zur Trennung in ein hausärztliches und in ein fachärztliches Verteilungsvolumen aufgeteilt. Dadurch soll vermieden werden, dass sich Leistungsausweitungen in einem Versorgungsbereich zu Lasten des anderen Versorgungsbereiches auswirken.

Beide Honorarbereiche können künftig getrennt weiterentwickelt werden. Die Trennung der Vergütung in den hausärztlichen und den fachärztlichen Versorgungsbereich geht auf die Initiative des Gesetzgebers im Jahr 2000 zurück.

2.2.2 Diagnosekodierung als Voraussetzung für die Bewertung und Erfassung der Morbidität

Bei der Weiterentwicklung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nimmt die vollständige und korrekte Kodierung von Diagnosen enorm an Bedeutung zu. Gleiches gilt für Prozeduren nach dem OPS-Schlüssel. Als Datengrundlage der morbiditätsorientierten Vergütungsstruktur werden die in den Verhandlungen mit den Krankenkassen als verbindliche Basis vereinbarten Abrechnungsdaten herangezogen.

Nach der aktuell geltenden Fassung des § 295 SGB V sind von den ambulant tätigen Vertragsärzten **Diagnosen** nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten in der jeweiligen vom DIMDI herausgegebenen Fassung (derzeit ICD 10) zu verschlüsseln.

Dabei sind von Vertragsärzten zu kennzeichnen:

- Haupt- und Nebendiagnosen
- Seitenlokalisation (R, L, B)
- Zusatzkennzeichen (A, G, V, Z)
- Schlüsselnummern mit „*“ oder „!“ dürfen ausschließlich als Sekundärcodes, d.h. zusätzlich zu einer Schlüsselnummer verwendet werden.

In der ambulanten Versorgung kann derzeit auf die fünfstellige Verschlüsselung verzichtet werden:

- in der hausärztlichen Versorgung
- im Ärztlichen Bereitschaftsdienst
- in der fachärztlichen Versorgung für Diagnosen außerhalb des Fachgebietes.

Ausschließlich auf Überweisung tätige Ärzte sind für ihre Auftragsfälle von der Verschlüsselungspflicht ausgenommen (Ersatzschlüsselnummer UUU), dies betrifft z.B. Laborärzte, Pathologen, Radiologen und Nuklearmediziner.

Generell empfehlen wir jedoch allen Vertragsärzten die terminalen Schlüsselnummern, also die am weitesten unterteilten, spezifischen Codes, zu verwenden.

Für die Höhe der zukünftigen MGV wird aller Voraussicht nach ein Klassifikationsverfahren zur Messung der Morbidität der Versicherten herangezogen, welches strukturell dem bereits ab 2009 im Zusammenhang mit dem Gesundheitsfonds eingesetzten Verfahren gleicht. Hierbei ist u. a. das **M2Q-Kriterium** (mindestens 2 entsprechende Diagnosen in 2 Quartalen des Jahres) von Bedeutung. Des Weiteren können Sie durch das Setzen der Diagnosen bereits heute Ihre Praxisbesonderheiten besser darstellen (z.B. im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung).



Die Kodierrichtlinien werden mit Wirkung ab dem 1. Januar 2011 flächendeckend bundesweit in Kraft gesetzt und sind dann verbindlich. Die Praxisabläufe darauf einzustellen wird daher dringend empfohlen.

2.3 RLV und QZV als Honorarvolumen für die Praxis

Der überwiegende Anteil der Leistungen, die Vertragsärzte zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherungen erbringen, wird aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung honoriert.

Werden mehr Leistungen als im Vorjahresquartal erbracht, ohne dass es sich dabei um unvorhergesehenen Behandlungsbedarf handelt, stellen die Krankenkassen nicht mehr Geld zur Verfügung.

Um zu verhindern, dass eine ungebremste Leistungsausdehnung zu einer Absenkung der Fallwerte führt, wird jedem Arzt ein Volumen je Quartal zugeteilt.

Dieses Volumen besteht aus dem einer Arztpraxis zugewiesenen fallzahlabhängigen Regelleistungsvolumen (RLV) und den qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV), die sich neben der Fallzahl an der Leistungsmenge der Praxis im Vorjahresquartal orientieren.

Die Vergütung innerhalb des Volumens erfolgt zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung. Die das RLV und die QZV überschreitenden Leistungen werden mit abgestaffelten Preisen vergütet.

Innerhalb des Volumens existiert eine hohe Flexibilität im Hinblick auf die Möglichkeit der Verrechnung mit nicht ausgeschöpften Volumina. Schöpft eine Praxis ihr RLV nicht aus, können mehr Leistungen eines bereits ausgeschöpften QZV zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung berechnet werden und umgekehrt. Dem einer Arztpraxis zugewiesenen RLV und ggf. QZV steht demnach das gesamte abgerechnete Leistungsvolumen der Praxis gegenüber. Es besteht neu eine volle Verrechnungsfähigkeit.



RLV und QZV werden je Arzt ermittelt, jedoch praxisbezogen zugewiesen.

2.3.1 Arzt- und praxisbezogene Regelleistungsvolumen

Jede Praxis / jeder Arzt erhält pro Quartal ein Regelleistungsvolumen in Euro (A-RLV).

Das Praxis-RLV setzt sich aus der Summe der einzelnen arztbezogenen RLV zusammen. Die Zuweisung der RLV wird an die Arztpraxen weiterhin für jedes Quartal spätestens vor Beginn des Quartals zugestellt.

2.3.2 Berechnung des arztindividuellen Regelleistungsvolumens

Ab dem 1. Juli 2010 werden Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundene Zusatzvolumen gleichgewichtet berechnet.

Die Berechnung des Regelleistungsvolumens des Arztes erfolgt wie bisher:

Formel des Regelleistungsvolumens

$$A - RLV_{\text{Arzt}} = FW_{\text{Arztgruppe}} \times FZ_{\text{Arzt}}^{\text{Vorjahresquartal}} \times \text{Faktor}^{\text{Vorjahresquartal}}_{\text{Altersstruktur Patienten}}$$

Unter Berücksichtigung der Fallwertabstaffelung

D. h.: Um das Regelleistungsvolumen eines Arztes zu berechnen, wird der arztgruppenspezifische Fallwert mit der Fallzahl des Arztes aus dem jeweiligen Vorjahresquartal multipliziert. Hinzu kommt noch ein so genannter Gewichtungsfaktor, der die unterschiedliche Altersstruktur der Patienten der Praxis berücksichtigt.



Woher kommt das Geld für die RLV?

Finanzielle Basis für die Regelleistungsvolumen ist die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, die allerdings nicht nur für die RLV zur Verfügung steht. Denn abgezogen werden vor Bildung der Verteilungsvolumen je Versorgungsbereich u.a. die Honorare für psychotherapeutische Leistungen, für labormedizinische Leistungen und Honorare für den Ärztlichen Bereitschaftsdienst. Von den in den hausärztlichen und fachärztlichen Versorgungsbereich getrennten Verteilungsvolumen werden versorgungsbereichsspezifisch getrennte Rückstellungen gebildet, z. B. für die abgestaffelte Leistungsvergütung der RLV- und ggf. QZV-Leistungen.

Fallzahl

Die Fallzahl wird je Arzt auf Basis des entsprechenden Vorjahresquartals ermittelt. Für das dritte Quartal 2010 z. B. ist dies die Fallzahl des dritten Quartals 2009.

Für das Regelleistungsvolumen ist im Wesentlichen die Zahl der kurativ-ambulantem Arztfälle relevant. Ausgenommen sind u.a. Fälle im Ärztlichen Bereitschaftsdienst und Überweisungen, bei denen ausschließlich Probenuntersuchungen von dokumentierten Untersuchungsergebnissen stattfinden. Außerdem werden nur Arztfälle herangezogen, in denen mindestens eine Leistung erbracht wurde, die dem Regelleistungsvolumen bzw. den qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen zuzurechnen ist. Das heißt, dass beispielsweise Fälle in denen ausschließlich Kostenerstattungen berechnet wurden, nicht zählen, jedoch die alleinige Abrechnung des Verwaltungskomplexes GOP 01430 einen RLV-relevanten Fall auslöst.

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 Summe der RLV-relevanten Arztfallzahlen der Praxis.

Fallwert

Zur Berechnung des arztgruppenspezifischen Fallwertes wird das Vergütungsvolumen, das für die Regelleistungsvolumen der jeweiligen Arztgruppe innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zur Verfügung steht, durch die Fallzahl der Arztgruppe geteilt. Das Ergebnis ist der arztgruppenspezifische Fallwert.



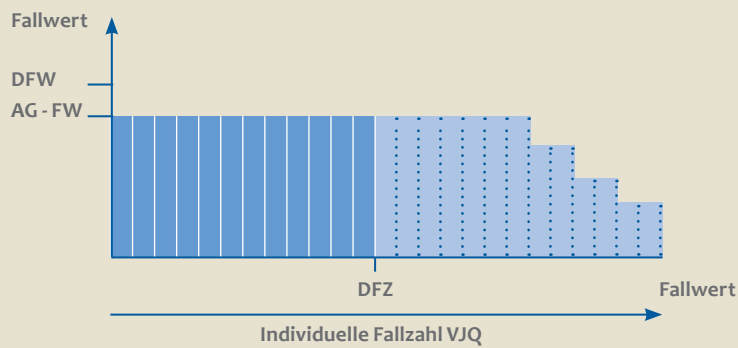
Wichtig: Dieser Fallwert zur Berechnung der Regelleistungsvolumen (auch RLV- Fallwert genannt) berücksichtigt nur Leistungen, die innerhalb der RLV erbracht werden. Er ist von daher nicht mit dem Abrechnungsfallwert gleichzusetzen, der alle Leistungen beinhaltet, also auch Früherkennungsuntersuchungen, Impfungen, Laborleistungen, ambulante Operationen etc.

Abstaffelungsregelung

Die vom Bewertungsausschuss vorgegebene Abstaffelungsregelung bei der Berechnung des RLV sieht vor, dass Fälle, die mehr als 50 Prozent über dem Arztgruppenn Durchschnitt liegen, nur eingeschränkt berücksichtigt werden. Das Regelleistungsvolumen berechnet sich wie folgt:

- Fallzahlen bis 150 Prozent der durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe:
100 Prozent des Fallwertes der Arztgruppe x Fallzahl des Arztes
- Fallzahlen von 150 bis 170 Prozent der durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe:
75 Prozent des Fallwertes der Arztgruppe x Fallzahl des Arztes
- Fallzahlen von 170 bis 200 Prozent der durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe:
50 Prozent des Fallwertes der Arztgruppe x Fallzahl des Arztes
- Fallzahlen über 200 Prozent der durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe:
25 Prozent des Fallwertes der Arztgruppe x Fallzahl des Arztes

Ermittlung des A-RLV 2010



Und so berechnet sich das Regelleistungsvolumen der Praxis Dr. Mustermann:

Beispiel 1

Die Fallzahl von Dr. Mustermann lag im dritten Quartal 2009 bei 1.000 Fällen. Die durchschnittliche Fallzahl seiner Arztgruppe lag bei 800. Der RLV-Fallwert der Arztgruppe betrug 35 Euro. Das RLV würde sich nun wie folgt berechnen:

$$35 \text{ Euro} \times 1.000 = 35.000 \text{ Euro}$$

Da die Praxis von Dr. Mustermann mehr Rentner als der Durchschnitt versorgt, wird noch ein sogenannter Gewichtungsfaktor angesetzt, beispielsweise hier in Höhe von 1,1. Das RLV beträgt also:

$$35.000 \text{ Euro} \times 1,1 = 38.500 \text{ Euro}$$

Beispiel 2

Die Fallzahl von Dr. Mustermann lag im dritten Quartal 2009 bei 1.800 Fällen. Die durchschnittliche Fallzahl seiner Arztgruppe lag bei 800. Der RLV-Fallwert der Arztgruppe betrug 35 Euro.

Das RLV würde sich nun wie folgt berechnen:

- 150 Prozent der durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe sind 1.200 Fälle. Für diese erhält Dr. Mustermann einen Fallwert von 35 Euro.
 - Zwischen 150 und 170 Prozent der durchschnittlichen Fallzahl der Fachgruppe sind 160 Fälle. Für diese erhält Dr. Mustermann 75 Prozent des Fallwertes, nämlich 26,25 Euro.
 - Zwischen 170 und 200 Prozent der durchschnittlichen Fallzahl der Fachgruppe sind 240 Fälle. Für diese erhält Dr. Mustermann 50 Prozent des Fallwertes, nämlich 17,50 Euro.
 - Über 200 Prozent der durchschnittlichen Fallzahl der Fachgruppe sind noch 200 Fälle. Für diese erhält Dr. Mustermann 25 Prozent des Fallwertes, nämlich 8,75 Euro.
- Das RLV liegt somit bei:

$$\begin{aligned}
 & 35,00 \text{ Euro} \times 1.200 \text{ Fälle} \\
 & + 26,25 \text{ Euro} \times 160 \text{ Fälle} \\
 & + 17,50 \text{ Euro} \times 240 \text{ Fälle} \\
 & + 8,75 \text{ Euro} \times 200 \text{ Fälle} \\
 & \hline
 & = 52.150 \text{ Euro}
 \end{aligned}$$

Da die Praxis von Dr. Mustermann mehr Rentner als der Durchschnitt versorgt, wird noch ein sogenannter Gewichtungsfaktor angesetzt, beispielsweise hier in Höhe von 1,1. Das RLV beträgt also:

$$52.150 \text{ Euro} \times 1,1 = 57.365 \text{ Euro.}$$

2.3.3. Vergütung der RLV-Leistungen mit festen Preisen

Leistungen, die der Arzt innerhalb des Regelleistungsvolumens erbringt, bekommt er zu den in der Euro-Gebührenordnung ausgewiesenen festen Preisen auf Basis des regionalen Punktwertes in Höhe von 3,5048 Cent vergütet. Die über das RLV bzw. QZV hinausgehenden Leistungen (Überschreitungsleistungen) werden zu einem abgestaffelten Preis von bis zu 50 Prozent des Preises gemäß Euro-Gebührenordnung jeweils innerhalb des haus- bzw. fachärztlichen Versorgungsbereichs honoriert. Der Preis richtet sich nach den noch zur Verfügung stehenden Mitteln und der Menge der abgerechneten Überschreitungsleistungen.

2.3.4. RLV-Besonderheiten für Arztgruppen mit einer für die Versorgung bedeutsamen fachlichen Spezialisierung

Für die folgenden Spezialisierungen wurden im Bereich der KV Brandenburg RLV-Besonderheiten definiert:

- Gefäßchirurgie, Neurochirurgie,
- Schwerpunktaktivität gemäß Abschnitt 4.4 des EBM bzw. Erbringung von an Zusatzweiterbildung gebundenen Leistungen gemäß Abschnitt 4.5 des EBM bei Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin,
- invasive Tätigkeit bei Kardiologen oder Angiologen.

Die Fallwerte für die Bildung der A-RLV für Ärzte mit diesen Spezialisierungen können von Amts wegen angehoben werden. Voraussetzung ist hierbei, dass der individuell abgerechnete Leistungsbedarf je Fall aus RLV-relevanten Leistungen des Vergleichszeitraums den durchschnittlichen Leistungsbedarf der Arztgruppe überschreitet. Die mögliche Anhebung ergibt sich entsprechend der prozentualen Überschreitung.

2.3.5 RLV-Besonderheiten für die Arztgruppen Diagnostische Radiologie und Nuklearmedizin

Für Vertragsärzte der Arztgruppen Diagnostische Radiologie und Nuklearmedizin wird der arztgruppenspezifische Fallwert als Basis-RLV-Fallwert gebildet. Dies erfolgt bei Ärzten für Diagnostische

Radiologie auf der Grundlage des Leistungsbedarfs und der Zahl der Fälle ohne die Fälle, in denen MRT- und/oder CT-Leistungen gemäß Abschnitt 34.3 und 34.4 EBM sowie keine Leistung nach der GNR 34502 EBM abgerechnet wurden.

Bei Nuklearmedizinern wird der Basis-RLV-Fallwert auf der Grundlage des Leistungsbedarfs und der Zahl der Fälle, in denen keine Leistungen der Teil-/Ganzkörperszintigraphie (GOP 17310, 17311 EBM), Schilddrüsenszintigraphie (GOP 17320, 17321 EBM), Myocardszintigraphie (GOP 17330, 17331 EBM) sowie der Nierenfunktionsdiagnostik (GOP 17340 EBM) abgerechnet wurden, gebildet.

Für Vertragsärzte der Arztgruppen Diagnostische Radiologie und Nuklearmedizin wird zum Regelleistungsvolumen ein Zuschlag nach Leistungsfällen gewährt.

Ein Zuschlag für MRT-Angiographie-, übrige MRT-Leistungen oder CT- Leistungsfall (Radiologie) bzw. Teil-/Ganzkörperszintigraphie-, Schilddrüsenszintigraphie-, Myocardszintigraphie- bzw. Nierenfunktionsdiagnostik-Leistungsfall (Nuklearmedizin) wird ausgelöst, wenn eine entsprechende Leistung im Vorjahresquartal zur Abrechnung gelangte. Treffen mehrere Zuschlagskategorien in demselben Fall zu, so erfolgt die Zuordnung zur höherwertigen.

Der Zuschlag zum Regelleistungsvolumen ermittelt sich aus der Multiplikation des Leistungsfallanteils mit der RLV-Fallzahl des Vertragsarztes im Vorjahresquartal und des Zusatzfallwertes.

Der Altersklassenfaktor findet hierbei keine Anwendung. Die Fallwertabstaffelung greift für die Zuschlagsregelung leistungs-segmentspezifisch analog.

Für Neu- und Jungpraxen, bei denen nicht die eigene Fallzahl des Vorjahresquartals angesetzt werden kann, ist bei der Zuweisung des RLV eine Ausweisung der CT bzw. MRT Leistungsfallanteile bzw. bei Nuklearmedizinern die Leistungsfallanteile für Teil-/ Ganzkörperszintigraphie-, Schilddrüsenszintigraphie-, Myocardszintigraphie- bzw. Nierenfunktionsdiagnostik noch nicht möglich. Bei der Erteilung des Honorarbescheides wird dann für die Ermittlung der Zuschläge auf die aktuellen Werte zurückgegriffen.

2.3.6 RLV-Besonderheiten für Berufsausübungsgemeinschaften, MVZ & Einrichtungen nach § 311 (2) SGB V

Die Regelleistungsvolumen werden arztbezogen zugewiesen. Arbeiten mehrere Ärzte in einer Praxis, addieren sich deren RLV. Das heißt für Gemeinschaftspraxen: Die vorteilhafte Regelung, dass bei einer fachübergreifenden Behandlung jeder Arzt aus den beteiligten Fachgruppen die Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschale in voller Höhe abrechnen darf, bleibt im Rahmen der RLV bestehen. Ein weiterer Vorteil für Gemeinschaftspraxen besteht darin, dass dort tätige Ärzte ihre RLV und ggf. QZV untereinander verrechnen können. Wenn also ein Arzt weniger Leistungen erbracht hat, als sein RLV gestattet, kann ein anderer Kollege mehr tun, ohne dass das Honorar abgestaffelt wird. Wenn allerdings die Leistungen der gesamten Praxis die RLV und ggf. QZV überschreiten, wird das Honorar abgestaffelt.

Zum Ausgleich der Quotierung der Arztfälle durch die Behandlungsfälle gemäß den Vorgaben des Bewertungsausschusses in Berufsausübungsgemeinschaften (BAG), Medizinischen Versorgungszentren und Einrichtungen nach § 311 (2) SGB V wird:

- für fach- und schwerpunktgleiche BAG, Einrichtungen nach § 311 (2) SGB V und Praxen mit angestellten Ärzten der gleichen Arztgruppe ein Aufschlag von zehn Prozent auf das RLV
- für fach- und schwerpunktübergreifende BAG, MVZ, Einrichtungen nach § 311 (2) SGB V Praxen mit angestellten Ärzten anderer Arztgruppen bzw. Schwerpunkte:
 - ein Aufschlag von fünf Prozent je Arztgruppe bzw. Schwerpunkt für maximal sechs Arztgruppen
 - für jede weitere Arztgruppe bzw. weiteren Schwerpunkt ein Aufschlag von 2,5 Prozent
 - jedoch insgesamt höchstens ein Aufschlag von 40 Prozent gewährt.

Ärzte mit mehreren Gebiets- und Schwerpunktbezeichnungen werden mit nur einem Gebiet oder Schwerpunkt berücksichtigt.

Bei der Ermittlung des Zuschlags ist die Praxiskonstellation des Vorjahresquartals maßgebend, weil diese Grundlage des RLV ist. Im Beispiel des Hinzukommens eines Arztes wird dieser bzgl. des BAG-Zuschlages der Praxis nicht berücksichtigt.

2.4 Die qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV)

Die unter Einbeziehung der Berufsverbände und Beratenden Fachausschüsse regional mit den Krankenkassen vereinbarten QZV sind in Anhang 1 aufgeführt.

Bei der Auswahl der in Brandenburg für die jeweiligen Arztgruppen relevanten QZV waren grundsätzlich folgende Kriterien maßgebend:

- Handelt es sich um besondere qualifikationsbezogene Leistungen, die nicht von der Mehrheit der Arztgruppe erbracht werden?
- Besteht tatsächlich eine Finanzrelevanz bezogen auf den Fallwert?
- Ist eine hoch technisierte Ausstattung zur Erbringung der Leistungen erforderlich?

2.4.1 Voraussetzungen für die Zuteilung der QZV

Die Zuteilung der QZV erfolgt arztbezogen und ist an folgende Voraussetzungen gebunden:

- Ärzte erhalten ein Zusatzvolumen, sofern sie für die jeweilige Leistung eine Gebiets- bzw. Schwerpunktbezeichnung besitzen bzw. bei einer Zusatzbezeichnung den Nachweis über das Führen derselben erbringen. Bei Leistungen, für die weitere Qualifikationsanforderungen (nach § 135 Abs. 2, § 137 SGB V) existieren, ist eine entsprechende Abrechnungsgenehmigung erforderlich.
- Darüber hinaus müssen sie mindestens eine Leistung des jeweiligen QZV im entsprechenden Vorjahresquartal abgerechnet haben, z.B. eine Bronchoskopie für das QZV Bronchoskopie.



2.4.2 Berechnung des arztindividuellen QZV

Die Berechnung der QZV erfolgt arztgruppenspezifisch und separat für jedes QZV. Dafür steht jeder Arztgruppe ein bestimmtes Verteilungsvolumen zur Verfügung, woraus die verschiedenen Zusatzvolumen berechnet werden.



Die Zuweisung der QZV erfolgt für den Arzt als Zuschlag pro RLV-Fall, sofern ein Anspruch aus das jeweilige QZV besteht.

Zur Berechnung des Zusatzvolumens wird die RLV-relevante Fallzahl im Vorjahresquartal mit dem Fallwert der Arztgruppe für das jeweilige QZV multipliziert. Zusätzlich findet für die Differenzierung der QZV pro RLV-Fall in Gruppen von Ärzten mit unterschiedlichem Leistungsbedarf ein arztindividueller Leistungsbedarfskorrekturfaktor (LBKF) Anwendung. Dieser QZV-spezifische LBKF ergibt sich je Arzt aus dem Verhältnis der individuellen QZV-Leistungsanforderung je RLV-relevantem Fall im Basiszeitraum zum Durchschnitt der diese QZV-Leistungen abrechnenden Ärzte der jeweiligen Arztgruppe. Die Ärzte werden insofern in Gruppen von 25 % – 200 % des Leistungsbedarfes eingeteilt.

Ausnahmen existieren

- bei weniger als 10 abrechnenden Ärzten sowie
- in den Bereichen: Richtlinienpsychotherapie I + II, Polysomnographie und Praxisklinische Beobachtung und Betreuung.

In diesen Fällen wird kein durchschnittliches QZV für die Arztgruppe festgelegt, sondern es findet eine arztbezogene QZV-Zuweisung anhand des individuell angeforderten Leistungsbedarfs je Fall unter Berücksichtigung der Finanzierbarkeitsquote je Versorgungsbereich statt.

So wird das QZV des Arztes berechnet:

Formel des arztindividuellen Qualifikationsgebundenen Zusatzvolumens (QZV)

$$\text{QZV}_{\text{Arzt}} = \text{FW}_{\text{QZV}_{\text{Arztgruppe}}} \times \text{LBKF}_{\text{QZV}_{\text{Arzt}}} \times \text{RLV}_{\text{FZ}_{\text{Arzt}}}^{\text{Vorjahresquartal}}$$

Unter Berücksichtigung der Fallzahlabstaffelung

Beispiel

Dr. Mustermann ist Chirurg mit 4,60 € Bruttoleistungsbedarf je Fall für Teilradiologie und 1.000 Fällen im Vorjahresquartal. Bei dem Vergleich mit dem Bedarf seiner Arztgruppe errechnet sich aus dem Verhältnis der individuellen QZV-Leistungsanforderung je RLV-relevantem Fall im Basiszeitraum zum Durchschnitt der diese QZV-Leistungen abrechnenden Ärzte ein QZV-spezifischer Leistungsbedarfskorrekturfaktor von 1,25. Als QZV-revanter (Netto-) Fallwert der Arztgruppe wurden unter Beachtung der Finanzierbarkeitsquote 3,61 € ermittelt. Es ergibt sich ein QZV für Teilradiologie in Höhe von:

$$4.512,50 \text{ €} = 3,61 \text{ €} \times 1,25 \times 1.000$$

Dies entspricht 4,51 € je Fall.

Sofern ein Arzt sein Regelleistungsvolumen nicht ausschöpft, kann er das noch zur Verfügung stehende Honorarvolumen auch mit Leistungen eines QZV füllen, wenn sein hierfür zugeteiltes QZV aufgebraucht ist. Im umgekehrten Fall ist eine Verrechnung ebenfalls möglich. Das Gesamtvolumen steht also für alle Leistungen zur Verfügung.

2.5 Leistungen zusätzlich zum Regelleistungsvolumen

2.5.1 Bildung von Honorarfonds

Zum 1. Juli 2010 werden folgende Honorarfonds zur Vergütung ausgewählter Leistungsbereiche eingeführt:

Zentrale Honorarfonds

1. Honorarfonds für antrags- und genehmigungspflichtige psychotherapeutische Leistungen (s. 2.6.4.)
2. Honorarfonds Bereitschaftsdienst: zur Vergütung der Leistungen des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes und der Notfallbehandlungen durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser während der Zeiten des ärztlichen Bereitschaftsdienstes
3. Honorarfonds für laboratoriumsmedizinische Untersuchungen: zur Vergütung der Leistungen und Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM und der GOP 01320, 12210 sowie 12220 EBM

Erläuterung zum Honorarfonds Bereitschaftsdienst

Die Leistungen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst werden anstelle der Vergütung gem. Euro-Gebührenordnung mit folgenden Pauschalen je Einsatz vergütet:

- Allgemeiner Ärztlicher und Kinderärztlicher Bereitschaftsdienst

Pauschale für 12 h	Tag (7 – 19 Uhr)	Nacht (19 – 7 Uhr)
Montag – Freitag	250 €	220 €
Samstag, Sonntag und Feiertage	320 €	250 €

- HNO-Bereitschaftsdienst 25 € (Fallpauschale)
- Chirurgischer Bereitschaftsdienst 35 € (Fallp.)
- Sonstige fachgebietsbezogene Bereitschaftsdienste 20 € (Fallp.)

Die Pauschalen für den allgemeinen Ärztlichen und Kinderärztlichen Bereitschaftsdienst werden als Vergütung für Dienste von je

12 Stunden je Bereitschaftsdienstbezirk festgelegt und anhand der tatsächlichen Dienstdauer je Stunde und Bereitschaftsdienstbezirk durch Gewährung von Zu- und Abschlägen gezahlt.



Mit Wirkung zum 1. Juli 2010 wird die Vergütung von Notfallbehandlung durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute, Krankenhäuser, Rettungsstellen und Notfallambulanzen während der Zeiten des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes einer besonderen Verteilungssystematik zugeführt.

Im Rahmen der Bearbeitung der Quartalsabrechnung/Honorarverteilung muss die KVBB eindeutig zuordnen können, zu welchen Zeiten die abgerechneten Leistungen erbracht worden sind. Daher ist in die Abrechnungsordnung der KVBB durch Beschluss der Vertreterversammlung mit Wirkung zum 1. Juli 2010 für Rettungsstellen, Notfallambulanzen etc. die Verpflichtung zur Kennzeichnung der abgerechneten Leistungen mit den Uhrzeiten der Inanspruchnahme aufgenommen worden.

Leistungsbezogene Honorarfonds

1. Honorarfonds zur Vergütung der Kosten des Kapitels 40 EBM
2. Honorarfonds zur Vergütung der Leistungen des Kapitels 19 EBM sowie der übrigen Leistungen der Fachärzte für Pathologie oder Neuropathologie (im fachärztlichen Versorgungsbereich)
3. Honorarfonds zur Vergütung der Leistungen der EBM-Abschnitte 1.7.5 bis 1.7.7 EBM
4. Honorarfonds zur Vergütung der als Auftragsleistung durchgeführten Langzeit-EKG-Auswertungen nach den GOP 03241, 04241, 13253 und 27323 EBM
5. Honorarfonds zur Vergütung der Notfallbehandlungen durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser außerhalb der Zeiten des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes (im fachärztl. Versorgungsbereich)

Sofern das zur Verfügung stehende Vergütungsvolumen für die Honorarfonds nicht ausreicht, erfolgt ggf. honorarfondsspezifisch eine gleichmäßige Quotierung.

2.5.2 Außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung bezahlte Leistungen

Im Folgenden genannte Leistungen werden außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanziert:

- belegärztliche Leistungen und Sachkosten gem. EBM sowie die SNR 97200
- Leistungen des ambulanten Operierens, Kapitel 31 EBM, sowie GOP

04514	04515	04518	04520	13421 bis	13431	40160
40300	40680	40750	40752	40754	01851	01854
01855	01857	01904	02300	02301	02302	02321
06332	06351	06352	08311	09351	09361	09362
13410	13411	13412	15321	15322	15323	26310
26311	26322	26323	26324	26352	30600	30601
34283	34284	34285	34286	34291	34294	34297 EBM
- Präventionsleistungen der Abschnitte 1.7.1, 1.7.2 und 1.7.4 EBM sowie der GOP 40150 und 40160 EBM
- Leistungen des Hautkrebscreenings (GOP 01745, 01746, 10343, 10344 EBM sowie die damit im Zusammenhang durchgeführten Leistungen aus Abschnitt 19,3 EBM sowie nach der GOP 40100 EBM)
- Leistungen bei der Durchführung von kurativen Vakuumstanzbiopsien (GOP 34274) sowie die zugehörigen Kostenpauschalen für interventionelle Eingriffe nach Abschnitt 40.8 EBM
- Leistungen der Strahlentherapie des Kapitels 25 EBM sowie die zugehörigen Kostenpauschalen nach GOP 40580 EBM und dem EBM-Abschnitt 40.15
- Leistungen der phototherapeutischen Keratektomie (GOP 31362, 31734, 31735 EBM) sowie die zugehörigen Kostenpauschalen nach Abschnitt 40.11 EBM

- Leistungen der künstlichen Befruchtung

GOP	01510	01511	01512	02100	02340	02341
	02343	05310	05330	05331	05340	05341
	08510	08520	08521	08530	08531	08540
	08542	08550	08551	08552	08560	08561
	08571	08572	08573	08574	11311	11312
	11321	1322	31272	31503	31600	31608
	31822	32354	32356	32357	32575	32576
	32618	32660	32781	32783	33043	33044
	36272	36503	36822	EBM		33090

- Leistungen der Substitutionsbehandlung nach Abschnitt 1.8 EBM

- Leistungen der Apheresebehandlung bei isolierter Lp(a)-Erhöhung nach der GOP 13622 EBM sowie die diesbezüglichen Sachkosten

- Leistungen der spezialisierten Versorgung HIV-infizierter Patienten nach Abschnitt 30.10 EBM

- Leistungen des Abschnitts 32.2.8 EBM

- Kostenpauschalen für die Verordnung der Palliativversorgung (GOP 40860, 40862 EBM)

- Kostenpauschalen für ärztlich angeordnete Hilfeleistungen (GOP 40870, 40872 EBM), Kostenpauschalen nach den GOP 40865 bis 40868 EBM für die Verordnung der besonderen Arzneimitteltherapie

- Dialysesachkosten

- Sonderverträge, z.B. DMP, Schutzimpfungen, Mammographie-screening, Onkologie- und Sozialpsychiatrievereinbarungen

Wegepauschalen werden außerhalb der MGV von den Krankenkassen wie folgt vergütet:

Radius	Tag (7 – 19 Uhr)	Nacht (19 – 7 Uhr) Sa So Feiertage
unter 2 km	3,40 €	6,50 €
2 km – 5 km	6,50 €	10,00 €
5 km – 10 km	9,40 €	13,40 €
10 km – 15 km	13,00 €	18,00 €
15 km – 20 km	18,00 €	23,00 €
20 km – 25 km	23,00 €	28,00 €
25 km – 30 km	28,00 €	33,00 €
30 km – 35 km	33,00 €	38,00 €
über 35 km	38,00 €	43,00 €

2.5.3 Zusatzpunktwerte

Darüber hinaus werden Zusatzpunktwerte für folgende Leistungen von den Krankenkassen gezahlt:

- belegärztliche Leistungen gem. EBM in Höhe von 0,26 ct

- Leistungen des ambulanten Operierens in Höhe von 0,19 ct

Kapitel 31 EBM

GOP	04514	04515	04518	04520	13421 bis	13431
01851	01854	01855	01857	01904	02300	02301
02302	02321	06332	06351	06352	08311	09351
09361	09362	13410	13411	13412	15321	15322
15323	26310	26311	26322	26323	26324	26352
30600	30601	34283	34284	34285	34286	34291
34294	34297	EBM				

- Leistungen des Hautkrebsscreenings nach den GOP 01745, 01746, 10343 und 10344 EBM in Höhe von 0,73 ct.

2.6 Sonstige Regelungen

2.6.1 Fallzahlzuwachsbeschränkung

Mit den Krankenkassen wurde auf regionaler Ebene eine prospektive Fallzahlzuwachs-Begrenzungsregelung getroffen. Diese sieht vor, dass bei der Zuweisung der RLV/QZV im Jahr 2011 auf Basis der Fallzahlen 2010 eine Begrenzung der Fallzahlzuwächse gegenüber 2009 erfolgt. Für den Fall, dass der quartalsweise individuelle Fallzahlzuwachs beispielsweise des III. Quartals 2010 zum III. Quartal 2009 höher als 5% ausfällt, wird nur die um 5% gesteigerte Fallzahl aus III/2009 für die Ermittlung der RLV/QZV herangezogen. Insofern bitten wir Sie bereits heute, auf Ihre Fallzahlentwicklung ab dem III. Quartal 2010 zu achten. Welche Ausnahmen hiervon möglich sein werden, ist im M-GV/RLV Vertrag für das Jahr 2011 zu verhandeln.

2.6.2 RLV und QZV bei Neuzulassung bzw. Neuerwerb der Qualifikationsvoraussetzungen

Besonderheiten ergeben sich bei der Berechnung des RLV einer neuzugelassenen Praxis. Diese verfügt nicht über Vergleichswerte aus dem Vorjahresquartal. In diesem Fall wird die durchschnittliche Fallzahl der Arztgruppe DFZ_{AGR} angesetzt. Alle Gewichtungsfaktoren (Altersstruktur/Morbiditäts-Faktor, Faktor gem. 2.3.4, BAG-Faktor) entfallen.

Diese Besonderheiten erstrecken sich auf einen Zeitraum von acht Quartalen (Jungpraxis) mit dem Unterschied, dass für die Praxen ein Vergleich ihrer Fallzahl aus dem Vorjahresquartal mit der durchschnittlichen Fallzahl Ihrer Arztgruppe DFZ_{AGR} durchgeführt wird. Ist die DFZ_{AGR} größer als die eigene erbrachte Fallzahl des Vorjahresquartals, wird in der Zuweisungsinformation die DFZ_{AGR} zugrunde gelegt, mit dem Vorbehalt einer weiteren Prüfung zur Festsetzung im Honorarbescheid. Bei der Feststellung des Honoraranspruches für die Abrechnung des Quartals III/2010 wird dann die tatsächliche FZ des Abrechnungsquartals herangezogen, maximal aber die DFZ_{AGR} . Steht eine Vergleichsfallzahl aus dem Vorjahresquartal zur Verfügung, findet diese Anwendung, sofern sie die tatsächliche Fallzahl des Abrechnungsquartals und/oder die durchschnittliche Fallzahl der Arztgruppe überschreitet.



Beispiel

Dr. Mustermann eröffnet am 1. Juli 2010 seine neue Arztpraxis. Diese verfügt somit nicht über Vergleichswerte aus dem Vorjahresquartal. Es wird neben dem RLV-Fallwert der Arztgruppe die tatsächliche Fallzahl des Abrechnungsquartals, maximal die durchschnittliche Fallzahl der Arztgruppe angesetzt. Der Gewichtungsfaktor entfällt. Bei einer Arztgruppe mit einer durchschnittlichen Fallzahl von 800 Fällen und einem RLV-Fallwert von 35 Euro ergibt das:

$$35 \text{ Euro} \times 800 \text{ Fälle} = 28.000 \text{ Euro}$$

sofern Herr Dr. Mustermann mindestens 800 RLV-relevante Fälle im aktuellen Abrechnungsquartal abgerechnet hat.

Für Neupraxen werden im Rahmen der Zuweisung der RLV keine QZV zugewiesen. Diese werden unter Berücksichtigung der RLV-relevanten Fälle des Abrechnungsquartals im Honorarbescheid gewährt. Gleiches gilt, wenn die Voraussetzungen für ein QZV neu erworben werden, z.B. eine Abrechnungsgenehmigung bei Leistungen, für die weitere Qualifikationsanforderungen existieren.

2.6.3 Praxisbesonderheiten

Die Regelungen betreffen zum einen den Fall einer außergewöhnlich starken Erhöhung der Zahl der behandelten Versicherten bei Erfüllung bestimmter Kriterien.

Zum anderen kann im Fall des kumulativen Vorliegens folgender Voraussetzungen eine Praxisbesonderheit festgestellt werden:

- Volumen-Überschreitung (RLV + QZV) der Praxis um mindestens 30%
- Überschreitung des Fallwertes der Arztgruppe um mind. 15%
- Höhe des Anteils spezialisierter Leistungen im Vergleich zum Gesamtleistungsbedarf in Höhe von mind. 15%
- Überschreitung des Anteils spezialisierter Leistungen im Vergleich zum Durchschnitt der Arztgruppe von mindestens 50%.

Eine Anerkennung erfolgt im Einzelfall auf Antrag bzw. im Widerspruchsverfahren.

2.6.4 Vergütung psychotherapeutischer Leistungen

Für die Vergütung psychotherapeutischer Leistungen ergeben sich zum 1. Juli 2010 keine Änderungen. Die antragspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen werden 2010 weiter aus einem separaten Honorarfonds, der in angemessener Höhe zu bilden ist, finanziert.

2.6.4.1 Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen

Psychotherapeuten erhalten wie bisher kein Regelleistungsvolumen, sondern eine zeitbezogene Kapazitätsgrenze. Betroffen sind:

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

Die Zeitgrenze gilt sowohl für antragspflichtige als auch nicht antragspflichtige Leistungen. Das Verhältnis dieser beiden Leistungsarten kann insofern frei bestimmt werden.

2.6.4.2 Ermittlung und Festsetzung der Kapazitätsgrenzen

Der Erweiterte Bewertungsausschuss hat Folgendes festgelegt:

- Für antragspflichtige psychotherapeutische Leistungen beträgt die zeitbezogene Kapazitätsgrenze je Arzt bzw. je Psychotherapeut bei vollem Tätigkeitsumfang 27.090 Minuten je Abrechnungsquartal.
- Für nicht antragspflichtige Leistungen erhält jeder Arzt/Therapeut ein zusätzliches Minutenbudget. Dieses wird regional berechnet und beträgt bei vollem Tätigkeitsumfang für Brandenburg 4.920 Minuten je Abrechnungsquartal.

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

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Fachärzte für • Innere und Allgemeinmedizin • Allgemeinmedizin • Praktische Ärzte • Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören	Akupunktur	30790 30791
	Chirotherapie	30200 30201
	Ergometrie	03321
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100 35110 35111 35113 35120
	Richtlinienpsychotherapie II	35200 35201 35202 35203 35210 35211 35220 35221 35222 35223 35224 35225
	Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	30700 30702 30704 30706 30708
	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	30710 30712 30720 30721 30722 30723 30724 30730 30731 30740 30750 30751 30760
	Sonographie I	33010 33011 33012 33042 33043 33044 33050 33052 33080 33081 33090 33091 33092
	Sonographie III	33060 33061 33062
	• Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	Allergologie
Hyposensibilisierungsbehandlung		30130
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren		35100 35110 35111 35113 35120
Richtlinienpsychotherapie I		35130 35131 35140 35141 35142 35150
Richtlinienpsychotherapie II		35200 35201 35202 35203 35210 35211 35220 35221 35222 35223 35224 35225
Sonographie I		33010 33011 33012 33042 33043 33044 33050 33052 33080 33081 33090 33091 33092
Sonographie II		33020 33021 33022 33023 33030 33031 33040
Spirometrie		04330

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
• Fachärzte für Anästhesiologie	Akupunktur	30790 30791
	Narkosen bei zahnärztlicher Behandlung	05330 05331 05340 05341 05350
	Richtlinienpsychotherapie II	35200 35201 35202 35203 35210 35211 35220 35221 35222 35223 35224 35225
	Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	30700 30702 30704 30706 30708
	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	30710 30712 30720 30721 30722 30723 30724 30730 30731 30740 30750 30751 30760
	• Fachärzte für Augenheilkunde	Fluoreszenzangiographie
Kontaktlinsenanpassung		06340 06341 06342 06343
Fachärzte für • Chirurgie • Kinderchirurgie • Plastische Chirurgie • Neurochirurgie	Akupunktur	30790 30791
	Phlebologie	30500 30501
	Sonographie I	33010 33011 33012 33042 33043 33044 33050 33052 33080 33081 33090 33091 33092
	Sonographie III	33060 33061 33062 33063 33064 33070 33071 33072 33073 33074 33075 33076
	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 34295 34296 34500 34501 34503
Fachärzte für • Frauenheilkunde • Frauenheilkunde mit fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	Kurative Mammographie	34270 34271 34272 34273
	Richtlinienpsychotherapie II	35200 35201 35202 35203 35210 35211 35220 35221 35222 35223 35224 35225
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510 01511 01512

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM	Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
• Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	Polysomnographie	30901	Fachärzte für • Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie • Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie und invasiver Tätigkeit	Interventionelle Radiologie	01530 01531 34287
	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 34295 34296 34500 34501 34503		Sonographie II	33020 33021 33022 33023 33030 33031 33040
• Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100 35110 35111 35113 35120	• Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie und invasiver Tätigkeit	Sonographie III	33060 33061 33062 33063 33064 33070 33071 33072 33073 33074 33075 33076
	Kontrolle Herzschrittmacher	13552		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 34295 34296 34500 34501 34503
• Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100 35110 35111 35113 35120	• Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie	Sonographie II	33020 33021 33022 33023 33030 33031 33040
	Sonographie I	33010 33011 33012 33042 33043 33044 33050 33052 33080 33081 33090 33091 33092		Sonographie III	33060 33061 33062 33063 33064 33070 33071 33072 33073 33074 33075 33076
	Sonographie II	33020 33021 33022 33023 33030 33031 33040		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 34295 34296 34500 34501 34503
	Sonographie III	33060 33061 33062 33063 33064 33070 33071 33072 33073 33074 33075 33076	Fachärzte für • Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie • Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie und invasiver Tätigkeit	Sonographie I	33000 33001 33002 33010 33011 33012 33042 33043 33044 33050 33052 33080 33081 33090 33091 33092
	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 34295 34296 34500 34501 34503		Sonographie III	33060 33061 33062 33063 33064 33070 33071 33072 33073 33074 33075 33076
				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 34295 34296 34500 34501 34503

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
• Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie	Bronchoskopie	13662 13663 13664 13670
	Polysomnographie	30901
	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 34295 34296 34500 34501 34503
• Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie	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 34295 34296 34500 34501 34503
	Sonographie II	33020 33021 33022 33023 33030 33031 33040
	Sonographie III	33060 33061 33062 33063 33064 33070 33071 33072 33073 33074 33075 33076
• Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	Richtlinienpsychotherapie I	35130 35131 35140 35141 35142 35150
• Fachärzte für Nervenheilkunde	Akupunktur	30790 30791
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100 35110 35111 35113 35120
	Richtlinienpsychotherapie I	35130 35131 35140 35141 35142 35150
	Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	30700 30702 30704 30706 30708
	Sonographie III	33060 33061 33062 33063 33064 33070 33071 33072 33073 33074 33075 33076

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
• Fachärzte für Neurologie	Akupunktur	30790 30791
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100 35110 35111 35113 35120
	Sonographie III	33060 33061 33062 33063 33064 33070 33071 33072 33073 33074 33075 33076
• Fachärzte für Orthopädie	Akupunktur	30790 30791
	Osteodensitometrie	34600
	Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	30700 30702 30704 30706 30708
	Sonographie I	33010 33011 33012 33042 33043 33044 33050 33052 33080 33081 33090 33091 33092
• Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Nephrologie	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 34295 34296 34500 34501 34503
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100 35110 35111 35113 35120
	Richtlinienpsychotherapie I	35130 35131 35140 35141 35142 35150
• Fachärzte für Urologie	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510 01511 01512
	Stoßwellenlithotripsie	26330
	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 34295 34296 34500 34501 34503

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
• Fachärzte für Physikalisch-Rehabilitative Medizin	Akupunktur	30790 30791
	Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	30700 30702 30704 30706 30708
	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 34295 34296 34500 34501 34503

Noch mehr Informationen

Sie können sich unter www.kvbb.de weiter über dieses Thema informieren.

Eine Hotline für Ihre Fragen

Ihre persönlichen Fragen beantworten die Mitarbeiter der Abrechnungsberatung und EBM-Hotline der KVBB:
018 01/58 22 43 - 3*

*0,039 Euro pro Minute aus dem deutschen Festnetz, maximal 0,42 Euro pro Minute aus den Mobilfunknetzen.

Servicenummern der KV Brandenburg

Zentrale Service-Einwahl	018 01/58 22 43 – 0*
Informationsdienst	018 01/58 22 43 – 1*
Fortbildung	018 01/58 22 43 – 2*
Abrechnungsberatung	018 01/58 22 43 – 3*
Formularbestellung	018 01/58 22 43 – 5*
Formularbestellung Fax	018 01/58 22 43 – 4*
Betreuung Beiräte und neue Mitglieder	018 01/58 22 43 – 7*
Bereitschaftsdienst–Management	018 01/58 22 43 – 9*
Bereitschaftsdienst–Management Fax	018 01/58 22 43 – 8*
Beratung zu Verordnungen u. Wirtschaftlichkeitsprüfung	0331/23 09 – 602
Betriebswirtschaftliche Beratung	0331/23 09 – 280
Niederlassungsberatung	0331/23 09 – 320
Bereich Kommunikation	0331/23 09 – 196

Impressum

Herausgeber:

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg
Landesgeschäftsstelle
Gregor-Mendel-Straße 10/11
14469 Potsdam

Redaktion:

Unternehmensbereich Abrechnung / Wirtschaftlichkeitsprüfung,
Unternehmensbereich Verträge / Forschung und Entwicklung

Gestaltung:

Fachbereich Marketing / Service
3 für Formgebung

Druck:

IDENTevent

Redaktionsschluss:

18. Juni 2010