

Erläuterungen zum Regelleistungsvolumen

gültig seit 1. Januar 2009

Stand: 30.09.2009



Kassenärztliche Vereinigung
Schleswig-Holstein
Für die Menschen im Land.

Leitfaden zur Abschätzung Ihres Honorars 2009

Mit Beginn des Jahres 2009 wurde die Honorierung der von Ihnen erbrachten Leistungen auf eine völlig neue Basis gestellt. Für Sie besonders wichtig ist die Einführung des Regelleistungsvolumens (RLV). Die Höhe Ihres individuellen RLV für das Quartal I/2009 inklusive einer Prognose Ihres Gesamtumsatzes haben Sie von uns Mitte Dezember 2008 erhalten.

Damit Ihnen die Umstellung möglichst leicht fällt, möchten wir Sie mit dieser Broschüre über die Änderungen informieren. Auf den ersten Seiten erhalten Sie zunächst in aller Kürze die wichtigsten Informationen dazu, wie Sie sich am besten auf die neue Honorarwelt einstellen können. Daran anschließend erläutern wir Ihnen die Grundlagen, Berechnung und Wirkungsweise der RLV. Für weitere aktuelle Informationen haben wir auf unserer Internetseite unter www.kvsh.de die Rubrik „Honorarreform 2009“ eingerichtet.

Sind Sie Psychotherapeut oder ein ausschließlich psychotherapeutisch tätiger Arzt? Dann erhalten Sie kein RLV und sind deshalb von den folgenden Ausführungen nicht betroffen. In dieser Broschüre finden Sie unter Punkt 5 Erläuterungen zu den so genannten „zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen“, die für Sie gelten.

Wie können Sie Ihr Honorar abschätzen?

Damit Sie besser abschätzen können, was die Einführung des RLV für Ihre Praxis bedeutet, haben wir für Sie eine kleine „Gebrauchsanleitung“ zusammengestellt.

Schritt 1: Abschätzung der „freien Leistungen“

Als Erstes sollten Sie sich einen Überblick über jene Leistungen verschaffen, die überhaupt nicht dem RLV unterliegen. Bitte werfen Sie dazu einen Blick in die Liste der so genannten „freien Leistungen“, die Sie auf Seite 17 in dieser Broschüre finden. Stellen Sie fest, welche dieser Leistungen Sie erbringen und welchen Anteil diese am Umsatz Ihrer Praxis haben.

Um den Umsatz abzuschätzen, den Sie künftig mit diesen Leistungen erwirtschaften können, multiplizieren Sie den Preis dieser Leistungen mit der Häufigkeit, in der Sie diese voraussichtlich erbringen. Orientieren Sie sich dazu bitte an den Ihnen bekannten Abrechnungshäufigkeiten aus der Vergangenheit. Bitte beachten Sie, dass seit 1. Januar 2009 auch einige Leistungen im EBM höher bewertet werden.

Wie errechnet sich der Preis der Leistungen?

Grundlage der regionalen Gebührenordnung ist der Einheitliche Bewertungsmaßstab in der jeweils gültigen Fassung (vgl. <http://www.kbv.de/ebm2009/EBMGesamt.htm>) bewertet mit einem Punktwert in Höhe von 3,5001 Cent.

Schritt 2: Abschätzung der Zuschlagsleistungen

Für bestimmte weitere Leistungen (siehe Seite 9f.) erhalten Sie zusätzlich zum RLV **ein weiteres individuelles Honorarvolumen** in Form von Zuschlägen.

Bei **Hausärzten** gilt dies für neun Leistungsbereiche. Jeder Zuschlag ist jeweils in Euro ausgewiesen. Sofern Sie berechtigt sind, Leistungen, für die ein Zuschlag gilt, zu erbringen, multiplizieren Sie jeden zutreffenden Zuschlag (zum Beispiel Ergometrie 1,50 Euro) mit Ihrer RLV-Fallzahl und summieren Sie die Ergebnisse. Damit haben Sie Ihre individuelle maximale Zuschlagssumme berechnet.

Nun stellen Sie diese Zuschlagssumme dem zu erwartenden Honorar für diese Leistungen (Häufigkeit mal Preis laut Euro-Gebührenordnung) gegenüber. Liegen Sie **unter** dieser Zuschlagssumme, erhalten Sie auch diese Leistungen vollständig mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung erstattet.

Liegen Sie dagegen **über** der Zuschlagssumme, erhalten Sie für die übersteigenden Leistungen nur einen sehr niedrigen Preis, es sei denn, Sie konnten Ihr RLV nicht ausschöpfen. Haben Sie also noch „Luft“ im RLV, können Sie es mit solchen Zuschlagsleistungen ausfüllen. Die Leistungsbereiche können auch teilweise untereinander verrechnet werden. Details hierzu finden Sie auf Seite 10.

Bei **Fachärzten** gibt es nur einen Zuschlag, nämlich für Teilradiologie (5,00 Euro pro Fall). Die Berechnung kann – mit nur einer Summe – analog durchgeführt werden.

Schritt 3: Vergleich Rest-Honorar mit RLV

Als **Nächstes** vergleichen Sie bitte den Teil Ihres Honorars, den Sie **nicht** mit „freien Leistungen“ oder Zuschlagsleistungen erwirtschaften werden, mit dem Ihnen mitgeteilten RLV.

Für alle „nicht freien“ Leistungen bildet dieses RLV nämlich die **Obergrenze** für Ihre künftige Honorierung. Überschreiten Sie mit Ihrer tatsächlichen Abrechnung (zum Beispiel 1/2009) diese Obergrenze, bekommen Sie für den darüber liegenden Teil nur eine sehr geringe Vergütung. Wie hoch diese Vergütung sein wird, stellt sich erst nach Abschluss der Abrechnung heraus. Hier gibt es noch einen Vergütungsbestandteil, dessen Höhe erst im Nachhinein feststeht. Bitte kalkulieren Sie vorsichtshalber mit einem niedrigen Wert.

Ergibt Ihr Vergleich, dass Sie das RLV deutlich überschreiten, gilt es zu reagieren

Liegen bei Ihnen **Praxisbesonderheiten** in einem so großen Ausmaß vor, dass Sie deswegen den Fallwert Ihrer Arztgruppe überschreiten, können Sie beantragen, Ihr RLV deswegen zu erhöhen. Ergeben sich im Verlauf des ersten Quartals 2009 besondere Umstände, die Ihre **Fallzahl** erhöhen (zum Beispiel wenn ein Kollege am Ort erkrankt ist und Sie einspringen müssen), haben Sie ebenfalls die Möglichkeit, dies per Antrag berücksichtigen zu lassen. Das gilt auch, wenn Sie im Vergleichsquartal 1/2008 wegen besonderer Umstände (zum Beispiel Praxis-schließung wegen längerer Krankheit) wesentlich niedrigere Fallzahlen als üblich hatten.

Liegen Sie unter dem RLV-Honorar?

Hat Ihr Vergleich ergeben, dass Sie unter Ihrem RLV-Honorar liegen werden, dies also eventuell nicht ausschöpfen, können Sie überlegen, ob Sie Ihre Leistungen steigern wollen. Beachten Sie in diesem Fall aber die Vorgaben einer wirtschaftlichen Behandlungsweise.

Wie bereits dargestellt, können nicht ausgeschöpfte RLV-Honorare auch für Überschreitungen Ihrer Zuschlagskontingente verwendet werden.

Also:

- 1.) Honorarvolumen Ihrer „freien Leistungen“ abschätzen.
- 2.) Honorarvolumen Ihrer „Zuschlagsleistungen“ abschätzen.
- 3.) Beides von Ihrem bisherigen Honorar abziehen.
- 4.) Den Rest mit dem Ihnen mitgeteilten RLV vergleichen.
- 5.) Unterschreiten Sie Ihr RLV, werden alle erbrachten Leistungen mit dem festen Preis der Euro-Gebührenordnung vergütet.
- 6.) Überschreiten Sie Ihr RLV, erhalten Sie für den Teil der Überschreitung nur eine sehr geringe Vergütung, deren Höhe erst nach erfolgter Abrechnung ermittelt werden kann.
- 7.) Haben Sie Praxisbesonderheiten in erheblichem Umfang oder außerordentlich niedrige Fallzahlen im Ausgangsquartal 1/2008, stellen Sie bereits jetzt einen Antrag auf Berücksichtigung.

Wissenswertes im Überblick

- Grundlage der regionalen Euro-Gebührenordnung ist der Einheitliche Bewertungsmaßstab in der jeweils gültigen Fassung (vgl. <http://www.kbv.de/ebm2009/EBMGesamt.htm>) bewertet mit einem Punktwert in Höhe von 3,5001 Cent.
- Mit den sich daraus ergebenden Preisen werden zunächst einmal prinzipiell alle Leistungen vergütet.
- Um eine übermäßige Ausdehnung der Praxis zu verhindern – so die Begründung des Gesetzgebers – wurden daneben Regelleistungsvolumen (RLV) eingeführt.
- Ihr RLV ergibt sich aus der Multiplikation eines arztgruppenspezifischen Fallwertes mit Ihren eigenen Fallzahlen aus dem Vorjahresquartal.
- Liegen Sie mit Ihren Fallzahlen des Vorjahresquartals um mehr als 50 Prozent über der durchschnittlichen Fallzahl Ihrer Arztgruppe, so werden diese Fälle bei Ihrer RLV-Berechnung mit verminderten Fallwerten berücksichtigt.
- Über einen Faktor wird zusätzlich das Alter der behandelten Patienten berücksichtigt.
- Im Ergebnis erhalten Sie einen Euro-Betrag als Ihr RLV. Dieser Betrag wird dann bei der Honorarabrechnung den tatsächlich abgerechneten Leistungen gegenübergestellt.
- Bis zur Höhe des vorab zugewiesenen RLV werden Ihre abgerechneten Leistungen nach der Euro-Gebührenordnung, also zu einem festen Preis, vergütet.
- Überschreiten Sie mit Ihrer tatsächlichen Abrechnung das Ihnen vorab zugewiesene RLV, wird dieser Teil mit einem „floatenden“ Preis vergütet.
- Neben dem RLV werden für bestimmte Leistungen zusätzliche Honorarvolumen zur Verfügung gestellt.
- In speziellen Fällen können Sie einen Antrag auf Berücksichtigung individueller Besonderheiten stellen.
- Mit den festen Preisen werden auch die so genannten „freien Leistungen“ vergütet. Je nach Versorgungsbereich oder Arztgruppe können diese Leistungen bereits einen beachtlichen Teil Ihrer Vergütung ausmachen.
- Für Psychotherapeuten und ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte gibt es kein RLV, sondern „zeitbezogene Kapazitätsgrenzen“.
- Die bisherigen Regelungen der Vereinbarung zum Honorarverteilungsmaßstab (HVM) haben seit dem 1. Januar 2009 keine Gültigkeit mehr.

Inhalt

1.	Allgemeines zum Regelleistungsvolumen (RLV)	
1.1	Vorgaben des Gesetzgebers und der Bundesgremien	6
1.2	Orientierung an der Morbiditätsentwicklung.....	6
1.3	Die regionale Euro-Gebührenordnung	6
1.4	Das Regelleistungsvolumen	6
1.5	Abgestaffelte Leistungen (Überschreitung des RLV)	6
2.	Berechnung und Honorierung des RLV	
2.1	Arztgruppen	7
2.2	Berechnung	7
2.3	Fallzahlen	7
2.4	Welche Folge hat eine überdurchschnittliche Fallzahl?.....	8
3.	Verhältnis RLV zum Honorar insgesamt	
3.1	RLV und „freie Leistungen“	9
3.2	Qualitätsbezogene Fallwertzuschläge für Hausärzte.....	9
3.3	Qualitätsbezogener Fallwertzuschlag für Fachärzte (Teilradiologie)	10
4.	Weitere Informationen zum RLV	
4.1	Gemeinschaftspraxen	11
4.2	Job-Sharing	11
4.3	Regelungen für Neupraxen.....	11
4.4	Regelungen für die Umwandlung von Kooperationen	11
5.	Psychotherapie	
5.1	Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen	12
5.2	Fachgruppen	12
5.3	Überschreitung der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze	12
5.4	Wie hoch sind die Kapazitätsgrenzen?.....	12
6.	Antragsverfahren auf Anpassung des RLV	13
7.	Beschränkung von Umsatzveränderungen	14
8.	Anhang	
	ANHANG 1: Für das RLV relevante Arztgruppen	15
	ANHANG 2: „Freie Leistungen“	17
	IMPRESSUM	18

1. Allgemeines zum Regelleistungsvolumen (RLV)

1.1 Vorgaben des Gesetzgebers und der Bundesgremien

Der Gesetzgeber hat im Sozialgesetzbuch zum 1. Januar 2009 Regelleistungsvolumen (RLV) eingeführt. Das zuständige Bundesgremium – der Erweiterte Bewertungsausschuss – hat in seiner Sitzung am 27. und 28. August 2008 weitere Vorgaben zur Ermittlung der RLV gemacht. Diesem Beschluss sind zwischenzeitlich noch weitere Anpassungsbeschlüsse gefolgt. Ein Teil der Umsetzungsvorgaben muss zudem auf Landesebene mit den Krankenkassen im Detail verhandelt werden.

Die Regelungen, die wir Ihnen in der Broschüre erklären, beruhen auf diesen Vorgaben.

1.2 Orientierung an der Morbiditätsentwicklung

Auch im Jahr 2009 zahlen die Krankenkassen eine Gesamtvergütung an die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen). Anders als in den Jahren davor, soll sich die Gesamtvergütung nicht mehr an der von Wirtschaftsfaktoren abhängigen Entwicklung der Grundlohnsumme orientieren, sondern an der Morbidität der Versicherten („morbiditätsbedingte Gesamtvergütung“).

1.3 Die regionale Euro-Gebührenordnung

Seit dem 1. Januar 2009 erfolgt die Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen nach der regionalen Gebührenordnung. Diese enthält feste Euro-Preise: Der jeweilige Preis errechnet sich aus der Multiplikation der für die entsprechende EBM-Leistung ausgewiesenen Punktzahl mit dem regional verhandelten Punktwert. Ausgangspunkt ist dabei der vom Erweiterten Bewertungsausschuss vorgegebene Orientierungspunktwert (OPW) in Höhe von 3,5001 Cent. Davon kann allerdings im Jahr 2009 regional nicht abgewichen werden.

Grundlage der regionalen Gebührenordnung ist daher der Einheitliche Bewertungsmaßstab in der jeweils gültigen Fassung (vgl. www.kbv.de/ebm2009/EBMGesamt.htm) bewertet mit einem Punktwert in Höhe von 3,5001 Cent

1.4 Das Regelleistungsvolumen

Die zum 1. Januar 2009 bundesweit im Bereich der jeweiligen KV eingeführten RLV lösen die bisher bekannte Form der Honorarverteilung ab.

Vereinfacht ausgedrückt ergibt sich das RLV aus der Multiplikation eines arztgruppenspezifischen Fallwertes (in Euro) und der individuellen Fallzahl des Arztes aus dem Vorjahresquartal. Zusätzlich wird noch das Alter der behandelten Patienten berücksichtigt.

Dabei wird das RLV je Arzt ermittelt. Die Zuweisung selbst erfolgt aber praxisbezogen. Es werden also je nach Zusammensetzung der Praxis die einzelnen Arzt-RLV addiert. Dieser Betrag steht der Praxis insgesamt zur Verfügung.

Bis zur Höhe des individuellen RLV erfolgt die Vergütung mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung (siehe unter 1.3).

Ab dem Quartal 1/2009 entfallen damit alle Verteilungs- und Begrenzungsregelungen, die Sie bisher aus den Vereinbarungen zum HVM kennen.

1.5 Abgestaffelte Leistungen (Überschreitung des RLV)

Die Vergütung der abgerechneten Leistungen, die über das RLV hinausgehen, erfolgt zu einem niedrigeren Preis. Dieser Preis wird je Versorgungsbereich (Hausärzte/Fachärzte) getrennt ermittelt. Wie in der Vergangenheit hängt dieser Preis von den tatsächlichen Abrechnungsergebnissen ab und wird von Quartal zu Quartal schwanken.

2. Berechnung und Honorierung des RLV

2.1 Arztgruppen

Die Fallwerte für die Berechnung des RLV werden nach Arztgruppen beziehungsweise Schwerpunkten ermittelt. Sie finden eine entsprechende Übersicht im Anhang 1.

2.2 Berechnung

$$\text{RLV}_{\text{Arzt}} = \text{Fallwert}_{\text{AG}} \times \text{Fallzahl Vorjahresquartal}_{\text{Arzt}} \times \text{Altersfaktor}$$

Fallwert_{AG}

Nach den Vorgaben des Bewertungsausschusses wird ein so genannter arztgruppenspezifischer Fallwert ermittelt. Bei diesem Wert handelt es sich nicht um einen eigenen Fallwert, sondern um einen nach Vorgaben der Bundesebene ermittelten Arztgruppenwert.

Fallzahl_{Arzt}

Dies ist vereinfacht ausgedrückt die Anzahl der kurativ-ambulanten Arztfälle eines Arztes im Vorjahresquartal. Bei diesem Wert handelt es sich um die individuelle Fallzahl aus dem Vorjahresquartal.

Altersfaktor („Morbiditätsfaktor“)

Mit diesem Faktor wird das Alter der behandelten Patienten in die Ermittlung des RLV einbezogen.

Berücksichtigt wird der unterschiedliche Behandlungsaufwand in den verschiedenen Altersklassen:

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

Was ist die Folge des Altersfaktors?

Hat zum Beispiel eine Praxis im Quartal 1/2008 einen hohen Anteil von Patienten, die jünger als sechs Jahre oder älter als 60 Jahre sind, kann sich für bestimmte Arztgruppen ein Faktor größer als „1“ ergeben. Dies bedeutet eine entsprechende Erhöhung des RLV. Es kann auch Fälle geben, in denen sich ein Altersfaktor kleiner als „1“ ergibt. Dann wird das RLV entsprechend abgesenkt.

2.3 Fallzahlen

Bei der Berechnung des RLV wird auf die Fallzahlen des Arztes im Vorjahresquartal abgestellt. Welche Fallzahlen sind das genau?

Das zuständige Bundesgremium hat den KVen für die Berechnung der RLV eine neue Fallzahldefinition vorgegeben. Im Wesentlichen handelt es sich bei dieser Definition um die kurativ-ambulanten Fallzahlen im Vorjahresquartal, in denen mindestens eine RLV-relevante Leistung abgerechnet wurde.

Aus diesem Grund werden Sie in Ihren Honorarunterlagen aus dem Jahr 2008 keine Fallzahlen finden, die mit den im RLV verwendeten Fallzahlen exakt übereinstimmen. Ausgenommen sind u. a. Fälle im organisierten Notdienst und Überweisungen, bei denen ausschließlich Probenuntersuchungen und Befundungen von dokumentierten Untersuchungsergebnissen stattfinden.

Ihre für das RLV relevanten individuellen Fallzahlen 1/2008 haben wir Ihnen Mitte Dezember 2008 im Nachweis für die RLV-Berechnung Ihrer Praxis mitgeteilt.

Für das RLV relevante Fälle (laut Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 27. und 28. August 2008)

„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 gemäß 2.2 nicht dem Regelleistungsvolumen unterliegen, abgerechnet werden“.

Für die Fallzählung in Gemeinschaftspraxen gibt es für die Vergleichs quartale 1/2008 und 2/2008 eine Übergangsregelung, da die Kennzeichnungspflicht unter Angabe der lebenslangen Arztnummer (LANR) erst zum Quartal 3/2008 eingeführt wurde.

2.4 Welche Folge hat eine überdurchschnittliche Fallzahl?

Liegen Sie mit Ihren individuellen Fallzahlen des Vorjahresquartals um weniger als 50 Prozent über der durchschnittlichen Fallzahl Ihrer Arztgruppe, so hat diese Überschreitung bei der Berechnung Ihres RLV keine Auswirkung.

Liegen Sie jedoch im Vorjahresquartal mehr als 50 Prozent über der durchschnittlichen Fallzahl Ihrer Arztgruppe, so werden diese Fälle bei Ihrer RLV-Berechnung mit verminderten Fallwerten berücksichtigt.

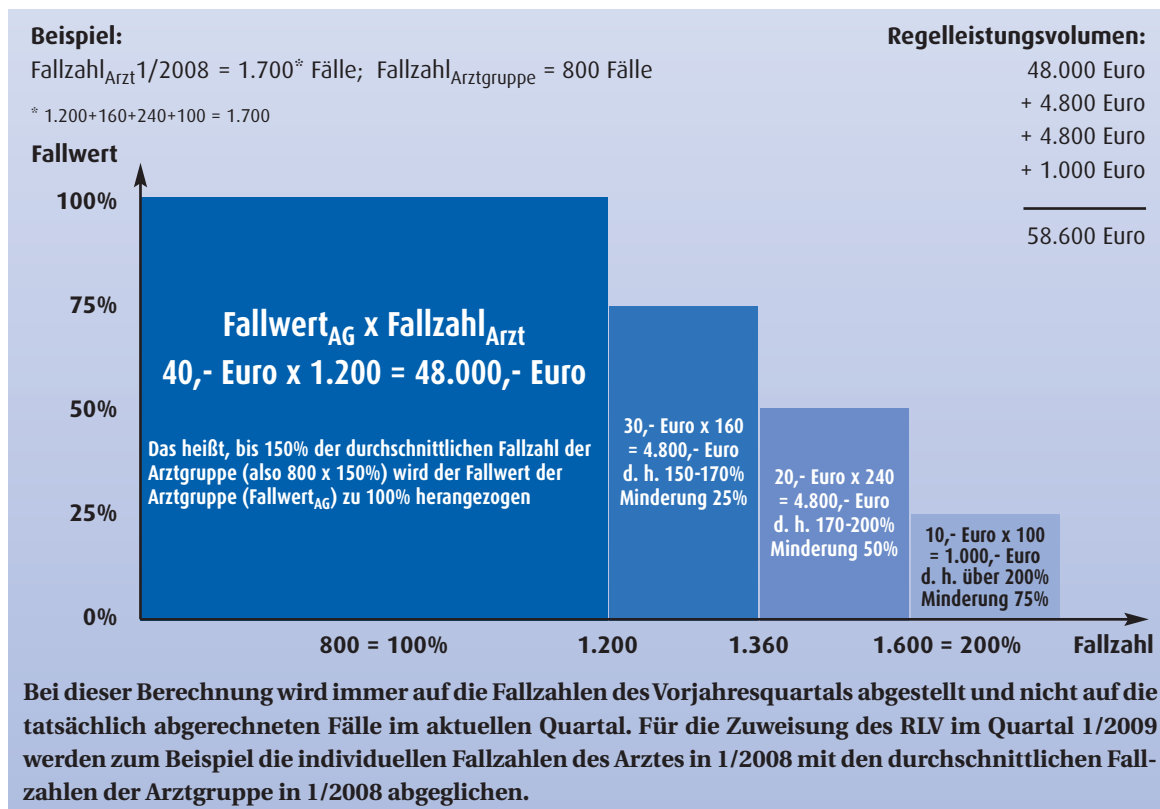
Was bedeutet das?

Der für die RLV-Berechnung verwendete arztgruppenspezifische Fallwert wird in diesem Fall stufenweise gemindert:

Um 25 Prozent: für Fälle über 150 bis 170 Prozent der durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe

Um 50 Prozent: für Fälle über 170 bis 200 Prozent der durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe

Um 75 Prozent: für Fälle über 200 Prozent der durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe



Wie sehen diese Arztgruppenwerte aus?

Eine entsprechende Übersicht finden Sie in Anhang 1.

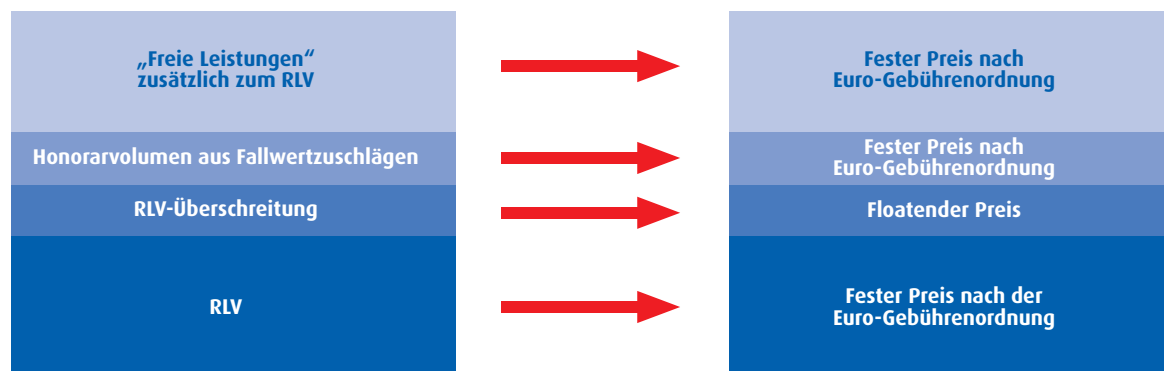
3. Verhältnis RLV zum Honorar insgesamt

3.1 RLV und „freie Leistungen“

Nicht die gesamte Honorierung erfolgt anhand des RLV. Neben Leistungen, die in das RLV einfließen, gibt es „freie Leistungen“, die je nach Arztgruppe einen großen Umfang der Honorierung ausmachen können. Diese „freien Leistungen“ werden nach der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet.

Die „freien Leistungen“ finden Sie in Anhang 2.

Wie setzt sich die ärztliche Vergütung ab dem Quartal 1/2009 zusammen?



3.2 Qualitätsbezogene Fallwertzuschläge für Hausärzte

Für bestimmte Leistungen werden zusätzliche Honorarvolumen zur Verfügung gestellt. Um diese zu erhalten, müssen im Abrechnungsquartal die entsprechenden Leistungen auch erbracht werden.

Nr.	Leistungsbereich	GOP	Zuschlag
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, 04331	1,00 €
4.	Kleinchirurgie	02300 bis 02302	1,50 €
5.	Langzeit-EKG	03322, 04322	1,00 €
6.	Langzeit-Blutdruckmessung	03324, 04324	1,00 €
7.	Spirometrie	03330, 04330	1,00 €
8.	Ergometrie	03321, 04321	1,50 €
9.	Chirotherapie	30200, 30201	1,00 €

Das zusätzliche Honorarvolumen ergibt sich aus der Multiplikation der eigenen RLV-Fallzahl des entsprechenden Vorjahresquartals (für das Quartal 1/2009 also mit der Fallzahl des Quartals 1/2008) mit dem je Leistungsbereich ausgewiesenen Betrag. Beispielsweise beträgt bei 900 Fällen das zusätzliche Honorarvolumen für Spirometrie insgesamt 900 Euro (900 x 1,00 Euro).

Verrechnungsmöglichkeiten

Sofern das Honorarvolumen überschritten wird, besteht eine Verrechnungsmöglichkeit mit einem nicht ausgeschöpften RLV. Umgekehrt können nicht ausgeschöpfte zusätzliche Honorarvolumen jedoch nicht mit Leistungen des RLVs aufgefüllt werden. Eine Verrechnung der zusätzlichen Honorarvolumen nach Nrn. 3 bis 9 ist allerdings möglich.

Ist das RLV bereits ausgeschöpft, wird die Überschreitung mit dem „floatenden“ Preis vergütet.

Beispiel 1: Bei 900 Fällen beträgt das zusätzliche Honorarvolumen für Langzeit-EKG insgesamt 900 Euro (900 x 1,00 Euro). Tatsächlich werden von Ihnen im Quartal 1/2009 Langzeit-EKG-Leistungen in Höhe von 1.200 Euro nach der neuen Euro-Gebührenordnung abgerechnet. In diesem Fall werden diese Leistungen bis 900 Euro voll vergütet. Darüber hinaus erfolgt die Vergütung zu einem „floatenden“ Preis. Haben Sie aber Ihr RLV oder ein anderes Honorarvolumen (zum Beispiel Chirotherapie) nicht vollständig ausgeschöpft, so können Sie die Überschreitung aus dem Honorarvolumen „Langzeit-EKG“ damit verrechnen.

Beispiel 2: Bei 900 Fällen beträgt das zusätzliche Honorarvolumen für Langzeit-EKG insgesamt 900 Euro (900 x 1,00 Euro). Tatsächlich werden von Ihnen im Quartal 1/2009 nur Langzeit-EKG-Leistungen in Höhe von 600 Euro nach der neuen Euro-Gebührenordnung abgerechnet. In diesem Fall werden alle Leistungen aus dem Honorarvolumen „Langzeit-EKG“ mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung vergütet. Damit bleibt Ihnen bei diesem Honorarvolumen ein Betrag von 300 Euro frei. Diesen Betrag können Sie mit einem anderen Honorarvolumen (zum Beispiel Chirotherapie), das Sie überschritten haben, verrechnen. Haben Sie dagegen Ihr RLV überschritten, ist eine Verrechnung nicht möglich.

3.3 Qualitätsbezogener Fallwertzuschlag für Fachärzte (Teilradiologie)

Im fachärztlichen Versorgungsbereich gibt es nur für die Teilradiologie einen Fallwertzuschlag. Innerhalb dieses Honorarvolumens werden die Leistungen mit festen Preisen nach der Euro-Gebührenordnung vergütet. Um diesen Zuschlag zu erhalten, müssen im Abrechnungsquartal entsprechende Leistungen erbracht werden.

Nr. Leistungsbereich	GOP	Zuschlag
1. Diagnostische Radiologie	34210 bis 34282	5,00 €

Das zusätzliche Honorarvolumen ergibt sich aus der Multiplikation der individuellen RLV-Fallzahl des entsprechenden Vorjahresquartals (für 1/2009 also 1/2008) mit dem ausgewiesenen Betrag.

Die Verrechnung mit einem nicht ausgeschöpften RLV ist möglich. Ist das RLV bereits ausgeschöpft, erfolgt die Vergütung der Überschreitung mit dem „floatenden“ Preis.

Von diesem Zuschlag ausgenommen sind Fachärzte für Nuklearmedizin, Radiologie oder Strahlentherapie. Hier sind die entsprechenden Leistungen Bestandteil des RLV.

4. Weitere Informationen zum RLV

4.1 Gemeinschaftspraxen

Grundsatz

Das RLV wird arztbezogen ermittelt, aber praxisbezogen zugewiesen. In einer Gemeinschaftspraxis ermittelt sich also das Praxis-RLV aus einer Addition der einzelnen RLV je Arzt.

Eine Besonderheit besteht bei Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten, in denen mehrere Ärzte derselben Arztgruppe praktizieren.

In diesen Fällen wird das RLV bei den Ärzten derselben Arztgruppe innerhalb der Praxis unter Berücksichtigung eines Aufschlags in Höhe von zehn Prozent berechnet. Dies gilt zum Beispiel nicht im Falle einer Job-Sharing-Praxis (siehe 4.2).

Dieser Aufschlag ist eine Übergangsregelung und auf den Zeitraum vom 1. Januar 2009 bis 30. Juni 2009 begrenzt.

4.2 Job-Sharing

Nach der Zulassungsverordnung für Ärzte dürfen Weiterbildungs- und Entlastungsassistenten den Praxisumfang nicht erweitern. Gleiches gilt für Partner und angestellte Ärzte im Job-Sharing nach den Bedarfsplanungsrichtlinien. Die Tätigkeit angestellter Ärzte und Partner im Rahmen des Jobsharings sowie von Weiterbildungs-, Entlastungs- und Sicherstellungsassistenten begründet kein zusätzliches RLV.

4.3 Regelungen für Neupraxen

Wachstumsärzte

Ärzte, die weniger als fünf Jahre niedergelassen sind und eine unterdurchschnittliche Fallzahl aufweisen, haben die Möglichkeit, die durchschnittliche Fallzahl ihrer Arztgruppe zu erreichen.

Praxisübernahme

Bei Übernahme eines Praxissitzes nach § 103 Abs. 4 SGB V wird dem Praxisübernehmer die zur Berechnung des RLV maßgebliche Fallzahl des Vorgängers übertragen. Voraussetzung hierfür ist, dass die Praxis in einem Umkreis von höchstens 500 m fortgeführt wird. Ist dieses RLV jedoch unterdurchschnittlich, so besteht die Möglichkeit, den Durchschnitt der Arztgruppe zu erreichen.

4.4 Regelungen für die Umwandlung von Kooperationen

Die Flexibilisierung der ärztlichen Tätigkeit (Stichwort: Vertragsarztrechtsänderungsgesetz) hat zu einer Vielzahl von neuen Kooperationsformen geführt (Gemeinschaftspraxen mit mehreren Tätigkeitsorten, Medizinische Versorgungszentren, vereinfachte Anstellungsmöglichkeiten für Vertragsärzte, KV-übergreifende Tätigkeit usw.), deren konkrete Ausgestaltung sich oftmals ändert.

Sollten Sie hierzu Fragen haben, können Sie sich direkt an unser Service-Team unter der Telefonnummer 04551 - 883 883 wenden.

5. Psychotherapie

5.1 Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen

Für die psychotherapeutischen Fachgruppen wird kein RLV ermittelt. Vielmehr gibt es eine Mengengrenzung, die über zeitbezogene Kapazitätsgrenzen gesteuert wird. Unter dieser Kapazitätsgrenze ist eine maximale Abrechnungszeit in Minuten pro Quartal zu verstehen.

Überschreitet die tatsächlich abgerechnete ärztliche beziehungsweise psychotherapeutische Zuwendungszeit diese Kapazitätsgrenze, werden diese Leistungen mit niedrigeren Preisen vergütet, dies jedoch nur bis zum 1,5-fachen der Minutenbegrenze.

Die Ermittlung der zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen erfolgt dabei je Quartal auf Grundlage der Prüfzeiten des Anhangs 3 zum EBM.

Die zeitbezogene Kapazitätsgrenze setzt sich zusammen aus

- 1.) dem Anteil für antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen in Höhe von 27.090 Minuten und
- 2.) dem Anteil für nicht antragspflichtige und genehmigungspflichtige Leistungen der durchschnittlich abgerechneten ärztlichen beziehungsweise therapeutischen Zuwendungszeit je Arzt je Fachgruppe.

Aus der Addition von 1. und 2. ergibt sich gruppenspezifisch die zeitbezogene Kapazitätsgrenze je Arzt oder Psychotherapeut.

Der im Rahmen der Regelung angesetzte Anteil für antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen in Höhe von 27.090 Minuten ergibt sich aus folgenden Werten:

- Maximal ausgelastete Praxis mit 43 Wochen Arbeitszeit im Jahr bei
- 36 Sitzungen genehmigungspflichtiger Psychotherapie pro Woche und einer Plausibilitätszeit von 70 Minuten

5.2 Fachgruppen

Für folgende Fachgruppen gilt die zeitbezogene Kapazitätsgrenze und nicht das RLV:

- Psychologische Psychotherapeuten
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
- Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- andere ausschließlich psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte gemäß den Kriterien der Bedarfsplanungsrichtlinien

5.3 Überschreitung der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze

Überschreitet die abgerechnete Zuwendungszeit die vorgegebene zeitbezogene Kapazitätsgrenze je Arzt/Psychotherapeut,

- erfolgt bis zur Kapazitätsgrenze die Vergütung mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung.
- Die Vergütung der oberhalb dieser Grenze abgerechneten Leistungen erfolgt maximal bis zur 1,5-fachen Kapazitätsgrenze mit dem „floatenden“ Preis des fachärztlichen Versorgungsbereichs.
- Darüber hinaus erfolgt keine Vergütung.

5.4 Wie hoch sind die Kapazitätsgrenzen?

Gruppe	Zeitbezogene Kapazitätsgrenze (Minuten) je Quartal
Psychologische Psychotherapeuten	29.996
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	30.504
Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	30.745
andere ausschließlich psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte	29.629

6. Antragsverfahren auf Anpassung des RLV

Wer kann einen Antrag stellen?

Bei diesen Verfahren handelt es sich um „Anträge zur Anpassung des RLV“.

- Es muss Ihnen also ein RLV zugewiesen worden sein.
- Daher kommt ein solcher Antrag nicht in Betracht, wenn für Sie eine zeitbezogene Kapazitätsgrenze (siehe unter 5.) gilt, da bei der Ermittlung der Kapazitätsgrenzen keine Fallwerte oder Fallzahlen herangezogen werden.

Wie kann ich eine Sondersituation geltend machen?

Fallzahlen

In bestimmten Konstellationen kann bei der KVSH ein Antrag auf Korrektur des RLV in Bezug auf die Fallzahlen gestellt werden. Die Voraussetzungen für einen solchen Antrag sind von der Bundesebene vorgegeben.

Diese sind

- urlaubs- und krankheitsbedingte Vertretung eines Arztes der eigenen Berufsausübungsgemeinschaft
- urlaubs- und krankheitsbedingte Vertretung eines Arztes einer Arztpraxis in der näheren Umgebung der Arztpraxis
- Aufgabe einer Zulassung oder genehmigten Tätigkeit eines Arztes der eigenen Berufsausübungsgemeinschaft
- Aufgabe einer Zulassung oder genehmigten Tätigkeit eines Arztes in der näheren Umgebung der Arztpraxis
- außergewöhnliche und/oder durch den Arzt unverschuldete Gründe, die zu einer niedrigeren Fallzahl des Arztes im Aufsatzquartal geführt haben.

Voraussetzung ist immer eine außergewöhnlich starke Erhöhung der Fallzahl des Arztes.

Bei der besonderen Situation hinsichtlich der Fallzahlen ist zu unterscheiden zwischen einer sehr hohen Fallzahl im aktuellen Quartal, die auf „äußere“ Umstände (zum Beispiel die Aufgabe der Zulassung eines Arztes in der näheren Umgebung) zurückzuführen sein kann oder einer ausnahmsweise relativ geringen Fallzahl im Vorjahresquartal (zum Beispiel durch Krankheit des Arztes).

Fallwert

Auf Antrag kann das RLV je Arzt auch angepasst werden, wenn eine Praxisbesonderheit festgestellt wird und zusätzlich daraus eine Überschreitung des durchschnittlichen Fallwertes der Arztgruppe von mindestens 30 Prozent resultiert. Aus Gründen der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung können die Partner der Gesamtverträge jedoch auch Praxisbesonderheiten feststellen, wenn dieser Mindestwert nicht vorliegt. Praxisbesonderheiten können sich ergeben aus einem besonderen Versorgungsauftrag oder einer besonderen, für die Versorgung bedeutsamen fachlichen Spezialisierung.

Es gibt also zwei Antragsrichtungen:

- zum einen auf Anpassung der dem RLV zugrunde liegenden eigenen Fallzahlen und
- zum anderen auf Anpassung des bei der RLV-Berechnung verwendeten arztgruppen-spezifischen Fallwertes.

7. Beschränkung von Umsatzveränderungen

Aufgrund einer Initiative der KV Schleswig-Holstein ist es auf Bundesebene gelungen, dass die regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen für die Dauer von zwei Jahren zumindest extreme Honorarverwerfungen unter den Arztpraxen abmildern können.

Für die Abrechnungsquartale I/2009 und II/2009 hat sich die KVSH mit den Krankenkassen einvernehmlich auf eine Übergangsregelung verständigt. Diese Übergangsregelung ist allerdings nicht mehr als eine Notlösung, um das Schlimmste zunächst abzuwenden und damit die flächendeckende Patientenversorgung in Schleswig-Holstein nicht zu gefährden.

Mit der Zugewinnbegrenzung setzt die KVSH gemeinsam mit den ärztlichen Berufsverbänden das größtmögliche Zeichen innerärztlicher Solidarität.

Welche Leistungen sind von der Übergangsregelung nicht betroffen?

In den GKV-Umsatz werden keine Erlöse aus dem organisierten Notdienst, Kostenpauschalen und in Euro-Beträgen bewertete Leistungen einbezogen, wie z. B.:

- *Laborkosten Kapitel 32*
- *Kostenpauschalen Kapitel 40*
- *Sonderverträge*
- *Onkologievereinbarung*
- *Wegepauschalen*
- *Dialyse-Sachkosten*
- *DMP-Verträge*

Verlustbegrenzung

- Bezogen auf die Quartale I/2008 und II/2008 verliert keine Arztpraxis mehr als 7,5 Prozent ihres Gesamtumsatzes.
- Voraussetzung dafür ist, dass das RLV des Arztes/der Berufsausübungsgemeinschaft in den jeweiligen Quartalen vollständig ausgeschöpft wird und die Honorarverluste zum Vorjahresquartal nicht durch von der Praxis zu verantwortende Gründe entstanden sind.

Zuwachsbegrenzung

- Die Verlustbegrenzung ist nicht mit zusätzlichem Geld der Krankenkassen verbunden. Sie kann grundsätzlich nur mit einer Begrenzung von Honorarzuwachsen auf „Null“ ermöglicht werden.
- Eine Ausnahme hiervon bilden Praxen, die aufgrund der alten HVM-Systematik einen niedrigeren praxisindividuellen Punktwert als den Orientierungspunktwert von 3,5001 Cent und – bezogen auf die Fachgruppe – eine mindestens zu 90 Prozent durchschnittliche Leistungsmenge pro Fall hatten. Diese Praxen können bis zu 5 Prozent Honorarzuwachs erreichen.
- Im extrabudgetären Bereich ist durch die Honorarreform eine sehr unübersichtliche Situation entstanden. So hat es gegenüber 2008 Punktwertverluste gegeben; andererseits sind einige Leistungen erstmalig extrabudgetär gestellt worden. Ein Honorarzuwachs bei diesen Leistungen ist möglich, bei anderen Leistungen ist dieser nur durch erhebliche Mehrmengen zu erreichen. Um den Praxen einen Leistungsanreiz zu geben, verbleibt ein Honorarzuwachs im extrabudgetären Bereich zu 60 Prozent in der Praxis.

Wer ist von der Übergangsregelung (Verlust- bzw. Gewinnbegrenzung) nicht betroffen?

- Alle Arztgruppen ohne Regelleistungsvolumen (RLV), das sind: Laborärzte, Pathologen, Strahlentherapeuten, auf wenige Einzelleistungen ermächtigte Ärzte, Ärztliche und Psychologische Psychotherapeuten
- Ärzte in der Wachstumsphase. Das bedeutet, dass Ärzte mit einem maximalen RLV (Obergrenze) beim Vergleich des Gesamthonorars der Praxis nicht berücksichtigt werden. Ein potentielles Wachstum wird damit ermöglich

8. Anhang

Anhang 1: Für das RLV relevante Arztgruppen

Arztgruppe	Ø-RLV-Fallzahl 4/2009	Ø-RLV-Fallwert 4/2009
Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Hausärztliche Internisten	792,9	37,38 €
Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	941,4	35,75 €
Hausärzte ohne Kinderärzte mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Onkologie, deren Fallwert 30 % oberhalb des durchschnittlichen Arztgruppenfallwertes liegt	277,4	90,78 €
Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinderkardiologie	740,0	67,68 €
Überwiegend psychotherapeutisch tätige Hausärzte (mehr als 50 % und weniger als 90 % Anteil an psychotherapeutischen Leistungen)	131,5	61,94 €
Fachärzte für Anästhesiologie mit einem RLV-Leistungsanteil von mind. 60 %, deren Fallwert 30 % oberhalb des durchschnittlichen Arztgruppenfallwertes liegt		
Fachärzte für Gefäßchirurgie, sofern der Fallwert 30 % oberhalb des durchschnittlichen Fallwertes der Arztgruppe liegt	604,0	46,26 €
Fachärzte für Anästhesiologie	180,8	11,15 €
Fachärzte für Augenheilkunde	1.313,0	21,22 €
Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie, für Herzchirurgie, für Neurochirurgie	627,6	26,35 €
Fachärzte für Neurochirurgie, sofern der Fallwert 30 % oberhalb des durchschnittlichen Fallwertes der Arztgruppe liegt	418,8	55,22 €
Fachärzte für Frauenheilkunde	927,3	17,34 €
Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	1.120,2	25,91 €
Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie	928,5	30,71 €
Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten	1.301,5	16,84 €
Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	86,7	12,35 €
Fachärzte für Nervenheilkunde	766,3	30,09 €
Fachärzte für Orthopädie	1.007,7	27,76 €
Fachärzte für Physikalisch-Rehabilitative Medizin	591,5	26,23 €
Fachärzte für Urologie	901,4	24,03 €
Fachärzte für Neurologie	654,3	36,78 €
Fachärzte für Innere Medizin mit Versorgungsschwerpunkt Endokrinologie	735,8	31,66 €
Fachärzte für Innere Medizin mit Versorgungsschwerpunkt Hämato-/ Onkologie	424,2	55,42 €
Fachärzte für Innere Medizin mit Versorgungsschwerpunkt Nephrologie	150,5	14,44€
Fachärzte für Innere Medizin mit Versorgungsschwerpunkt Pneumologie	1.003,6	43,66 €

8. Anhang

Anhang 1: Für das RLV relevante Arztgruppen (Fortsetzung)

Arztgruppe	Ø-RLV-Fallzahl 4/2009	Ø-RLV-Fallwert 4/2009
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt Kardiologie oder Angiologie mit und ohne invasive Tätigkeit	787,1	59,17 €
Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören, einschließlich der Gastroenterologen und Rheumatologen	661,3	38,26 €
Fachärzte für Diagnostische Radiologie ohne Vorhaltung von CT und MRT	547,0	23,52 €
Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT	620,1	73,97 €
Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT und MRT	988,3	78,25 €
Fachärzte für Nuklearmedizin	589,9	79,60 €
Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung MRT	288,3	100,50 €
Fachärzte für Psychiatrie und Fachärzte für Nervenheilkunde/Psychiatrie und Neurologie mit Psychiatrieanteil größer 65 %	361,8	24,97 €
Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie mit Teilnahme an der Vereinbarung zur sozialpsychiatrischen Versorgung	240,8	52,30 €
Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie ohne Teilnahme an der Vereinbarung zur sozialpsychiatrischen Versorgung	107,8	30,43 €
Überwiegend psychoth. tätige Fachärzte, die keiner zeitbezogenen Kapazitätsgrenze unterliegen (mehr als 50 % und weniger als 90 % Anteil an psychotherapeutische Leistungen)	103,3	44,95 €
Fachärzte für Humangenetik	158,0	388,15 €

Arztgruppe	Kapazitätsgrenze in Minuten
Psychotherapeuten	29.996
Fachärzte für psychosomatische Medizin und Psychotherapie	30.504
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	30.745
andere ausschließlich psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte gemäß den Kriterien der Bedarfsplanungsrichtlinien	29.629

Anhang 2: „Freie Leistungen“

Folgende Leistungen unterliegen nicht den RLV und werden nach der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet.

1.) Versorgungsbereichsübergreifende Leistungen

Sowohl im hausärztlichen wie fachärztlichen Versorgungsbereich unterliegen folgende Leistungen nicht den RLV und werden nach der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet:

- a. Vergütungen für Leistungen, die im Rahmen besonderer, nicht für alle Krankenkassen gültiger Verträge vereinbart worden sind:
 - Modellvorhaben gemäß §§ 63, 64 SGB V,
 - Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73b SGB V,
 - Verträge über eine besondere ambulante ärztliche Versorgung gemäß § 73c SGB V,
 - Vereinbarungen über strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten gemäß § 137f-g SGB V (DMP),
 - Verträge zur integrierten Versorgung gemäß §§ 140 a bis h SGB V.
- b. Vergütungen für regional vereinbarte, nicht im EBM enthaltene Leistungen,
- c. Leistungen im organisierten ärztlichen Bereitschaftsdienst,
- d. Belegärztliche (kurativ-stationäre) Leistungen (Leistungen des Kapitels 36, die Gebührenordnungspositionen 13311, 17370 und Geburtshilfe),
- e. Leistungen des Kapitels 31 sowie die Gebührenordnungspositionen 13421 bis 13431 sowie 04514, 04515, 04518 und 04520,
- f. Leistungen der Abschnitte 1.7.1 bis 1.7.4 EBM,
- g. Früherkennungsuntersuchung U 7a,
- h. Hautkrebsscreening,
- i. Durchführung von Vakuumstanzbiopsien,
- j. Strahlentherapie,
- k. Phototherapeutisches Keratektomie,
- l. Leistungen der künstlichen Befruchtung,
- m. Dialysesachkosten,
- n. Operative Leistungen einschließlich Anästhesien nach § 115 b SGB V soweit sie nicht in Buchstabe d enthalten sind,
- o. Belegärztliche Begleitleistungen,
- p. Betreuungsleistungen nach den EBM-Pos. 16230 und 21230,
- q. Besuche in Pflegeheimen nach SGB XI außerhalb des ärztlichen Bereitschaftsdienstes (EBM Abschnitt I.4),
- r. Substitutionsbehandlung (§ 87a Abs. 3 Satz 5 SGB V),
- s. Leistungen der antragsgebundenen Psychotherapie,

- t. besondere Inanspruchnahme (GOP 01100 bis 01102),
- u. dringende Besuche (GOP 01411, 01412, 01415),
- v. Leistungen des Abschnitts 30.7.1 zur Versorgung chronisch schmerztherapeutischer Patienten durch nicht ausschließlich schmerztherapeutisch tätige Ärzte,
- w. Akupunktur des Abschnitts 30.7.3,
- x. Laboratoriumsmedizinische Untersuchungen des Kapitels 32,
- y. Kostenpauschalen des Kapitels 40.

Für die unter a. bis c. genannten Leistungsbereiche gelten die unter den Vertragspartnern bilateral getroffenen Vereinbarungen. Für die übrigen Leistungen gilt die Euro-Gebührenordnung.

2. Hausärztlicher Versorgungsbereich

Im hausärztlichen Versorgungsbereich unterliegen folgende Leistungen nicht den RLV und werden nach der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet:

- a. Zusatzpauschalen zur Behandlung von Transplantations-trägern (GOP 04523, 04525, 04527, 04537),
- b. Auswertung Langzeit-EKG als Auftragsleistung (Definitions- oder Indikationsauftrag) (GOP 03241 und 04241).

3. Fachärztlicher Versorgungsbereich

Im fachärztlichen Versorgungsbereich unterliegen folgende Leistungen nicht den RLV und werden nach der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet :

- a. Zusatzpauschalen zur Behandlung von Transplantations-trägern (GOP 13437, 13438, 13439, 13677),
- b. Auswertung Langzeit-EKG als Auftragsleistung (Definitions- oder Indikationsauftrag) (GOP 13253 und 27323),
- c. ambulante praxisklinische Betreuung und Nachsorge (GOP 01510 bis 01531),
- d. Leistungen der Empfängnisregelung, Sterilisation und im Rahmen von Schwangerschaftsabbrüchen der Abschnitte 1.7.5 bis 1.7.7 EBM,
- e. Behandlung von Naevi Flammei und Hämangiomen (GOP 10320 bis 10324),
- f. Laborkonsiliarpauschale und Laborgrundpauschale (GOP 12210 und 12225),
- g. Histologie, Zytologie (GOP 19310 bis 19312, 19331),
- h. Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie ESWL (GOP 26330),
- i. Polysomnographie (GOP 30901),
- j. MRT-Angiographie des Abschnitts 34.7.

Hinweise

Aktuelle Informationen finden Sie auch im Internet unter der Rubrik „Honorarreform 2009“ unter www.kvsh.de.

Für Fragen steht Ihnen auch unser Service-Team unter der Telefonnummer 04551 883-883 zur Verfügung.

Sie erreichen es von Montag bis Donnerstag von 8 Uhr bis 17 Uhr sowie am Freitag von 8 Uhr bis 14 Uhr.

Impressum

Herausgeber:
Kassenärztliche Vereinigung
Schleswig-Holstein
Bismarckallee 1-6
23795 Bad Segeberg
www.kvsh.de

Redaktion:
KVSH, Abt. Gesundheitspolitik und Kommunikation

Gestaltung:
LayoutDeluxe, Hamburg

Stand: März 2009

Als Basis diente die Broschüre zum
Regelleistungsvolumen 2009 der KV Bayerns.



Kassenärztliche Vereinigung
Schleswig-Holstein
Für die Menschen im Land.

Bismarckallee 1-6
23795 Bad Segeberg
www.kvsh.de