

Rundschreiben zur Bekanntmachung nach § 25 der Satzung der KVWL

Änderung der Vereinbarung über die Honorierung vertragsärztlicher Leistungen auf der Grundlage der regionalen Euro-Gebührenordnung in Verbindung mit Regelleistungsvolumina (RLV-Vertrag) Quartale 1/2010 – 4/2010

Der Bewertungsausschuss hat am 22.09.2009 die seit dem 01.07.2009 gültige Beschlussfassung zur Berechnung und Anpassung der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumina nach § 87 b, Abs. 2 und 3 SGB V mit Ausnahme weniger Änderungen für das erste Quartal 2010 fortgeschrieben. Auf dieser Grundlage wird die regionale *„Vereinbarung über die Honorierung vertragsärztlicher Leistungen auf der Grundlage der regionalen Euro-Gebührenordnung in Verbindung mit Regelleistungsvolumina“* in der Fassung vom 25.05.2009 (vgl. „Pluspunkt“ Nr. 3/2009, S. 26 ff.) mit Wirkung zum 01.01.2010 wie folgt geändert (die Änderungen sind in Fettdruck und kursiv wiedergegeben).

- I. **Ziffer 4.1 *„Bestimmung des Anteils der vorhersehbaren morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zur Bildung von Regelleistungsvolumina“* wird wie folgt ergänzt:**

4. Ermittlung und Festsetzung der Regelleistungsvolumina

4.1 Bestimmung des Anteils der vorhersehbaren morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zur Bildung von Regelleistungsvolumina

Grundlage für die Ermittlung und Festsetzung der Regelleistungsvolumina ist die vorhersehbare morbiditätsbedingte Gesamtvergütung. Sie ist

- unter Berücksichtigung der zu erwartenden Zahlungen im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 75 Abs. 7 und 7a SGB V sowie

Rundschreiben zur Bekanntmachung nach § 25 der Satzung der KVWL

- unter Abzug der Vergütung für die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2.¹ ~~(erhöhtes Volumen gemäß Beschluss Teil D des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 27./28.08.2008)~~
 - *unter Abzug des entsprechenden Vergütungsvolumens aus der Erhöhung des Behandlungsbedarfs je Versicherten aufgrund von Auswirkungen des GKV- OrgWG nach Beschluss Teil B, Nr. 3.3. des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 03.09.2009 in Höhe von 0,1722 v. Hd. zur Verwendung im fachärztlichen Versorgungsbereich*
 - *unter Abzug zu erwartender Zahlungen für ambulante Notfall-Leistungen der Krankenhäuser*
- anzupassen.

Die so angepasste vorhersehbare morbiditätsbedingte Gesamtvergütung wird im Folgenden als RLV-Vergütungsvolumen (RLV_{VG}) verwendet.

II. Ziffer 4.4 „Ausnahmeregelungen“ wird wie folgt geändert:

4.4 Ausnahmeregelungen

4.4.1 Zuschläge auf das Regelleistungsvolumen

Bei einer außergewöhnlich starken Erhöhung der RLV-Fallzahl nach Ziffer 3.3 kann die bei der Ermittlung des Regelleistungsvolumens zugrunde gelegte RLV-Fallzahl auf Antrag – beschränkt auf das Antragsquartal – im Nachhinein erhöht werden, wenn die Erhöhung auf einen der nachfolgenden Tatbestände zurückzuführen ist.

- a) Urlaubs- und krankheitsbedingte Vertretung eines Arztes der eigenen Berufsausübungsgemeinschaft,

¹ s. *Protokollnotiz*

Rundschreiben zur Bekanntmachung nach § 25 der Satzung der KVWL

- b) Urlaubs- und krankheitsbedingte Vertretung eines Arztes einer Arztpraxis in der näheren Umgebung der Arztpraxis,
- c) Aufgabe einer Zulassung oder genehmigten Tätigkeit eines Arztes der eigenen Berufsausübungsgemeinschaft,
- d) Aufgabe einer Zulassung oder genehmigten Tätigkeit eines Arztes in der näheren Umgebung der Arztpraxis,
- e) niedrigere RLV-Fallzahl des Arztes im Vorjahresquartal aufgrund eines außergewöhnlichen und/oder durch den Arzt nicht verschuldeten Grundes. Hierzu zählt z. B. eine Krankheit des Arztes, ~~die artbezogene Aufbauphase im 5. bis 12. Quartal nach Beginn der vertragsärztlichen Tätigkeit,~~
- f) niedrigere RLV-Fallzahl im Vorjahresquartal wegen quartalsversetzten Urlaubs.

Eine außergewöhnlich starke Erhöhung der RLV- Fallzahl nach Ziffer 3.3 liegt vor, wenn der arztgruppenspezifische Durchschnitt des Anstiegs der Behandlungsfälle um mehr als 15 Prozentpunkte überschritten wird. Zeiten von Urlaub, Vertretung oder Krankheit werden nur berücksichtigt, wenn sie einen Zeitraum – zusammenhängend – von mindestens vier Wochen überschreiten. Die Aufgabe einer Zulassung erfordert, dass die Praxis ohne Nachfolger – ggf. auch als Angestellter – fortgeführt wird.

Für Ärzte im 5. bis 12. Quartal nach Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit werden Steigerungen der RLV-Fallzahl nach Ziffer 3.3 von Amts wegen nachträglich bis zur durchschnittlichen RLV-Fallzahl der Arztgruppe aus dem Vorjahresquartal berücksichtigt. Näheres hierzu regelt der Vorstand der KVWL in Durchführungsbestimmungen.

Rundschreiben zur Bekanntmachung nach § 25 der Satzung der KVWL

III. Ziffer 6 „Konvergenzphase für die Steuerung der Auswirkungen durch die Einführung von Regelleistungsvolumina“ wird wie folgt geändert:

6. Konvergenzphase für die Steuerung der Auswirkungen durch die Einführung von Regelleistungsvolumina

6.1 Verfahren zur Beschränkung von Umsatzveränderungen

Sofern es nach Anwendung der differenzierenden Regelungen nach den Ziffern 4.4.2, 4.5, Anlage 1 und Anlage 3 Nr. 4 nachweislich weiterhin zu überproportionalen Honorarverlusten und zu Problemen der Sicherung der flächendeckenden Versorgung mit vertragsärztlichen Leistungen kommt, wird das nachfolgende Verfahren zur Beschränkung von Umsatzveränderungen angewendet.

Danach werden für die Höhe der Umsatzveränderung einer Praxis gegenüber dem **entsprechenden Quartal des Jahres 2008 Vorjahresquartal** prozentuale Grenzwerte festgelegt. Nur innerhalb dieses Korridors, der aus einer Korridoruntergrenze und einer Korridorobergrenze besteht, entfaltet sich die neue Honorarsystematik unter der Euro-Gebührenordnung und Regelleistungsvolumina uneingeschränkt. Für Praxen, deren Honorar sich außerhalb der Korridorgrenzen errechnet, kommt ein Ausgleichsmechanismus zur Anwendung.

6.2 Anwendung des Umsatzkorridors

- a) Die Regelungen nach Ziffer 6.2 b) bis d) finden Anwendung auf die RLV-relevanten Arztgruppen nach Anlage 1.

Rundschreiben zur Bekanntmachung nach § 25 der Satzung der KVWL

- b) Grundlage für die Bildung des praxisindividuellen Umsatzkorridors nach Ziffer 6.1 ist der aus den Leistungen, die innerhalb der vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet werden, erwirtschaftete Umsatz aus dem **entsprechenden Quartal des Jahres 2008 Vorjahresquartal** ohne Kostenpauschalen der Kapitel 32 und 40 EBM sowie Leistungen des Organisierten Notfalldienstes.
- c) Zur Bildung der Korridoruntergrenze für die Quartale **1 - 4/2010** wird der nach Ziffer 6.2 b) ermittelte Betrag aus dem **1. Quartal 2008 um 8 %** vermindert (**aus dem 2. Quartal 2008 um 9 %, aus dem 3. Quartal 2008 um 10 %, aus dem 4. Quartal 2008 um 11%**), zur Bildung der Korridorobergrenze wird dieser Betrag aus **dem 1. Quartal 2008 um 13 % erhöht (aus dem 2. Quartal 2008 um 14 %, aus dem 3. Quartal 2008 um 15 %, aus dem 4. Quartal 2008 um 16 %)**.
- d) Unterschreitet der nach Ziffer 6.2 b) definierte Umsatz einer Praxis nach Abrechnung des jeweiligen Abrechnungsquartals **2010** die Korridoruntergrenze nach Ziffer 6.2 c), wird der Umsatzverlust bis zum Erreichen der Korridoruntergrenze ausgeglichen, höchstens jedoch bis der entsprechende Umsatz je RLV-relevantem Fall zu **92 % erreicht ist (im 2. Quartal zu 91 %, im 3. Quartal zu 90 %, im 4. Quartal zu 89 %)**.
- Gegebenenfalls bestehende Umsatzsteigerungen der jeweiligen Praxis aus Vergütungen für Leistungen, die bei der Bemessung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung unberücksichtigt bleiben, sind mit dem Ausgleichsbetrag zu verrechnen.
- e) Überschreitet der gemäß Ziffer 6.2 b) definierte Umsatz einer Praxis nach Abrechnung des jeweiligen Abrechnungsquartals **2010** die Korridorobergrenze nach Ziffer 6.2 c), wird der Umsatz oberhalb der Korridorobergrenze quotiert ausgezahlt. Die dabei zu verwendende Quote wird versorgungsbereichsspezifisch so berechnet, dass von dem frei werdenden Vergütungsvolumen die Ausgleichsbeträge gemäß Ziffer 6.2 d) geleistet werden können.

Rundschreiben zur Bekanntmachung nach § 25 der Satzung der KVWL

Gegebenenfalls bestehende Rückgänge im Umsatz der jeweiligen Praxis aus Leistungen, die bei der Bemessung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung unberücksichtigt bleiben, sind mit der Umsatzbeschränkung zu verrechnen.

6.3 Ausnahmen

Ausgenommen von dem Verfahren nach Ziffer 6.1 bis 6.2 sind Neupraxen (vgl. Ziffer 4.4.3 a)), ***~~Praxen in der Aufbauphase (5. bis 12. Quartal nach der Niederlassung)~~*** und Praxen, deren Kooperationsform sich gegenüber dem Aufsatzzeitraum geändert hat. ***Praxen in der Aufbauphase (5. bis 12. Quartal nach der Niederlassung) unterliegen keiner Korridorobergrenze.***

Rundschreiben zur Bekanntmachung nach § 25 der Satzung der KVWL

IV. Ziffer 7 „Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen“ wird wie folgt geändert:

7. Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen

7.1 Anwendungsbereich

Für

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

gelten zeitbezogene Kapazitätsgrenzen je Quartal. Die Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen bis zur zeitbezogenen Kapazitätsgrenze erfolgt auf der Basis der gemäß § 87 a Abs. 2 Satz 6 SGB V zum jeweiligen Zeitpunkt gültigen regionalen Euro-Gebührenordnung. Überschreitet die abgerechnete ärztliche bzw. therapeutische Zuwendungszeit gemessen nach den Prüfzeiten der Leistungen des Anhangs 3 zum EBM in der gültigen Fassung die gemäß Ziffer 7.2 ermittelte zeitbezogene Kapazitätsgrenze je Arzt, so werden diese Leistungen maximal bis zur 1,5-fachen zeitbezogenen Kapazitätsgrenze mit den abgestaffelten Preisen nach Ziffer 2.1 vergütet.

7.2 Ermittlung und Festsetzung der Kapazitätsgrenzen

7.2.1 Antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen der Psychotherapie

Als Anteil der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze für die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der in Ziffer 7.1 genannten Arztgruppen werden je Arzt 27.090 Minuten je Abrechnungsquartal festgelegt.

Rundschreiben zur Bekanntmachung nach § 25 der Satzung der KVWL

7.2.2 Nicht antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen

Als Anteil der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze für die nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der in Ziffer 7.1 genannten Arztgruppen wird die arztgruppenspezifische, durchschnittlich abgerechnete ärztliche bzw. therapeutische Zuwendungszeit je Arzt gemessen nach den Prüfzeiten der Leistungen des Anhangs 3 zum EBM in der gültigen Fassung ermittelt.

Die Kapazitätsgrenzen für diese Leistungen werden auf der Grundlage des entsprechenden ***Quartals des Jahres 2008 Vorjahresquartals*** berechnet.

7.2.3 Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen

Je Arzt bzw. Psychotherapeut der in Ziffer 7.1 genannten Arztgruppen ergibt sich die zeitbezogene Kapazitätsgrenze aus der Addition der Werte in Ziffern 7.2.1 und 7.2.2.

Bei teilzeittätigen Ärzten bzw. Psychologischen Psychotherapeuten wird die Kapazitätsgrenze mit dem Faktor, mit dem sie bei der Bedarfsplanung berücksichtigt werden, multipliziert.

Die sich aus dieser Regelung ergebenden Kapazitätsgrenzen werden von der KVWL quartalsweise ermittelt und sind in Anlage 5 ausgewiesen.

Rundschreiben zur Bekanntmachung nach § 25 der Satzung der KVWL

V. Ziffer 9 „Grundsätze zur Bildung von Rückstellungen“ wird wie folgt geändert:

9. Grundsätze zur Bildung von Rückstellungen

Auf der Grundlage der Beschlüsse des Bewertungsausschusses werden folgende Grundsätze zur Bildung von Rückstellungen nach § 87 b Abs. 3 Satz 5 SGB V vereinbart:

- a) Von der vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung werden nach Berechnung der vorläufigen RLV-Vergütungsvolumina der Versorgungsbereiche Anteile für die Bildung von Rückstellungen versorgungsbereichsspezifisch verwendet:
- zur Berücksichtigung einer Zunahme von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten,
 - für Sicherstellungsaufgaben (u. a. zum Ausgleich von unvorhergesehenen Honorarverlusten im Jahr **2010** auf Arztgruppenebene, nachträglich erfolgende Honorarkorrekturen aus Vorquartalen),
 - zum Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten,
 - für Praxisbesonderheiten gem. § 87 b Abs. 3 Satz 3 SGB V und
 - zum Ausgleich von Fehlschätzungen für Vorwegabzüge gemäß Anlage 3 Nr. 2.1 und 2.2.

VI. Protokollnotiz zu Ziffer 4.1. „Bestimmung des Anteils der vorhersehbaren morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zur Bildung von Regelleistungsvolumina“ wird wie folgt geändert:

Protokollnotiz zu Ziffer 4.1:

Das Volumen nach Ziffer 4.1, zweiter Spiegelstrich, errechnet sich aus der Formel:

$VG_{\text{Psych}} = \text{Punktzahlen antragspfl. Psychotherapie 2007} * 1,1739 * 1,2944 * 1,051 * \mathbf{1,02} * \mathbf{3,5048}$

Cent

Rundschreiben zur Bekanntmachung nach § 25 der Satzung der KVWL

VII. Anlage 1 wird wie folgt geändert:

Anlage 1

1. Für nachfolgende Arztgruppen werden Regelleistungsvolumina gemäß § 87 b Abs. 2 und 3 SGB V ermittelt und festgesetzt.

- Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören
- Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin
- Fachärzte für Anästhesiologie
- Fachärzte für Augenheilkunde
- Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie, für Herzchirurgie, für Neurochirurgie, für Gefäßchirurgie
- Fachärzte für Frauenheilkunde
- Fachärzte für Frauenheilkunde mit fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin
- Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, für Phoniatrie und Pädaudiologie
- Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten
- Fachärzte für Humangenetik
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/ Onkologie
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie
- ~~— **Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie und invasiver Tätigkeit**~~
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Nephrologie

Rundschreiben zur Bekanntmachung nach § 25 der Satzung der KVWL

- Übrige Fachärzte für Innere Medizin (z. B. ohne Schwerpunkt)
- Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie
- Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie mit Teilnahme an der Vereinbarung zur Sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen
- Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
- Fachärzte für Nervenheilkunde
- Fachärzte für Neurologie
- Fachärzte für Nuklearmedizin
- Fachärzte für Orthopädie
- Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie mit einem Anteil an Leistungen der Richtlinien-Psychotherapie im Vorjahresquartal von höchstens 30 %
- Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie mit einem Anteil an Leistungen der Richtlinien-Psychotherapie im Vorjahresquartal von mehr als 30 %
- Fachärzte für Diagnostische Radiologie ohne Vorhaltung von CT und MRT
- Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT
- Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von MRT
- Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT und MRT
- Fachärzte für Urologie
- Fachärzte für Physikalisch-Rehabilitative Medizin

Rundschreiben zur Bekanntmachung nach § 25 der Satzung der KVWL

VIII. Anlage 2 wird wie folgt geändert:

Anlage 2

[...]

b) Fallwertzuschlag zum Regelleistungsvolumen für Ärzte des fachärztlichen Versorgungsbereichs für qualitätsgebundene Leistungen

Für den Leistungsbereich Diagnostische Radiologie (GOP 34210 bis 34282) erhält ein Arzt des fachärztlichen Versorgungsbereichs, der nicht Facharzt für Nuklearmedizin, Radiologie oder Strahlentherapie ist, jeweils ein weiteres Honorarvolumen, das ihm für die Abrechnung der genannten Leistungen zusätzlich zur Verfügung steht, wenn er mindestens eine Leistung dieses Leistungsbereichs im aktuellen Quartal abrechnet und über die entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen verfügt. Das Honorarvolumen ergibt sich aus der Multiplikation seiner RLV-Fallzahl nach Ziffer 3.3 des entsprechenden Vorjahresquartals mit dem für seine Arztgruppe ausgewiesenen Betrag.

Arztgruppe	Betrag in Euro
Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie, für Herzchirurgie, ohne Unfallchirurgie und Neurochirurgie	6,10
Fachärzte für Frauenheilkunde	3,90
Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	0,80
Übrige Fachärzte für Innere Medizin (z. B. ohne Schwerpunkt)	3,80
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie	2,10
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie	1,30
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie	4,70
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie	5,40
Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	2,30
Fachärzte für Orthopädie, Fachärzte für Orthopädie u. Unfallchirurgie, Fachärzte für Chirurgie mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Unfallchirurgie	7,20
Fachärzte für Physikalisch-Rehabilitative Medizin	6,60
Fachärzte für Urologie	3,30
Sonstige Fachgruppen, für die die Erbringung von Leistungen der diagnostischen Radiologie zum Kern des Gebietes gehört	5,30

[...]

Rundschreiben zur Bekanntmachung nach § 25 der Satzung der KVWL

IX. Anlage 3 wird wie folgt geändert:

Anlage 3

[...]

2. Berechnung des RLV-Vergütungsvolumens eines Versorgungsbereichs (RLV_{VB})

2.1 Hausärztlicher Versorgungsbereich

Das RLV-Vergütungsvolumen des hausärztlichen Versorgungsbereichs wird ermittelt aus dem vorläufigen RLV-Vergütungsvolumen des hausärztlichen Versorgungsbereichs gemäß Nr. 1 unter Abzug

- der zu erwartenden Zahlungen für die Vergütung von qualitätsgebundenen Leistungen gemäß Anlage 2 a),
- von 2 % des vorläufigen RLV-Vergütungsvolumens des hausärztlichen Versorgungsbereichs für die abgestaffelt zu vergütenden Leistungen,
- der gemäß Ziffer 9 gebildeten Rückstellungen,
- zu erwartender Zahlungen für ermächtigte Krankenhausärzte, ermächtigte Krankenhäuser, Einrichtungen und Institutionen, die gemäß Ziffer 3.1 kein Regelleistungsvolumen erhalten,
- der zu erwartenden Zahlungen für die Zusatzpauschalen zur Behandlung von Transplantationsträgern (GOP 04523, 04525, 04527, 04537),
- der zu erwartenden Zahlungen für den Aufschlag bei Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Arztpraxen mit angestellten Ärzten,
- der zu erwartenden Zahlungen für die Vergütung der folgenden Leistungen:
 - Besondere Inanspruchnahme (GOP 01100 bis 01102)
 - Leistungen im organisierten Notfalldienst
 - Dringende Besuche (GOP 01411, 01412, 01415)
 - Verordnung medizinischer Rehabilitation (GOP 01611)
 - Schriftliche Berichte auf besonderes Verlangen der Krankenkassen (GOP 01620 bis 01622)
 - Auswertung Langzeit-EKG als Auftragsleistung (Definitions- oder Indikationsauftrag) (GOP 03241 und 04241)

Rundschreiben zur Bekanntmachung nach § 25 der Satzung der KVWL

- Nephrologische Leistungen des Abschnitts 4.5.4
- Zusatzpauschale Ösophago-Gastroduodenoskopie (GOP 13400)
- Leistungen des Abschnitts 30.7.1 zur Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten
- Akupunktur des Abschnitts 30.7.3
- **Leistungen und** laboratoriumsmedizinische Untersuchungen des Kapitels 32
- Diagnostische Radiologie (GOP 34210 bis 34282)
- **Innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanzierte** Kostenpauschalen des Kapitels 40.

2.2 Fachärztlicher Versorgungsbereich

Das RLV-Vergütungsvolumen des fachärztlichen Versorgungsbereichs wird ermittelt aus dem vorläufigen RLV-Vergütungsvolumen des fachärztlichen Versorgungsbereichs gemäß Nr. 1 unter Abzug

- der zu erwartenden Zahlungen für die Vergütung von qualitätsgebundenen Leistungen gemäß Anlage 2 b),
- von 2 % des vorläufigen RLV-Vergütungsvolumen des fachärztlichen Versorgungsbereichs für die abgestaffelt zu vergütenden Leistungen,
- der gemäß Ziffer 9 gebildeten Rückstellungen,
- zu erwartender Zahlungen für ermächtigte Krankenhausärzte, ermächtigte Krankenhäuser, Einrichtungen und Institutionen, die gemäß Ziffer 3.1 kein Regelleistungsvolumen erhalten,
- der zu erwartenden Zahlungen für nicht in Anlage 1 genannten Arztgruppen,
- der zu erwartenden Zahlungen für den Aufschlag bei Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Arztpraxen mit angestellten Ärzten,
- der zu erwartenden Zahlungen für die Zusatzpauschalen zur Behandlung von Transplantationsträgern (GOP 13437, 13438, 13439, 13677),
- der zu erwartenden Zahlungen für die Vergütung der folgenden Leistungen:
 - Besondere Inanspruchnahme (GOP 01100 bis 01102)
 - Leistungen im organisierten Notfalldienst
 - Dringende Besuche (GOP 01411, 01412, 01415)

Rundschreiben zur Bekanntmachung nach § 25 der Satzung der KVWL

- Ambulante praxisklinische Betreuung und Nachsorge (GOP 01510 bis 01531)
- Verordnung medizinischer Rehabilitation (GOP 01611)
- Schriftliche Berichte auf besonderes Verlangen der Krankenkassen (GOP 01620 bis 01622)
- Leistungen der Empfängnisregelung, Sterilisation und im Rahmen von Schwangerschaftsabbrüchen der Abschnitte 1.7.5 bis 1.7.7
- Beratung gemäß § 4 der Chroniker-Richtlinie zu Früherkennungsuntersuchungen für nach dem 01.04.1987 geborenen Frauen (GOP 01735)
- Chlamydien screening (GOP 01816, 01817, 01818, 01840, 01842, 01843, 01915, 01917, 01918)
- Anästhesien und Zuschläge des Abschnitts 5.3
- Behandlung von Naevi Flammei und Hämangiomen (GOP 10320 bis 10324)
- Laborkonsiliarpauschale und Laborgrundpauschale (GOP 12210 und 12225)
- Auswertung Langzeit-EKG als Auftragsleistung (Definitions- oder Indikationsauftrag) (GOP 13253 und 27323)
- Nephrologische Leistungen des Abschnitts 13.3.6
- Bronchoskopie (GOP 09315, 09316, 13662 bis 13670)
- Gesprächs- und Betreuungsleistungen (GOP 14220, 14222, 21216, 21220, 21222)
- Histologie, Zytologie (GOP 19310 bis 19312, 19331)
- ESWL (GOP 26330)
- Leistungen des Abschnitts 30.7.1 zur Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten
- Akupunktur des Abschnitts 30.7.3
- Polysomnographie (GOP 30901)
- **Leistungen und** laboratoriumsmedizinische Untersuchungen des Kapitels 32
- Serienangiographie (GOP 34283 bis 34286)
- MRT-Angiographie des Abschnitts 34.4.7
- **Innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanzierte** Kostenpauschalen des Kapitels 40

[...]

Rundschreiben zur Bekanntmachung nach § 25 der Satzung der KVWL

4. Berechnung des arztgruppenspezifischen Fallwertes gemäß Ziffer 4.3.1

Schritt 1: Ermittlung der arztgruppenspezifischen Anzahl der RLV-Fälle gemäß Ziffer 3.3 des Vorjahresquartals
(FZ_{AG})

Schritt 2: Ermittlung des arztgruppenspezifischen Fallwertes (FW_{AG})

$$FW_{AG} = \frac{RLV_{AG}}{FZ_{AG}}$$

4.1 Berechnung des arztgruppenspezifischen Fallwertes für die Arztgruppen Radiologie und Nuklearmedizin

Abweichend von der Berechnungsvorschrift nach Nr. 4 werden bei der Berechnung der arztgruppenspezifischen RLV-Fallwerte für Radiologen und Nuklearmediziner die Leistungsbereiche CT, CT-Intervention, MRT und Nuklearmedizin mit einem um 50 % reduzierten Volumen einbezogen. Um diese Leistungsbereiche in den Fallwerten praxisindividuell abbilden zu können, werden sie von der KVWL in Form einer praxisindividuellen Erhöhung des Regelleistungsvolumens berücksichtigt, sofern sich diese aus den nachfolgenden Rechenschritten ergibt. Bei der Berechnung dieses praxisindividuellen Anpassungsfaktors wird wie folgt vorgegangen:

Im ersten Schritt wird die Leistungsanforderung der Praxis aus dem entsprechenden Quartal des Jahres 2008 im RLV-Bereich (inklusive der o. g. Leistungsbereiche) bewertet mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung ermittelt und durch die RLV-Fallzahl dieses Quartals dividiert. Im zweiten Schritt wird die Leistungsmenge je Fall im RLV-Bereich ermittelt, die in die Berechnung des RLV-Fallwertes der Arztgruppe eingegangen ist (um 50 % reduzierte Volumina für die Leistungsbereiche CT, CT-Intervention, MRT und Nuklearmedizin). Der Anpassungsfaktor ergibt sich aus der Division des praxisindividuellen Fallwertes nach Schritt 1 dividiert durch den nach Schritt 2 ermittelten Fallwert der Vergleichsgruppe.

Rundschreiben zur Bekanntmachung nach § 25 der Satzung der KVWL

4.2 *Berechnung des arztgruppenspezifischen Fallwertes für Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie*

Abweichend von der Berechnungsvorschrift nach Nr. 4 wird bei der Berechnung der arztgruppenspezifischen RLV-Fallwerte für Kardiologen das Volumen der invasiven Tätigkeit (Herzkatheteruntersuchung und Zuschlag nach GOP 34291 und 34292 EBM) nicht mit einbezogen. Um diesen Leistungsbereich in den Fallwerten praxisindividuell abbilden zu können, wird er von der KVWL in Form einer praxisindividuellen Erhöhung des Regelleistungsvolumens berücksichtigt. Bei der Berechnung dieses praxisindividuellen Anpassungsfaktors wird wie folgt vorgegangen:

Die Leistungsanforderung der Praxis für die GOPs 34291 u. 34292 aus dem entsprechenden Vorjahresquartal wird durch die RLV-Fallzahl der Praxis dieses Quartals dividiert. Der sich daraus ergebende praxisindividuelle Teilfallwert für diese beiden Leistungen wird zum durchschnittlichen Fallwert der Kardiologen im RLV-Bereich (bewertet mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung) addiert. Das Ergebnis wird durch den durchschnittlichen Fallwert der Kardiologen im RLV-Bereich (bewertet mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung) dividiert und ergibt den praxisindividuellen Anpassungsfaktor.

Ausgleich unvorhergesehener Honorarverluste auf Arztgruppenebene

Zur Verhinderung unvorhergesehener Honorarverluste auf Arztgruppenebene wird – begrenzt auf das **Jahr 2010** – eine Mindesthöhe des arztgruppenspezifischen RLV-Fallwertes festgelegt (Fallwertuntergrenze). Unterschreitet der arztgruppenspezifische RLV-Fallwert einer Arztgruppe zuzüglich der Vergütung je Fall für die abgestaffelt zu vergütenden Leistungen und die Aufschläge für fach- bzw. schwerpunktgleiche Berufsausübungsgemeinschaften den durchschnittlichen Fallwert der Arztgruppe für die RLV-Leistungen **des entsprechenden Quartals 2008 Vorjahresquartals**, so wird der arztgruppenspezifische RLV-Fallwert auf die Fallwertuntergrenze angehoben. Die Fallwertuntergrenze einer Arztgruppe wird im Sinne einer Konvergenz im 1. Quartal **2010** auf eine Höhe von **5 %** unter dem durchschnittlichen Fallwert für RLV-Leistungen **des entsprechenden Quartals 2008 Vorjahresquartals (6 % im 2. Quartal 2010, 7 % im 3. Quartal 2010, 8 % im 4. Quartal 2010)** festgelegt.

**Rundschreiben zur Bekanntmachung
nach § 25 der Satzung der KVWL**

X. Anlage 5 wird wie folgt geändert:

Anlage 5

Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen nach Ziffer 7.2.3 für die in Ziffer 7.1 genannten Arztgruppen

Arztgruppe	Kapazitätsgrenze je Quartal (in Minuten)			
	1/2010	2/2010	3/2010	4/2010
Psychologische Psychotherapeuten	30.010	30.111	30.213	30.372
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	30.540	30.762	30.747	30.965
Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	30.175	30.003	29.823	30.943
andere ausschließlich psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte gemäß den Kriterien der Bedarfsplanungsrichtlinien	29.613	29.655	29.795	29.966

XI. Laufzeit

Die vorstehende Änderung tritt zum 01.01.2010 in Kraft.

Bochum, Dortmund, Essen, Münster, den **20.11.2009**

Es folgen die Unterschriften der Vertragspartner.

gez. Dr. Ulrich Thamer
1. Vorsitzender der KVWL

Dortmund, 20.11.2009