

B E S C H L U S S

des Bewertungsausschusses gem. § 85 Abs. 4a SGB V in seiner 93. Sitzung am 29. Oktober 2004

- **zur Festlegung von Regelleistungsvolumen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen gemäß § 85 Abs. 4 SGB V**

mit Wirkung zum 01. Januar 2005

-
- I. Der Beschluss des Bewertungsausschusses vom 13. Mai 2004 in Teil B (Amtliche Bekanntmachung: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 101, Heft 38, 17. September 2004) wird ab dem 1. Januar 2005 nicht angewendet.
 - II. Der Bewertungsausschuss empfiehlt den Partnern der Honorarverteilungsverträge, die bis zum 31. Dezember 2004 gültigen Honorarverteilungsverträge bis zum 31. März 2005 anzuwenden.
 - III. Im Zeitraum vom 1. April 2005 bis 31. Dezember 2005 gilt folgende Regelung für die Bildung von Regelleistungsvolumen gemäß § 85 Abs. 4 SGB V:

- 1. Maßnahmen zur Steuerung arztgruppenspezifischer Auswirkungen**

Im Honorarverteilungsvertrag werden Arztgruppentöpfe für die in Anlage 1 aufgeführten Arztgruppen gebildet, die die Abrechnung ärztlicher Leistungen auf der Grundlage des zum 1. April 2005 in Kraft getretenen Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) berücksichtigen.

Eine Anpassung dieser Arztgruppentöpfe im Rahmen der Honorarverteilung ist dann in den Folgequartalen (ggf. in Schritten) notwendig, wenn der für eine Arztgruppe gemäß Anlage 1 für das Vorquartal ermittelte rechnerische Punktwert (Vergütung für Leistungen des Regelleistungsvolumen im Arztgruppentopf zu Leistungsbedarf in Punkten für Leistungen des Regelleistungsvolumen (Leistungsbedarf im Regelleistungsvolumen und Leistungsbedarf, der über das Regelleistungsvolumen hinausgeht)) den über alle Arztgruppen eines Versorgungsbereichs gleichermaßen (ohne Berücksichtigung der Arztgruppentöpfe) ermittelten durchschnittlichen rechnerischen Punktwert um mehr als 10 % über- oder unterschreitet.

Für Leistungen und Leistungsarten gemäß 4. kann im Honorarverteilungsvertrag festgelegt werden, dass in den Arztgruppentöpfen Untertöpfe gebildet werden. Im Honorarverteilungsvertrag kann weiterhin festgelegt werden, dass Leistungen aus 4.1 außerhalb der Arztgruppentöpfe nach einheitlichen Vorgaben für alle Ärzte vergütet werden (z.B. organisierter Notfalldienst). Zudem kann die Bildung der Arztgruppentöpfe getrennt

nach Primär- und Ersatzkassen im Honorarverteilungsvertrag festgelegt werden.

Davon abweichend kann im Einvernehmen mit den Verbänden der Krankenkassen auf Landesebene unter Berücksichtigung der Trennung der Vergütungen in einen haus- und fachärztlichen Anteil auf die Bildung von Arztgruppentöpfen verzichtet werden.

2. Vergütung für ärztliche Leistungen

2.1 Grundsatz der Vergütung

Die Vergütung der im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) aufgeführten ärztlichen Leistungen erfolgt für alle Vertragsärzte und medizinische Versorgungszentren auf der Grundlage des gesamten abgerechneten anerkannten Leistungsbedarfs der Ärzte einer Arztpraxis oder eines medizinischen Versorgungszentrums (Arzt-Abrechnungsnummer) des jeweiligen aktuellen Abrechnungsquartals nach Maßgabe des vereinbarten Honorarverteilungsvertrages.

Regelleistungsvolumen gemäß § 85 Abs. 4 SGB V sind arztgruppenspezifische Grenzwerte, bis zu denen die von einer Arztpraxis oder einem medizinischen Versorgungszentrum (Arzt-Abrechnungsnummer) im jeweiligen Kalendervierteljahr (Quartal) erbrachten ärztlichen Leistungen mit einem von den Vertragspartnern des Honorarverteilungsvertrages (ggf. jeweils) vereinbarten, festen Punktwert (Regelleistungspunktwert) zu vergüten sind. Für den Fall der Überschreitung der Regelleistungsvolumen ist vorzusehen, dass die das Regelleistungsvolumen überschreitende Leistungsmenge mit abgestaffelten Punktwerten (Restpunktwerte) zu vergüten ist.

2.2 Anwendung von Regelleistungsvolumen

Sofern in einer Kassenärztlichen Vereinigung zum 31. März 2005 bereits Steuerungsinstrumente vorhanden sind, die in ihren Auswirkungen mit der gesetzlichen Regelung in § 85 Abs. 4 SGB V vergleichbar sind, können diese bis zum 31. Dezember 2005 fortgeführt werden, wenn die Verbände der Krankenkassen auf Landesebene das Einvernehmen hierzu herstellen.

Wird kein Einvernehmen durch die Verbände der Krankenkassen auf Landesebene hergestellt oder sind solche Steuerungselemente, die in ihren Auswirkungen mit der gesetzlichen Regelung in § 85 Abs. 4 SGB V vergleichbar sind, nicht vorhanden, finden Regelleistungsvolumen gemäß 3. mit Wirkung zum 1. April 2005 Anwendung.

3. Ermittlungen und Festsetzungen von Regelleistungsvolumen

3.1 Ermittlung des Regelleistungsvolumens

Für die Arztpraxis oder das medizinische Versorgungszentrum, die bzw. das mit mindestens einer der in Anlage 1 genannten Arztgruppen zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen ist, sind im Honorarverteilungsvertrag nachfolgende Regelleistungsvolumen zu vereinbaren, für die dieser Beschluss die Inhalte der Regelungen vorgibt:

Die Höhe des Regelleistungsvolumens (RLV) einer Arztpraxis bzw. eines medizinischen Versorgungszentrums ergibt sich für die in Anlage 1 benannten Arztgruppen aus der Multiplikation der zum jeweiligen Zeitpunkt gültigen KV-bezogenen arztgruppenspezifischen Fallpunktzahl (FPZ) und der Fallzahl der Arztpraxis bzw. des medizinischen Versorgungszentrums im aktuellen Abrechnungsquartal. Die Vereinbarung gemäß 3.3.2 ist zu berücksichtigen.

Zur Sicherstellung einer ausreichenden medizinischen Versorgung und zur Zielerreichung einer Maßnahme in 1. können darüber hinaus im Honorarverteilungsvertrag Anpassungen des Regelleistungsvolumens vorgenommen werden.

Die in 4. aufgeführten Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen unterliegen nicht den Regelleistungsvolumen.

Regelleistungsvolumen finden für die gemäß Anlage 1 zugelassene Vertragsarztpraxis oder das zugelassene medizinische Versorgungszentrum Anwendung, nicht jedoch für ermächtigte Krankenhäuser, ermächtigte Krankenhausärzte und ermächtigte Institutionen, es sei denn, der mit der Ermächtigung begründete Versorgungsauftrag entspricht dem eines vergleichbaren Vertragsarztes.

- 3.1.1** Im Honorarverteilungsvertrag kann davon abweichend festgelegt werden, dass eine vom aktuellen Abrechnungsquartal abweichende Fallzahl eines zurückliegenden Abrechnungsquartals für die Ermittlung des Regelleistungsvolumens verwendet wird. In diesem Fall sind die Regelungen nach 3.2, 3.2.1, 3.3, 3.3.1, 3.3.1.1, 3.3.1.2, 3.3.2 und 3.4 analog anzuwenden.

3.2 Ermittlung der KV-bezogenen, arztgruppenspezifischen Fallpunktzahl

Die für eine Arztpraxis bzw. ein medizinisches Versorgungszentrum zutreffende Fallpunktzahl (FPZ) ergibt sich aus der Zugehörigkeit zu einer Arztgruppe gemäß Anlage 1 und der zum jeweiligen Zeitpunkt gültigen Berechnungsvorgabe in Anlage 2 für die dort angegebenen Altersklassen.

3.2.1 Abstufung der Fallpunktzahl in Abhängigkeit von der Fallzahl der Arztpraxis

Die für eine Arztpraxis bzw. ein medizinisches Versorgungszentrum zutreffende Fallpunktzahl (FPZ) wird für jeden über 150 % der durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe hinausgehenden Fall gemäß 3.3 um 25 % gemindert. 3.3.1, 3.3.1.1 und 3.3.1.2 gelten entsprechend (Ermittlung der relevanten durchschnittlichen Fallzahl in Gemeinschaftspraxen, medizinischen Versorgungszentren, Praxen mit angestellten Ärzten und bei Vertragsärzten, die ihre Tätigkeit unter mehreren Gebiets- oder Schwerpunktbezeichnungen ausüben, je Arzt). Im Honorarverteilungsvertrag kann abweichend die für die Ermittlung der 150 %-Grenze relevante durchschnittliche Fallzahl nach Ordnungsnummern der Planungsbereiche festgesetzt werden. Über die gemäß 3.3 ermittelte Fallzahl hinaus bleiben kurativ-ambulante Behandlungsfälle, in denen ausschließlich Auftragsleistungen (Definitionsauftrag) erbracht werden, unberücksichtigt.

3.2.2 Fallpunktzahl bei Gemeinschaftspraxen, medizinischen Versorgungszentren und angestellten Ärzten, die nicht einer Leistungsbeschränkung unterliegen

Die Höhe der zutreffenden Fallpunktzahlen für Gemeinschaftspraxen und medizinische Versorgungszentren wird als arithmetischer Mittelwert der Fallpunktzahlen der in der Gemeinschaftspraxis oder dem medizinischen Versorgungszentrum vertretenen Arztgruppen gemäß Anlage 1 berechnet.

Für diese Gemeinschaftspraxen, medizinische Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten, die nicht einer Leistungsbeschränkung gemäß den Bedarfsplanungs-Richtlinien oder den Richtlinien über die Beschäftigung von angestellten Praxisärzten in der Vertragsarztpraxis (Angestellte-Ärzte-Richtlinien) unterliegen, gilt folgende Regelung:

Die zutreffende Fallpunktzahl wird unter Berücksichtigung eines Aufschlags von

- 130 Punkten für arztgruppen- und schwerpunktgleiche Gemeinschaftspraxen und Praxen mit angestellten Ärzten, die nicht einer Leistungsbeschränkung unterliegen
- 30 Punkten je in einer arztgruppen- oder schwerpunktübergreifenden Gemeinschaftspraxis oder einem medizinischen Versorgungszentrum repräsentiertem Fachgebiet oder Schwerpunkt, jedoch mindestens 130 Punkten und höchstens 220 Punkten

errechnet.

3.2.3 Fallpunktzahl für Vertragsärzte, die ihre Tätigkeit unter mehreren Gebiets- oder Schwerpunktbezeichnungen ausüben

Für einen Vertragsarzt, der seine Tätigkeit unter mehreren Gebiets- oder Schwerpunktbezeichnungen ausübt, richtet sich die Höhe der Fallpunktzahl nach dem Versorgungsauftrag, mit dem er zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen ist.

3.3 Ermittlung der Fallzahl

Die für die Ermittlung des Regelleistungsvolumens relevante Fallzahl einer Arztpraxis oder eines medizinischen Versorgungszentrums entspricht der Anzahl der kurativ-ambulantem Behandlungsfälle gemäß § 21 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 BMV-Ä bzw. § 25 Abs. 1 Satz 1 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 Behandlungsfälle, in denen ausschließlich Kostenerstattungen des Kapitels 40 abgerechnet werden.

3.3.1 Fallzahlobergrenze

Die KV-bezogene, arztgruppenspezifische Fallzahlobergrenze wird je Arzt mit 200 % des Durchschnitts je Quartal auf der Grundlage des jeweiligen Vorjahresquartals festgelegt. Im Honorarverteilungsvertrag können abweichend Fallzahlobergrenzen nach Ordnungsnummern der Planungsbereiche festgesetzt werden.

Für die Ermittlung der durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe gilt 3.3 entsprechend. Im Honorarverteilungsvertrag kann vereinbart werden, Vertragsärzte, die nicht in vollem Umfang an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, entsprechend des Umfangs ihrer Tätigkeit bei der Ermittlung der durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe zu berücksichtigen.

Überschreitet eine Praxis bzw. ein medizinisches Versorgungszentrum die ggf. unter Berücksichtigung von 3.3.1.1 zutreffende Fallzahlobergrenze, wird anstelle der individuellen Fallzahl im jeweiligen Abrechnungsquartal die Fallzahlobergrenze für die Ermittlung des Regelleistungsvolumens verwendet.

3.3.1.1 Fallzahlobergrenze bei Gemeinschaftspraxen, medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten

Die Fallzahlobergrenze in Gemeinschaftspraxen, medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten ergibt sich aus der Addition der arztgruppenbezogenen Fallzahlobergrenzen je Arzt gemäß 3.3.1 der in einer Gemeinschaftspraxis oder einem medizinischen Versorgungszentrum tätigen Vertragsärzte.

Nicht in Anlage 1 aufgeführte Arztgruppen werden bei der Ermittlung der Fallzahlobergrenze nicht berücksichtigt. Deren Fälle und Leistungen gehen nicht in die Berechnung des Regelleistungsvolumens ein.

3.3.1.2 Fallzahlobergrenze für Vertragsärzte, die ihre Tätigkeit unter mehreren Gebiets- oder Schwerpunktbezeichnungen ausüben

Für einen Vertragsarzt, der seine Tätigkeit unter mehreren Gebiets- oder Schwerpunktbezeichnungen ausübt, ergibt sich die Fallzahlobergrenze gemäß 3.3.1 nach dem Versorgungsauftrag mit dem er zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen ist.

3.3.2 Fallzahlzuwachsbegrenzungsregelungen

Im Honorarverteilungsvertrag sind Fallzahlzuwachsbegrenzungen festzulegen.

3.4 Fallzahlobergrenzen und Fallzahlzuwachsbegrenzungsregelungen bei Neuzulassung und Umwandlung der Kooperationsform

Im Honorarverteilungsvertrag sind für Neuzulassungen von Vertragsärzten und Umwandlung der Kooperationsform Anfangs- und Übergangsregelungen zu beschließen.

4. Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen, die nicht dem Regelleistungsvolumen unterliegen

Von der Anrechnung auf das Regelleistungsvolumen ausgenommen sind die nachfolgenden Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen:

4.1 Aus dem Arztgruppentopf zu vergütende Leistungen und Leistungsarten, die dem Regelleistungsvolumen nicht unterliegen

1.1	Nrn. 01100 bis 01110	Besondere Inanspruchnahme
1.2	Nrn. 01210 bis 01222	Leistungen im organisierten Notfalldienst und im Notfall
1.4	Nrn. 01411, 01412, 01420	Dringende Besuche, Prüfung der häuslichen Krankenpflege
1.5	Nrn. 01510 bis 01531	Ambulante praxisklinische Betreuung und Nachsorge
1.6	Nrn. 01600 bis 01623	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten
1.7	Nrn. 01700 bis 01914	Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchungen, Mutterschaftsvorsorge, Empfängnisregelung und Schwangerschaftsabbruch
3.2.1	Nrn. 03001 bis 03005	Hausärztliche Strukturleistungen
3.3.3	Nr. 03323**	Auswertung Langzeit-EKG
4.2.1	Nrn. 04001 bis 04005	Strukturleistungen der Kinder- und Jugendmedizin
4.3.3	Nr. 04323**	Auswertung Langzeit-EKG
5.2	Nr. 05230	Aufsuchen eines Kranken durch Anästhesiologen
6.3	Nr. 06332	PDT
8.4	Nrn. 08410 bis 08416	Geburtshilfe
10.3	Nrn. 10320 bis 10324	Behandlung von Naevi Flammei und Hämangiomen

12.2	Nr. 12210	Labor-Konsiliarkomplex
13.2.2.3	Nr. 13253**	Auswertung Langzeit-EKG
13.3.6	Nrn. 13600 bis 13621	Dialyse
19.3 **	Nrn. 19310 bis 19312, 19331	Histologische und zytologische Leistungen
26.3	Nr. 26330	ESWL
27.3	Nr. 27323**	Auswertung Langzeit-EKG
30.8	Nrn. 30800 bis 30811	Soziotherapie
31.2.2 bis 31.2.13	Nrn. 31101 bis 31351	Ambulante und belegärztliche Operationen
31.6.1	Nrn. 31900 bis 31946	Orthopädisch-chirurgisch konservative Leistungen (z. B. Hilfsmittelanpassung)
34.2.1 bis 34.2.9 *	Nrn. 34210 bis 34297	Diagnostische Radiologie
35.2	Nrn. 35200 bis 35225	Antragspflichtige psychotherapeutische Leistungen

Darüber hinaus unterliegen Leistungen, die im organisierten Notfalldienst (Muster 19a der Vordruckvereinbarung) und in stationären (belegärztlichen) Behandlungsfällen erbracht werden, nicht dem Regelleistungsvolumen.

Die mit * gekennzeichneten Leistungsbereiche unterliegen bei Fachärzten für Diagnostische Radiologie dem Regelleistungsvolumen.

Die mit ** gekennzeichneten Leistungsbereiche unterliegen dem Regelleistungsvolumen nur dann nicht, wenn sie als Auftragsleistung (Definitions- oder Indikationsauftrag) erbracht werden.

Die genannten Leistungen und Leistungsarten sind den Leistungen in 4.2 zuzuordnen, sofern für die Vergütung dieser Leistungen gesondert gesamtvertraglich Regelungen vereinbart sind.

4.2 Nicht aus dem Arztgruppentopf zu vergütende Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen, die dem Regelleistungsvolumen nicht unterliegen

- Hausärztliche Grundvergütung
- Schutzimpfungen
- Leistungen bei Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit
- Leistungen der Reproduktionsmedizin
- Kostenerstattungsregelungen, die in den Gesamtvertragsvereinbarungen festgelegt sind
- Zusatzvereinbarungen auf Bundes- und Landesebene
- Gesondert gesamtvertraglich vereinbarte Leistungen (z.B. Prävention) und Kosten

- Labor-Grundpauschale nach Nr. 12225 sowie Leistungen und vertraglich vereinbarte Kosten für laboratoriumsmedizinische Untersuchungen des Kapitels 32
- Kostenpauschalen des Kapitels 40.

5. Trennung der Vergütungen

Der Beschluss zur Trennung der Vergütungen in einen haus- und fachärztlichen Anteil gemäß § 85 Abs. 4 SGB V bleibt unverändert bestehen.

- IV. Der Bewertungsausschuss wird mit Wirkung zum 1. Januar 2006 seinen Beschluss vom 13. Mai 2004 dahingehend überprüfen und ggf. ändern, ob die Höhe der Regelleistungsvolumen sowohl die medizinisch notwendige Versorgung der GKV-Versicherten als auch die Höhe der Gesamtvergütungen als auch die Höhe der Vergütung der ärztlichen Leistungen ausreichend berücksichtigt. Kommt bis zum 31. August 2005 kein neuer Beschluss zustande, gilt der Beschluss nach III. bis zu einer Entscheidung des Erweiterten Bewertungsausschusses fort.

**Anlage 1 zum Teil III
zum
BESCHLUSS
des Bewertungsausschusses**

**gemäß § 85 Abs. 4 a SGB V zur Festlegung von Regelleistungsvolumen
durch die Kassenärztlichen Vereinigungen gemäß § 85 Abs. 4 SGB V**

Benennung der Arztgruppen

Für nachfolgende Arztgruppen werden Arztgruppentöpfe gemäß 1. und Regelleistungsvolumen gemäß 3.1 berechnet.

Im Honorarverteilungsvertrag können weitere Differenzierungen oder Zusammenfassungen der nachfolgenden Arztgruppen vereinbart werden.

Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt können durch den Honorarverteilungsvertrag entsprechenden Arztgruppen zugeordnet werden.

Arztgruppe

- Fachärzte für 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
- Fachärzte für Frauenheilkunde
- Fachärzte für Frauenheilkunde mit fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin
- Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde
- Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten
- Fachärzte für Humangenetik
- Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie und invasiver Tätigkeit
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Endokrinologie
- 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 Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
- Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
- Fachärzte für Nervenheilkunde
- Fachärzte für Neurologie
- Fachärzte für Nuklearmedizin
- Fachärzte für Orthopädie
- Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie
- 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 Psychotherapeutische Medizin
- andere ausschließlich psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte, Psychologische Psychotherapeuten
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
- 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

**Anlage 2 zum Teil III
zum
BESCHLUSS
des Bewertungsausschusses**

**gemäß § 85 Abs. 4 a SGB V zur Festlegung von Regelleistungsvolumen
durch die Kassenärztlichen Vereinigungen gemäß § 85 Abs. 4 SGB V**

**Berechnung der Fallpunktzahl (FPZ) gemäß 3.2 im Zeitraum vom 1. April 2005 bis
31. Dezember 2005**

Die Berechnung der KV-bezogenen, arztgruppenspezifischen Fallpunktzahl (FPZ) für das Regelleistungsvolumen erfolgt für die in Anlage 1 genannten Arztgruppen mit den Faktoren

- LB =** Arztgruppenspezifischer Leistungsbedarf in Punkten im Zeitraum vom 2. Halbjahr 2003 bis zum 1. Halbjahr 2004 der Leistungen, die dem Regelleistungsvolumen unterliegen, nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung, aber vor Anwendung der in diesem Zeitraum gültigen Honorarverteilungsmaßstäbe unter Berücksichtigung der Neufassung des EBM¹
- e =** KV-bezogene (ggf. nach Ordnungsnummern der Planungsbereiche), arztgruppenspezifische Anzahl der kurativ-ambulantem Behandlungsfälle im Zeitraum vom 2. Halbjahr 2003 bis zum 1. Halbjahr 2004 unter Berücksichtigung von 3.3 und ggf. einer abweichenden Festlegung eines Aufsatzzeitraumes gemäß 3.1 des Beschlusses

nach der Formel

$$FPZ_{RLV} = \frac{LB}{e} \times 0,8$$

¹ Hierzu hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung den Kassenärztlichen Vereinigungen eine Übersetzungsliste zur Verfügung gestellt.

Die Aufspaltung der Fallpunktzahl für Versicherte nach Altersklassen erfolgt mit

- f =** KV-bezogener, arztgruppenspezifischer Leistungsbedarfsfallwert – ohne Berücksichtigung der Leistungen in 4. - im Zeitraum vom 2. Halbjahr 2003 bis zum 1. Halbjahr 2004 aus Leistungen für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr
- g =** KV-bezogener, arztgruppenspezifischer Leistungsbedarfsfallwert – ohne Berücksichtigung der Leistungen in 4. - im Zeitraum vom 2. Halbjahr 2003 bis zum 1. Halbjahr 2004 aus Leistungen für Versicherte ab dem 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
- h =** KV-bezogener, arztgruppenspezifischer Leistungsbedarfsfallwert – ohne Berücksichtigung der Leistungen in 4. - im Zeitraum vom 2. Halbjahr 2003 bis zum 1. Halbjahr 2004 aus Leistungen für Versicherte ab dem 60. Lebensjahr
- i =** KV-bezogener, arztgruppenspezifischer Leistungsbedarfsfallwert – ohne Berücksichtigung der Leistungen in 4. - im Zeitraum vom 2. Halbjahr 2003 bis zum 1. Halbjahr 2004 aus Leistungen für alle Versicherten

nach den Formeln

$$\mathbf{FPZ}_{0-5} = \mathbf{FPZ} \times \frac{\mathbf{f}}{\mathbf{i}} \quad \text{für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr}$$

$$\mathbf{FPZ}_{6-59} = \mathbf{FPZ} \times \frac{\mathbf{g}}{\mathbf{i}} \quad \text{für Versicherte ab dem 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr}$$

$$\mathbf{FPZ}_{60} = \mathbf{FPZ} \times \frac{\mathbf{h}}{\mathbf{i}} \quad \text{für Versicherte ab dem 60. Lebensjahr}$$

Im Honorarverteilungsvertrag kann von den Vertragspartnern festgelegt werden, alle oben genannten Berechnungen je Quartal durchzuführen.

Protokollnotiz:

Die Protokollnotiz zum Beschluss des Bewertungsausschusses vom 13. Mai 2004 gilt fort.