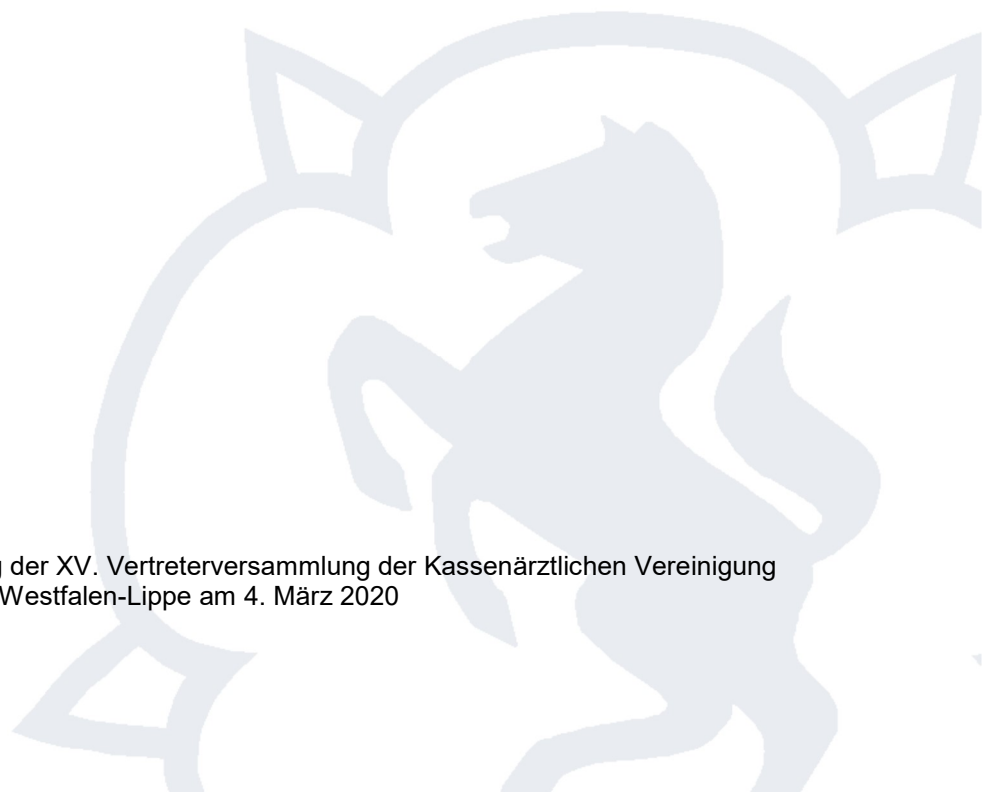


Honorarverteilungsmaßstab
der
Kassenärztlichen Vereinigung
Westfalen-Lippe
(HVM – KVWL)

gültig ab 1. April 2020

Beschlossen von der 16. Sitzung der XV. Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung
Westfalen-Lippe am 4. März 2020



Inhaltsverzeichnis:

ABSCHNITT I - ALLGEMEINE BESTIMMUNGEN.....	7
1. Geltungsbereich	7
2. Grundsätze der Vergütung der Ärzte	7
2.1 Vergütung vertragsärztlicher Leistungen	7
2.2 Leistungsabgrenzung	7
2.3 Mengensteuerung und Kalkulationssicherheit	8
ABSCHNITT II - VERTEILUNG DER VERTRAGSÄRZTLICHEN VERGÜTUNG.....	8
1. Vergütung von Leistungen außerhalb der haus- und fachärztlichen Vergütungsvolumina	8
1.1 Laborwirtschaftlichkeitsbonus und veranlasste laboratoriumsmedizinische Untersuchungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM (ohne die in Abschnitt II, Ziffer 4.1 b) genannten Gebührenordnungspositionen des Kap. 32 EBM).....	9
1.2 Leistungen des organisierten Notfalldienstes und Notfall	9
2. Bildung der Vergütungsvolumina für die haus- und fachärztliche Versorgung.....	9
3. Verteilung innerhalb des hausärztlichen Versorgungsbereichs	10
3.1 Bildung von Vorwegabzügen zur Ermittlung des hausärztlichen (versorgungsbereichsspezifischen) Verteilungsvolumens (VV _{VB})	10
3.2 Bildung der arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumina (VV _{AG}).....	11
4. Verteilung innerhalb des fachärztlichen Versorgungsbereichs	11
4.1 Bildung von Vorwegabzügen zur Ermittlung des angepassten fachärztlichen Vergütungsvolumens	11
4.2 Bildung von Vorwegabzügen zur Ermittlung des fachärztlichen (versorgungsbereichsspezifischen) Verteilungsvolumens (VV _{VB})	12
4.3 Bildung der arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumina (VV _{AG}).....	14
5. Vergütung der Leistungen der haus- und fachärztlichen Vorwegabzüge.....	14
5.1 Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung („PFG“)	14
5.2 Leistungen der Humangenetik nach den GOP 01842, 32860 - 32865, 32902, 32904, 32906, 32908, 32931, 32932, 32937, 32945 und 32946 EBM und Abschnitte 11.4 und 19.4 EBM.....	14
5.3 Kostenpauschalen nach Kapitel 40 EBM und GOP 38100 und 38105 EBM	15
5.4 Haus- und Heimbesuche	15
5.5 Humangenetische Leistungen des Abschnitts 11.2 EBM.....	15
5.6 Pathologische Leistungen nach Kapitel 19 und der GOP 01826 EBM.....	15
5.7 Leistungen in nicht RLV-relevanten Fällen	16
5.8 Radiologen und Nuklearmediziner	16

5.9	Ermächtigte Ärzte und Einrichtungen	16
5.10	Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie andere ausschließlich psychotherapeutisch tätiger Vertragsärzte gemäß den Kriterien der Bedarfsplanungsrichtlinien (ab dem 01.04.2013).....	17
5.11	Leistungen von Arztgruppen ohne RLV (außer den in 4.2 g), h) und i) genannten Arztgruppen), die nicht in Ziffer 4.1 b) oder 4.2 a) - f) genannt sind	17
5.12	Überschreitungsolumen.....	17
5.13	Leistungen der hausärztlichen geriatrischen Versorgung nach Abschnitt 3.2.4 EBM, der sozialpädiatrischen Versorgung nach Abschnitt 4.2.4 EBM sowie der palliativmedizinischen Versorgung nach den Abschnitten 3.2.5 und 4.2.5 EBM.....	18
5.14	Leistungen für Behandlungen nach §75 Abs. 1a Satz 6 SGB V	18
5.15	Laboratoriumsmedizinische Untersuchungen nach den GOP 32025, 32026, 32027, 32035, 32036, 32037, 32038, 32039, 32097 und 32150 EBM.....	18
5.16	Eigenerbrachte und von Laborgemeinschaften abgerechnete laboratoriumsmedizinische Untersuchungen des Abschnitts 32.2 EBM	18
5.17	Konsiliar- und Grundpauschalen für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin u.a. nach den GOP 12210 und 12220 EBM	19
5.18	Eigenerbrachte laboratoriumsmedizinische Untersuchungen des Abschnitts 32.3 (ohne die in Abschnitt II, Ziffer 4.1 b) genannten Gebührenordnungspositionen des Kap. 32 EBM) EBM.....	19
6.	Verteilung und Vergütung innerhalb der arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumina (VV _{AG}).....	19
6.1	Vorwegabzüge innerhalb der arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumina....	19
6.2	Vergütung der Leistungen der Vorwegabzüge innerhalb der arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumina	20
7.	Honorarvolumen	21
7.1	Definition.....	21
7.2	Ärzte und Arztgruppen	21
7.3	Bezugsgrößen.....	22
7.3.1	Quartalsbezug.....	22
7.3.2	Arztbezug.....	22
7.3.3	Tätigkeitsumfang.....	22
7.4.	Ermittlung des Honorarvolumens je Arzt	23
7.4.1	Regelleistungsvolumen	23

7.4.2	Zuschläge zum Regelleistungsvolumen für Ärzte des hausärztlichen Versorgungsbereichs (Arztgruppen nach Anlage 1 Nr. 1) in Berufsausübungsgemeinschaften, MVZ und Praxen mit angestellten Ärzten...	24
7.4.3	Zuschläge zum Regelleistungsvolumen für Ärzte des fachärztlichen Versorgungsbereichs (Arztgruppen nach Anlage 1 Nr. 2) in Berufsausübungsgemeinschaften, MVZ und Praxen mit angestellten Ärzten...	26
7.4.4	Qualifikationsgebundene Zusatzvolumina	27
7.4.5	Honorarvolumen je Arzt.....	28
7.5	Arztpraxisbezogene Festsetzung des Honorarvolumens.....	28
7.5.1	Arztpraxisbezogene Ermittlung des Honorarvolumens	28
7.5.2	Änderungen des Teilnahmestatus einer Praxis	28
7.6	Für Regelleistungsvolumina und qualifikationsgebundene Zusatzvolumina relevante Fälle (RLV-Fälle)	29
7.7	Praxisbesonderheiten	30
7.8	Härtefallregelung.....	32
8.	Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen.....	32
8.1	Anwendungsbereich.....	32
8.2	Festsetzung der zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen	32
ABSCHNITT III – SONSTIGE BESTIMMUNGEN		33
1.	Kalkulationssicherheit.....	33
2.	Rückstellungen	33
3.	Selektivverträge.....	34
4.	Bereinigung aufgrund der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) gem. § 116b SGB V.....	34
5.	Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG).....	35
5.1	Bereinigung aufgrund der Entbudgetierung gemäß § 87a Abs. 3 Satz 7 SGB V (TSVG-Bereinigung)	35
5.2	Berücksichtigung der TSVG-Bereinigung in der Honorarverteilung nach Ablauf des Bereinigungszeitraums einer TSVG-Konstellation	36
6.	Förderung von Praxisnetzen nach § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V.....	37
7.	Schlussbestimmungen.....	37
8.	Inkrafttreten	37
ANLAGEN:.....		38
Anlage 1:	RLV-Arztgruppen	38
Anlage 1a:	Arztgruppendifferenzierung für BAG-Zuschläge nach Abschnitt II, Ziffer 7.4.2 und 7.4.3.....	39

Anlage 2:	Zuordnung der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina (QZV) nach Abschnitt II, Ziffer 7.4.4.....	40
Anlage 3:	Berechnung des arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumens nach Abschnitt II, Ziffer 3.2 bzw. Ziffer 4.3	46
1.	Berechnung des arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumens (VV_{AG}).....	46
2.	Berücksichtigung von Veränderungen der Vergütung ärztlicher Leistungen durch Anpassungsfaktoren	47
Anlage 4a:	Berechnung der arztgruppenspezifischen Vergütungsbereiche für die Arztgruppen des hausärztlichen Versorgungsbereiches (Anlage 1 Nr. 1).....	47
1.	Berechnung des arztgruppenspezifischen Vergütungsbereichs für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der Regelleistungsvolumina ($RLV_{AGHÄ}$).....	47
1.a	Differenzierung nach Altersklassen	48
2.	Berechnung des Vergütungsbereichs für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina ($QZV_{AGHÄ}$).....	48
3.	Berechnung des arztgruppenspezifischen Vergütungsbereichs für die Vergütung der ausführlichen ärztliche Gespräche nach GOP 03230, 04230 und 04231 EBM (VV_{AGGSP}).....	49
Anlage 4b:	Berechnung der arztgruppenspezifischen Vergütungsbereiche für die Arztgruppen des fachärztlichen Versorgungsbereiches (Anlage 1 Nr. 2).....	50
1.	Berechnung des arztgruppenspezifischen Vergütungsbereichs für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der Regelleistungsvolumina ($RLV_{AGFÄ}$).....	50
1.a	Differenzierung nach Altersklassen	50
2.	Berechnung der arztgruppenspezifischen Vergütungsbereiche für die Arztgruppe der Augenärzte	51
Anlage 5:	Berechnung des Regelleistungsvolumens (RLV) je Arzt gemäß Abschnitt II, Ziffer 7.4.1	53
1.	Berechnung der arztgruppenspezifischen Fallwerte	53
2.	Berechnung des Regelleistungsvolumens je Arzt.....	54
Anlage 6:	Berechnung der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina (QZV) gemäß Abschnitt II, Ziffer 7.4.4	55
1.	Berechnung des Vergütungsbereichs je qualifikationsgebundenem Zusatzvolumen für jede Arztgruppe gemäß Anlage 2.....	55
2.1	Berechnung des Fallwertes für ein qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen .	56
2.2	Berechnung der arztindividuell volumenbezogenen qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina.....	56

Anlage 7:	Verteilung und Vergütung innerhalb des Vergütungsvolumens für Radiologen und Nuklearmediziner nach Abschnitt II, Ziffer 4.2 g)	58
1.	Verteilung	58
2.	Vergütung	59
Anlage 8:	Vergütung im Organisierten Notfalldienst und Notfall	60
Anlage 9:	Spezielle Laboratoriumsuntersuchungen bei „Nicht-Laborärzten“	60
Anlage 10:	KBV-Vorgaben gemäß § 87b Abs. 4 SGB V	61
Anlage 11:	Förderung von Praxisnetzen nach § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V	62

Abschnitt I - Allgemeine Bestimmungen

1. Geltungsbereich

Dieser Honorarverteilungsmaßstab (HVM) regelt gemäß § 87b SGB V (GKV-VStG) für den Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe die Verteilung der vereinbarten Gesamtvergütungen an die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden zugelassenen Vertragsärzte, Psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und medizinischen Versorgungszentren sowie an die bei den zuvor genannten Leistungserbringern angestellten Ärzte und Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Er gilt ferner für ermächtigte Ärzte und ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen sowie für Krankenhäuser und nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, soweit sie ambulante Notfallleistungen gegenüber Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung erbringen.

Alle vorstehend genannten Vertragsärzte, Therapeuten und Einrichtungen, die den Regelungen dieses HVM unterliegen, werden in diesem HVM als „Ärzte“ bezeichnet.¹

2. Grundsätze der Vergütung der Ärzte

2.1 Vergütung vertragsärztlicher Leistungen

Die Vergütung der Ärzte erfolgt auf Basis der gemäß § 87a Abs. 2 Satz 5 SGB V zum jeweiligen Zeitpunkt gültigen regionalen Euro-Gebührenordnung.

2.2 Leistungsabgrenzung

- Die Vergütung für vertragsärztliche Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach § 87a Abs. 3 SGB V ergibt sich aus der regionalen Euro-Gebührenordnung sowie ergänzend abgeschlossenen Vereinbarungen.

¹ Aus Gründen der Vereinfachung wird in diesem HVM ausschließlich die männliche Form genannt.

- Die Vergütung für vertragsärztliche Leistungen, die Bestandteil der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung sind, erfolgt auf Basis der regionalen Euro-Gebührenordnung nach den Regelungen dieses HVM.

2.3 Mengensteuerung und Kalkulationssicherheit

Die Menge der nach den Preisen der Euro-Gebührenordnung zu vergütenden Leistungen gemäß Ziffer 2.2, zweiter Spiegelstrich, wird durch quartalsbezogene Honorarvolumina - bestehend aus Regelleistungsvolumina (RLV) und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina (QZV) - begrenzt. Ausgenommen sind die in Abschnitt II, Ziffer 1, 3.1, 4.1, 4.2 und 6 genannten Leistungen. Sowohl RLV als auch QZV - mit Ausnahme der QZV nach Anlage 6 Nr. 2.2.a) - basieren auf arztgruppenspezifischen Fallwerten und arzt- bzw. praxisindividuellen Fallzahlen (RLV-Fälle nach Ziffer 7.6) im aktuellen Abrechnungsquartal.

Um den Ärzten ein hohes Maß an Kalkulationssicherheit hinsichtlich der Höhe des zu erwartenden Honorars zu ermöglichen (vgl. § 87b Absatz 2 SGB V), werden zu den in Satz 3 genannten arztgruppenspezifischen Fallwerten vor Beginn des Quartals Orientierungswerte für die RLV und QZV veröffentlicht. Dabei wird die Abweichung der RLV- und QZV-Fallwerte nach den Ziffern 7.4.1 und 7.4.4 von den jeweiligen Orientierungswerten nach unten begrenzt (vgl. Abschnitt III, Ziffer 1).

Abschnitt II - Verteilung der vertragsärztlichen Vergütung

1. Vergütung von Leistungen außerhalb der haus- und fachärztlichen Vergütungsvolumina

In Umsetzung der Vorgabe der KBV gemäß § 87b Abs. 4 SGB V, Teil B (vgl. Anlage 10) erfolgt die Vergütung für veranlasste laboratoriumsmedizinische Untersuchungen, den Labor-Wirtschaftlichkeitsbonus und Leistungen und Kosten im org. Notfalldienst und Notfall aus dem entsprechenden gebildeten Vergütungsvolumen des jeweiligen Grundbetrags (Grundbetrag „Labor“ bzw. Grundbetrag „Bereitschaftsdienst und Notfall“) gemäß Abschnitt II, Ziffer 1.1 bzw. 1.2. Bei der Bildung und Anpassung des Grundbetrags Labor wird von der in der Anlage zu Teil B genannten Möglichkeit der

Anwendung einer durchschnittlichen rechnerischen Quote über ein Jahr Gebrauch gemacht.

1.1 Laborwirtschaftlichkeitsbonus und veranlasste laboratoriumsmedizinische Untersuchungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM (ohne die in Abschnitt II, Ziffer 4.1 b) genannten Gebührenordnungspositionen des Kap. 32 EBM)

Die Vergütung des Laborwirtschaftlichkeitsbonus und veranlasster laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM (ohne die in Abschnitt II, Ziffer 4.1 b) genannten Gebührenordnungspositionen des Kap. 32 EBM) erfolgt - in Umsetzung der Vorgabe der KBV gemäß § 87b Abs. 4 SGB V, Teil B (vgl. Anlage 10) - aus dem Vergütungsvolumen, das sich nach Ziffer 1.2 dieser Vorgabe ergibt.

Übersteigt das angeforderte Leistungsvolumen in Euro - unter Anwendung der Budgetierung nach Anlage 9 - das zur Verfügung stehende Vergütungsvolumen, werden die Leistungen nach Satz 1 gleichmäßig an alle Leistungserbringer in dem Verhältnis vergütet, das sich aus der Gegenüberstellung des Vergütungsvolumens zum Anforderungsvolumen ergibt. Es ist sicherzustellen, dass das angeforderte Leistungsvolumen mindestens mit einer Quote von 89 % vergütet wird.

1.2 Leistungen des organisierten Notfalldienstes und Notfall

Leistungen des organisierten Notfalldienstes und der Notfallbehandlungen durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser, werden nach Maßgabe der Regelungen in Anlage 8 aus dem Vergütungsvolumen vergütet, das sich nach den Nr. 2. bis 6. der Vorgabe der KBV gemäß § 87b Abs. 4 SGB V, Teil B (vgl. Anlage 10) ergibt.

2. Bildung der Vergütungsvolumina für die haus- und fachärztliche Versorgung

Aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung des entsprechenden Abrechnungsquartals werden nach Teil B der Vorgabe der KBV gemäß § 87b Abs. 4 SGB V (vgl. Anlage 10) Vergütungsvolumina für die haus- und fachärztliche Versorgung gebildet.

3. Verteilung innerhalb des hausärztlichen Versorgungsbereichs

3.1 Bildung von Vorwegabzügen zur Ermittlung des hausärztlichen (versorgungsbereichsspezifischen) Verteilungsvolumens (VV_{VB})

Zur Bildung des hausärztlichen (versorgungsbereichsspezifischen) Verteilungsvolumens (VV_{VB}) werden aus dem hausärztlichen Vergütungsvolumen nach Ziffer 2 - ggf. gemindert um den für einen Strukturfonds nach § 105 Abs. 1a SGB V erforderlichen Betrag - als Vorwegabzug berücksichtigt:

- a) Zahlungen im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 75 Abs. 7 und 7a SGB V auf Basis des Vorjahresquartals
- b) Rückstellungen nach Abschnitt III, Ziffer 2
- c) Nach Anwendung des geltenden Trennungsfaktors sich ergebender Anteil des hausärztlichen Versorgungsbereichs an den Förderungen von Praxisnetzen nach Anlage 11
- d) Vergütung der innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanzierten Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM sowie der Leistungen nach den GOP 38100 und 38105 EBM
- e) Vergütung für die Haus- und Heimbefuche (GOP 01410, 01413, 01415 EBM)
- f) Prozentualer Vergütungsanteil der ermächtigten Ärzte und Einrichtungen am hausärztlichen Verteilungsvolumen im entsprechenden Quartal des Zeitraums 3/2018 - 2/2019 - jeweils unter Berücksichtigung der TSVG-Bereinigung nach Abschnitt III, Ziffer 5.2 - für Leistungen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, die nicht in Ziffer 1 oder Ziffer 3.1 d) - e) genannt sind
- g) Vergütung für Leistungen, die in Behandlungsfällen erbracht werden, die nicht in Ziffer 7.6 genannt sind und nicht in Ziffer 1 oder Ziffer 3.1. d) - f) genannt sind
- h) Anteil von 1 % des hausärztlichen Verteilungsvolumens für abgestaffelt zu vergütende Leistungen nach Ziffer 7.1
- i) Auf den hausärztlichen Versorgungsbereich - gemäß dem im Vorjahresquartal geltenden Trennungsfaktor - entfallender Anteil des je KV-Bezirk bereitgestellten Betrages gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses zur Anpassung der kassenspezifischen Aufsatzwerte des bereinigten Behandlungsbedarfs in seiner 295. Sitzung als Vergütungsvolumen für die Leistungen der hausärztli-

chen geriatrischen Versorgung nach Abschnitt 3.2.4 EBM und der sozialpädiatrischen Versorgung nach Abschnitt 4.2.4 EBM sowie der palliativmedizinischen Versorgung nach den Abschnitten 3.2.5 und 4.2.5 EBM.

- j) Vergütung für die laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen nach den GOP 32025, 32026, 32027, 32035, 32036, 32037, 32038, 32039, 32097 und 32150 EBM.
- k) Vergütung für die von Ärzten des hausärztlichen Versorgungsbereichs eingebracht sowie von Laborgemeinschaften bezogenen laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen des Abschnitts 32.2 EBM ohne die Untersuchungen nach Ziffer 3.1 j).

3.2 Bildung der arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumina (VV_{AG})

Das verbleibende hausärztliche Verteilungsvolumen (VV_{VB}) wird gemäß Anlage 3 auf die entsprechenden Arztgruppen des hausärztlichen Versorgungsbereichs nach Anlage 1 verteilt. Es entsteht jeweils ein arztgruppenspezifisches Verteilungsvolumen (VV_{AG}).

4. Verteilung innerhalb des fachärztlichen Versorgungsbereichs

4.1 Bildung von Vorwegabzügen zur Ermittlung des angepassten fachärztlichen Vergütungsvolumens

Zur Bildung des angepassten fachärztlichen Vergütungsvolumens werden aus den zusammengefassten Vergütungsvolumina des fachärztlichen Grundbetrags, des Grundbetrags für die „PFG“ und des Grundbetrags für „genetisches Labor“ nach Teil B der Vorgabe der KBV gemäß § 87b Abs. 4 SGB V (vgl. Anlage 10) - jeweils unter Berücksichtigung des zu erwartenden Saldo aus dem Fremdkassenzahlungsausgleich - als Vorwegabzug berücksichtigt:

- a) Vergütung für die Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung („PFG“) der GOP 05220, 06220, 07220, 08220, 09220, 10220, 13220, 13294, 13344, 13394, 13494, 13543, 13594, 13644, 13694, 14214, 16215, 18220, 20220, 21218, 21225, 22216, 23216, 26220, 27220 EBM.
- b) Vergütungsvolumen nach Teil B, Nr. 1.3 der Vorgabe der KBV gemäß § 87b Abs. 4 SGB V für die Leistungen des genetischen Labors (GOP 01842, 32860 - 32865,

32902, 32904, 32906, 32908, 32931, 32932, 32937, 32945 und 32946 EBM und Abschnitte 11.4 und 19.4 EBM.

- c) Für einen Strukturfonds nach § 105 Abs. 1a SGB V ggf. erforderliche Beträge.
- d) Nach Anwendung des geltenden Trennungsfaktors sich ergebender Anteil des fachärztlichen Versorgungsbereichs an den Förderungen von Praxisnetzen nach Anlage 11

Es verbleibt das angepasste fachärztliche Vergütungsvolumen.

4.2 Bildung von Vorwegabzügen zur Ermittlung des fachärztlichen (versorgungsbereichsspezifischen) Verteilungsvolumens (VV_{VB})

Zur Bildung des fachärztlichen (versorgungsbereichsspezifischen) Verteilungsvolumens (VV_{VB}) werden aus dem angepassten fachärztlichen Vergütungsvolumen nach Ziffer 4.1 als Vorwegabzug berücksichtigt:

- a) Rückstellungen nach Abschnitt III, Ziffer 2
- b) Vergütung der innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanzierten Kostenpauschalen des Kapitels 40 sowie der Leistungen nach den GOP 38100 und 38105 EBM
- c) Vergütung für die Haus- und Heimbefuche (GOP 01410, 01413, 01415 EBM)
- d) Prozentualer Vergütungsanteil für humangenetische Leistungen des Abschnitts 11.2 EBM am fachärztlichen Verteilungsvolumen im entsprechenden Quartal des Zeitraums 3/2018 - 2/2019, jeweils unter Berücksichtigung der TSVG-Bereinigung nach Abschnitt III, Ziffer 5.2
- e) Prozentualer Vergütungsanteil für pathologische Leistungen des Kapitels 19 EBM und der GOP 01826 EBM am fachärztlichen Verteilungsvolumen im entsprechenden Quartal des Zeitraums 3/2018 - 2/2019, jeweils unter Berücksichtigung der TSVG-Bereinigung nach Abschnitt III, Ziffer 5.2
- f) Leistungen, die in Behandlungsfällen erbracht werden, die nicht in Ziffer 7.6 genannt sind und nicht in Ziffer 1, Ziffer 4.1 a) - b) oder 4.2 b) - e) genannt sind
- g) Prozentualer Vergütungsanteil der Radiologen und Nuklearmediziner am fachärztlichen Verteilungsvolumen im entsprechenden Quartal des Zeitraums 3/2018 - 2/2019 für Leistungen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, die nicht in Ziffer 1, Ziffer 4.1 a) - b) oder Ziffer 4.2 b) - f) genannt sind,

- jeweils unter Berücksichtigung der TSVG-Bereinigung nach Abschnitt III, Ziffer 5.2
- h) Prozentualer Vergütungsanteil der ermächtigten Ärzte und Einrichtungen am fachärztlichen Verteilungsvolumen im entsprechenden Quartal des Zeitraums 3/2018 - 2/2019 für Leistungen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, die nicht in Ziffer 1, Ziffer 4.1 a) - b) oder 4.2 b) - f) genannt sind, jeweils unter Berücksichtigung der TSVG-Bereinigung nach Abschnitt III, Ziffer 5.2
 - i) Prozentualer Vergütungsanteil der Psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie anderer ausschließlich psychotherapeutisch tätiger Vertragsärzte gemäß den Kriterien der Bedarfsplanungsrichtlinien am fachärztlichen Verteilungsvolumen im entsprechenden Quartal des Zeitraums 3/2018 - 2/2019 für Leistungen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, die nicht in Ziffer 1, Ziffer 4.1 a) - b) oder 4.2 b) - f) genannt sind. Zur Berücksichtigung der EBM-Änderungen zum 01.04.2020 wird dieser Vergütungsanteil um einen Faktor von 1,177 angepasst. Zusätzlich ist die TSVG-Bereinigung nach Abschnitt III, Ziffer 5.2 zu berücksichtigen
 - j) Leistungen von Arztgruppen ohne RLV (außer den in g), h) und i) genannten Arztgruppen), die nicht in Ziffer 4.1 a) - b) oder 4.2 b) - f) genannt sind
 - k) Prozentualer Vergütungsanteil der abgestaffelt vergüteten Leistungen nach Ziffer 7.1 am fachärztlichen Verteilungsvolumen im entsprechenden Quartal des Zeitraums 3/2018 - 2/2019
 - l) Leistungen für Behandlungen nach §75 Abs. 1a Satz 6 SGB V.
 - m) Vergütung für die laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen nach den GOP 32025, 32026, 32027, 32035, 32036, 32037, 32038, 32039, 32097 und 32150 EBM.
 - n) Vergütung für die von Ärzten des fachärztlichen Versorgungsbereichs eigenerbrachten sowie von Laborgemeinschaften bezogenen laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen des Abschnitts 32.2 EBM ohne die Untersuchungen nach Ziffer 4.2 m).
 - o) Vergütung für die Konsiliar- und Grundpauschalen für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin u.a. nach den GOP 12210 und 12220 EBM.

- p) Vergütung für eigenerbrachte laboratoriumsmedizinische Untersuchungen des Abschnitts 32.3 (ohne die in Abschnitt II, Ziffer 4.1 b) genannten Gebührenordnungspositionen des Kap. 32 EBM) EBM.

4.3 Bildung der arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumina (VV_{AG})

Das verbleibende fachärztliche Verteilungsvolumen (VV_{VB}) wird gemäß Anlage 3 auf die Arztgruppen des fachärztlichen Versorgungsbereichs nach Anlage 1 verteilt. Es entsteht jeweils ein arztgruppenspezifisches Verteilungsvolumen (VV_{AG}).

5. Vergütung der Leistungen der haus- und fachärztlichen Vorwegabzüge

5.1 Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung („PFG“)

Die Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung („PFG“) nach den GOP 05220, 06220, 07220, 08220, 09220, 10220, 13220, 13294, 13344, 13394, 13494, 13543, 13594, 13644, 13694, 14214, 16215, 18220, 20220, 21218, 21225, 22216, 23216, 26220, 27220 EBM werden mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet.

5.2 Leistungen der Humangenetik nach den GOP 01842, 32860 - 32865, 32902, 32904, 32906, 32908, 32931, 32932, 32937, 32945 und 32946 EBM und Abschnitte 11.4 und 19.4 EBM

Leistungen der Humangenetik nach den GOP 01842, 32860 - 32865, 32902, 32904, 32906, 32908, 32931, 32932, 32937, 32945 und 32946 EBM und Abschnitte 11.4 und 19.4 EBM werden aus dem Vergütungsvolumen nach Ziffer 4.1 b) vergütet. Übersteigt das angeforderte Leistungsvolumen in Euro das zur Verfügung stehende Vergütungsvolumen, werden die Leistungen nach Satz 1 gleichmäßig an alle Leistungserbringer in dem Verhältnis vergütet, das sich aus der Gegenüberstellung des Vergütungsvolumens zum Anforderungsvolumen ergibt.

5.3 Kostenpauschalen nach Kapitel 40 EBM und GOP 38100 und 38105 EBM

Kostenpauschalen nach Kapitel 40 EBM sowie die Leistungen nach den GOP 38100 und 38105 EBM werden je Versorgungsbereich nach Ziffer 3.1 c) bzw. 4.2 b) mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet.

5.4 Haus- und Heimbefuche

Haus- und Heimbefuche nach den GOP 01410, 01413, 01415 EBM werden je Versorgungsbereich nach Ziffer 3.1 d) bzw. 4.2 c) mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet.

5.5 Humangenetische Leistungen des Abschnitts 11.2 EBM

Humangenetische Leistungen des Abschnitts 11.2 EBM werden aus dem Vergütungsvolumen vergütet, das sich nach Ziffer 4.2 d) ergibt. Unterschreitungen werden bei der Kalkulation des nächstmöglichen Quartals berücksichtigt. Übersteigt das angeforderte Leistungsvolumen in Euro das zur Verfügung stehende Vergütungsvolumen, werden die Leistungen nach Satz 1 gleichmäßig an alle Leistungserbringer in dem Verhältnis vergütet, das sich aus der Gegenüberstellung des Vergütungsvolumens zum Anforderungsvolumen ergibt. Es ist sicherzustellen, dass das angeforderte Leistungsvolumen mindestens zu einem Anteil von 70 % vergütet wird.

5.6 Pathologische Leistungen nach Kapitel 19 und der GOP 01826 EBM

Pathologische Leistungen nach Kapitel 19 und die GOP 01826 EBM werden aus dem Vergütungsvolumen gemäß Ziffer 4.2 e) vergütet. Unterschreitungen werden bei der Kalkulation des nächstmöglichen Quartals berücksichtigt. Übersteigt das angeforderte Leistungsvolumen in Euro das zur Verfügung stehende Vergütungsvolumen, werden die Leistungen nach Satz 1 gleichmäßig an alle Leistungserbringer in dem Verhältnis vergütet, das sich aus der Gegenüberstellung des Vergütungsvolumens zum Anforderungsvolumen ergibt. Es ist sicherzustellen, dass das angeforderte Leistungsvolumen mindestens zu einem Anteil von 70 % vergütet wird.

5.7 Leistungen in nicht RLV-relevanten Fällen

Leistungen, die in Behandlungsfällen erbracht werden, die nicht in Ziffer 7.6 genannt sind und nicht in Ziffer 3.1. c) - e), Ziffer 4.1 a) - b) oder 4.2 b) - e) genannt sind, werden je Versorgungsbereich nach Ziffer 3.1 f) bzw. 4.2 f) mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet.

5.8 Radiologen und Nuklearmediziner

Die innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanzierten Leistungen von Radiologen und Nuklearmedizinern, die nicht in Ziffer 4.1 a) - b) oder 4.2 b) - f) genannt sind, werden aus dem Vergütungsvolumen nach Ziffer 4.2 g) nach Maßgabe der Regelungen in Anlage 7 vergütet.

5.9 Ermächtigte Ärzte und Einrichtungen

Die innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanzierten Leistungen ermächtigter Ärzte und Einrichtungen, die nicht in Ziffer 3.1 c) - d), Ziffer 4.1 a) - b) oder 4.2 b) - f) genannt sind, werden je Versorgungsbereich aus dem Vergütungsvolumen nach Ziffer 3.1. e) oder 4.2 h) vergütet. Zunächst werden anästhesiologische Leistungen, die im Zusammenhang mit vertragszahnärztlichen Behandlungen von Patienten mit mangelnder Kooperationsfähigkeit bei geistiger Behinderung oder Dyskinesie erbracht werden, mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet. Übersteigt das verbleibende angeforderte Leistungsvolumen in Euro das verbleibende zur Verfügung stehende Vergütungsvolumen, werden die Leistungen gleichmäßig an alle Leistungserbringer in dem Verhältnis vergütet, das sich aus der Gegenüberstellung des Vergütungsvolumens zum Anforderungsvolumen ergibt. Es ist sicherzustellen, dass das angeforderte Leistungsvolumen mindestens zu einem Anteil von 70 % vergütet wird.

5.10 Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie andere ausschließlich psychotherapeutisch tätiger Vertragsärzte gemäß den Kriterien der Bedarfsplanungsrichtlinien (ab dem 01.04.2013)

Die innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanzierten Leistungen Psychologischer Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie anderer ausschließlich psychotherapeutisch tätiger Vertragsärzte gemäß den Kriterien der Bedarfsplanungsrichtlinien, die nicht in Ziffern 4.1 a) - b) oder 4.2 b) - f) genannt sind, werden aus dem Vergütungsvolumen nach Ziffer 4.2 i) vergütet. Übersteigt das angeforderte Leistungsvolumen in Euro das zur Verfügung stehende Vergütungsvolumen, werden die Leistungen nach Satz 1 gleichmäßig an alle Leistungserbringer in dem Verhältnis vergütet, das sich aus der Gegenüberstellung des Vergütungsvolumens zum Anforderungsvolumen ergibt.

5.11 Leistungen von Arztgruppen ohne RLV (außer den in 4.2 g), h) und i) genannten Arztgruppen), die nicht in Ziffer 4.1 b) oder 4.2 a) - f) genannt sind

Leistungen von Arztgruppen ohne RLV (außer den in 4.2 g), h) und i) genannten Arztgruppen), die nicht in Ziffer 4.1 b) oder 4.2 a) - f) genannt sind, werden nach Ziffer 4.2 j) mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet.

5.12 Überschreitungsvolumen

Die die Honorarvolumina nach Ziffer 7.1 überschreitenden Leistungen werden je Versorgungsbereich aus dem Vergütungsvolumen gemäß Ziffer 3.1 g) oder 4.2 k) vergütet. Übersteigt das angeforderte Leistungsvolumen in Euro das zur Verfügung stehende Vergütungsvolumen, werden die Leistungen nach Satz 1 gleichmäßig an alle Leistungserbringer in dem Verhältnis vergütet, das sich aus der Gegenüberstellung des Vergütungsvolumens zum Anforderungsvolumen ergibt.

5.13 Leistungen der hausärztlichen geriatrischen Versorgung nach Abschnitt 3.2.4 EBM, der sozialpädiatrischen Versorgung nach Abschnitt 4.2.4 EBM sowie der palliativmedizinischen Versorgung nach den Abschnitten 3.2.5 und 4.2.5 EBM

Leistungen der hausärztlichen geriatrischen Versorgung nach Abschnitt 3.2.4 EBM, der sozialpädiatrischen Versorgung nach Abschnitt 4.2.4 EBM sowie der palliativmedizinischen Versorgung nach den Abschnitten 3.2.5 und 4.2.5 EBM werden aus dem Vergütungsvolumen nach Ziffer 3.1 h) vergütet. Übersteigt das angeforderte Leistungsvolumen in Euro das zur Verfügung stehende Vergütungsvolumen, werden die Leistungen nach Satz 1 gleichmäßig an alle Leistungserbringer in dem Verhältnis vergütet, das sich aus der Gegenüberstellung des Vergütungsvolumens zum Anforderungsvolumen ergibt. Es ist sicherzustellen, dass das angeforderte Leistungsvolumen mindestens zu einem Anteil von 70 % vergütet wird.

5.14 Leistungen für Behandlungen nach §75 Abs. 1a Satz 6 SGB V

Leistungen innerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung für Behandlungen nach §75 Abs. 1a Satz 6 SGB V, werden nach Ziffer 4.2 I) mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet.

5.15 Laboratoriumsmedizinische Untersuchungen nach den GOP 32025, 32026, 32027, 32035, 32036, 32037, 32038, 32039, 32097 und 32150 EBM

Laboratoriumsmedizinische Untersuchungen nach den GOP 32025, 32026, 32027, 32035, 32036, 32037, 32038, 32039, 32097 und 32150 EBM werden nach Ziffer 3.1.i) und 4.2.m) mit dem Preis vergütet, der sich aus der Anwendung der Quote nach Abschnitt II, Ziffer 1.1 auf die Preise der regionalen Euro-Gebührenordnung ergibt.

5.16 Eigenerbrachte und von Laborgemeinschaften abgerechnete laboratoriumsmedizinische Untersuchungen des Abschnitts 32.2 EBM

Eigenerbrachte und von Laborgemeinschaften abgerechnete laboratoriumsmedizinische Untersuchungen des Abschnitts 32.2 EBM - ohne die Untersuchungen nach den Ziffern 3.1.i) und 4.2.m) - werden nach Ziffer 3.1 j) bzw. 4.2 n) mit dem Preis vergütet,

der sich aus der Anwendung der Quote nach Abschnitt II, Ziffer 1.1 auf die Preise der regionalen Euro-Gebührenordnung ergibt.

5.17 Konsiliar- und Grundpauschalen für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin u.a. nach den GOP 12210 und 12220 EBM

Die Konsiliar- und Grundpauschalen für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin u.a. nach den GOP 12210 und 12220 EBM werden nach Ziffer 4.2.o) zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet.

5.18 Eigenerbrachte laboratoriumsmedizinische Untersuchungen des Abschnitts 32.3 (ohne die in Abschnitt II, Ziffer 4.1 b) genannten Gebührenordnungspositionen des Kap. 32 EBM) EBM

Eigenerbrachte laboratoriumsmedizinische Untersuchungen des Abschnitts 32.3 (ohne die in Abschnitt II, Ziffer 4.1 b) genannten Gebührenordnungspositionen des Kap. 32 EBM) EBM werden – unter Berücksichtigung der Budgetierung nach Anlage 9 – nach Ziffer 4.2.p) mit dem Preis vergütet, der sich aus der Anwendung der Quote nach Abschnitt II, Ziffer 1.1 auf die Preise der regionalen Euro-Gebührenordnung ergibt.

6. Verteilung und Vergütung innerhalb der arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumina (VV_{AG})

6.1 Vorwegabzüge innerhalb der arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumina

Aus dem arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen nach Ziffer 3.2 bzw. 4.3 (VV_{AG}) werden als Vorwegabzug berücksichtigt:

- a) Schriftliche Berichte auf besonderes Verlangen der Krankenkassen (GOP 01620 - 01622 EBM)
- b) Zusatzpauschale für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrags gemäß § 73 Abs. 1 SGB V nach GOP 03040 und 04040 EBM („Vorhaltepauschale“)
- c) Vergütungsvolumen gemäß Anlage 4a, Nr. 3 für ausführliche ärztliche Gespräche nach GOP 03230 und 04230 und 04231 EBM

- d) Leistungen anästhesiologischer Fälle, die im Zusammenhang mit vertragszahnärztlichen Behandlungen von Patienten mit mangelnder Kooperationsfähigkeit bei geistiger Behinderung oder Dyskinesie erbracht werden.
- e) Prozentualer Vergütungsanteil für Leistungen der GOPen 05330, 05331, 05340, 05350, die nicht in Fällen nach Ziffer 6.1 d) erbracht werden, am arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen (VV_{AG}) im entsprechenden Quartal 3/2018 - 2/2019, jeweils unter Berücksichtigung der TSVG-Bereinigung nach Abschnitt III, Ziffer 5.2
- f) Leistungen nichtärztlicher Praxisassistenten nach den GOPen 03060 - 03065 EBM
- g) Vergütungsvolumen gemäß Anlage 4b, Nr. 2 für die Zusatzpauschale nach der Gebührenordnungsposition 06225 EBM für die Behandlung eines Versicherten ausschließlich durch einen konservativ tätigen Augenarzt

Aus dem verbleibenden arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen werden gemäß Anlage 4, 5 und 6 die praxisspezifischen Honorarvolumina nach Ziffer 7.1 ermittelt.

6.2 Vergütung der Leistungen der Vorwegabzüge innerhalb der arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumina

- a) Schriftliche Berichte auf besonderes Verlangen der Krankenkassen (GOP 01620 - 01622 EBM) werden mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet.
- b) Die Zusatzpauschalen für Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrags gemäß § 73 Abs. 1 SGB V nach GOP 03040 und 04040 EBM („Vorhaltepauschale“) wird mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet.
- c) Die ausführlichen ärztlichen Gespräche nach den GOP 03230 und 04230 und 04231 EBM werden aus dem Vergütungsvolumen nach Ziffer 6.1 c) vergütet. Übersteigt das angeforderte Leistungsvolumen in Euro das zur Verfügung stehende Vergütungsvolumen, werden die Leistungen nach Satz 1 gleichmäßig an alle Leistungserbringer in dem Verhältnis vergütet, das sich aus der Gegenüberstellung des Vergütungsvolumens zum Anforderungsvolumen ergibt.
- d) Leistungen anästhesiologischer Fälle, die im Zusammenhang mit vertragszahnärztlichen Behandlungen von Patienten mit mangelnder Kooperationsfähigkeit

bei geistiger Behinderung oder Dyskinesie erbracht werden, werden mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet.

- e) Leistungen der GOPen 05330, 05331, 05340, 05350, die nicht in Fällen nach Ziffer 6.1 d) erbracht werden, werden aus dem Vergütungsvolumen nach Ziffer 6.1 e) vergütet. Übersteigt das angeforderte Leistungsvolumen in Euro das zur Verfügung stehende Vergütungsvolumen, werden die Leistungen nach Satz 1 gleichmäßig an alle Leistungserbringer in dem Verhältnis vergütet, das sich aus der Gegenüberstellung des Vergütungsvolumens zum Anforderungsvolumen ergibt.
- f) Leistungen nichtärztlicher Praxisassistenten nach den GOPen 03060 - 03065 EBM werden mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet.
- g) Die Zusatzpauschale nach der Gebührenordnungsposition 06225 EBM wird aus dem Vergütungsvolumen nach Ziffer 6.1 g) vergütet. Übersteigt das angeforderte Leistungsvolumen in Euro dieses Vergütungsvolumen, werden die Leistungen nach Satz 1 gleichmäßig an alle Leistungserbringer in dem Verhältnis vergütet, das sich aus der Gegenüberstellung des Vergütungsvolumens zum Anforderungsvolumen ergibt.

7. Honorarvolumen

7.1 Definition

Das praxisspezifische Honorarvolumen - bestehend aus RLV und ggf. QZV - ist ein quartalsbezogener Geldbetrag (in Euro), der nach Beendigung des Quartals für jede Praxis berechnet wird. Bis zu dieser Obergrenze werden alle abgerechneten, durch das Honorarvolumen umfassten, Leistungen mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung vergütet. Überschreitet die Summe der Leistungen einer Praxis im Quartal das Honorarvolumen, werden die das Honorarvolumen überschreitenden Leistungen mit einem abgestaffelten Preis nach Ziffer 5.12 vergütet.

7.2 Ärzte und Arztgruppen

Für Ärzte der in Anlage 1 genannten Arztgruppen wird die Menge der zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung zu vergütenden Leistungen durch praxisspezifische Honorarvolumina begrenzt.

Qualifikationsgebundene Zusatzvolumina kommen für die in Anlage 2 aufgeführten Arztgruppen und Leistungen zur Anwendung.

7.3 Bezugsgrößen

7.3.1 Quartalsbezug

Die Regelleistungsvolumina und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina werden für das jeweilige Abrechnungsquartal ermittelt. Nicht ausgeschöpfte Anteile eines Regelleistungsvolumens oder qualifikationsgebundenen Zusatzvolumens einer Praxis sind nicht auf andere Quartale übertragbar.

7.3.2 Arztbezug

Die Regelleistungsvolumina und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina werden je Arzt für Ärzte der in Anlage 1 aufgeführten Arztgruppen ermittelt. Für Vertragsärzte, die außer in ihrer Arztpraxis auch in einer oder mehreren Teilberufsausübungsgemeinschaften tätig sind, wird ein umfassendes Regelleistungsvolumen und ggf. umfassende qualifikationsgebundene Zusatzvolumina für die vom jeweiligen Vertragsarzt in der Arztpraxis und in der(n) Teilberufsausübungsgemeinschaft(en) erbrachten Leistungen ermittelt.

Bei Ärzten, die mehreren der in Anlage 1 genannten Arztgruppen zugeordnet werden können (z. B. Doppelzulassung), werden die arztgruppenspezifischen Werte der Regelleistungsvolumina und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina gemittelt.

7.3.3 Tätigkeitsumfang

Bei der Ermittlung des Regelleistungsvolumens und ggf. der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina eines Arztes ist der Umfang seiner Tätigkeit lt. Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid zu berücksichtigen.

Die Tätigkeit angestellter Ärzte im Rahmen des Job-Sharing sowie von Weiterbildungs-, Entlastungs- und Sicherstellungsassistenten begründet kein zusätzliches Ho-

norarvolumen, sondern wird dem anstellenden Arzt zugerechnet. Satz 1 gilt entsprechend für die Tätigkeit von Job-Sharing-Partnern in Job-Sharing-Berufsausübungsgemeinschaften.

7.4. Ermittlung des Honorarvolumens je Arzt

7.4.1 Regelleistungsvolumen

Jeder Arzt einer Arztgruppe gemäß Anlage 1 erhält ein arztgruppenspezifisches Regelleistungsvolumen. Die Höhe des Regelleistungsvolumens eines Arztes ergibt sich für die in Anlage 1 genannten Arztgruppen aus der Multiplikation der zum jeweiligen Zeitpunkt gültigen arztgruppenspezifischen, nach Altersklassen untergliederten Fallwerte (FW_{AK}) gemäß Anlage 5 und der - ebenfalls nach Altersklassen untergliederten - RLV-Fallzahl des Arztes im aktuellen Abrechnungsquartal nach Ziffer 7.6.

Die für einen Arzt zutreffenden arztgruppenspezifischen Fallwerte nach Satz 2 werden für jeden über 150 % der durchschnittlichen RLV-Fallzahl der Arztgruppe hinausgehenden RLV-Fall wie folgt gemindert:

- um 25 % für RLV-Fälle über 150 % bis 170 % der durchschnittlichen RLV-Fallzahl der Arztgruppe,
- um 50 % für RLV-Fälle über 170 % bis 200 % der durchschnittlichen RLV-Fallzahl der Arztgruppe,
- um 75 % für RLV-Fälle über 200 % der durchschnittlichen RLV-Fallzahl der Arztgruppe.

Dabei erfolgt die Fallwertabstaffelung bei den einzelnen Altersklassen nach den jeweiligen arztindividuellen Fallzahlanteilen.

Bei teilzeittätigen Ärzten wird für die vorstehende Abstaffelungsregelung die durchschnittliche RLV-Fallzahl der Arztgruppe mit dem Faktor, mit dem sie bei der Bedarfsplanung berücksichtigt werden, multipliziert.

Die für diese Regelung maßgebliche durchschnittliche RLV-Fallzahl der Arztgruppe wird auf Basis der entsprechenden Werte des jeweiligen Vorjahresquartals ermittelt und vor Beginn des Abrechnungsquartals auf der Homepage der KVWL veröffentlicht.

Aus Sicherstellungsgründen kann im Einzelfall auf Antrag von der Minderung des Fallwertes abgewichen werden.

Bei Abschluss von Selektivverträgen nach §§ 73b, 73c, 140a ff. SGB V kann der Vorstand der KVWL die Fallwertabstaffelung nach Satz 3 für eine Arztgruppe, deren Mitglieder an dem jeweiligen Selektivvertrag teilnehmen, aussetzen.

Hat der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen einen Beschluss nach § 100 Absatz 1 oder 3 SGB V getroffen, wird für Ärzte der betroffenen Arztgruppe in dem (Teil des) Planungsbereich(es), auf den sich der Beschluss bezieht, die Fallwertabstaffelung nach Satz 3 nicht angewandt. Darüber hinausgehend prüft der Vorstand der KVWL, ob und in welchem Umfang diese Maßnahme im Einzelfall ausreichend ist, die Sicherstellung der medizinischen Versorgung zu gewährleisten.

7.4.2 Zuschläge zum Regelleistungsvolumen für Ärzte des hausärztlichen Versorgungsbereichs (Arztgruppen nach Anlage 1 Nr. 1) in Berufsausübungsgemeinschaften, MVZ und Praxen mit angestellten Ärzten

Bei der Berechnung des Regelleistungsvolumens für Ärzte des hausärztlichen Versorgungsbereichs (Arztgruppen nach Anlage 1 Nr. 1) in Berufsausübungsgemeinschaften, MVZ und Praxen mit angestellten Ärzten wird der kooperativen Behandlung der Patienten - in Umsetzung der Vorgabe der KBV gemäß § 87b Abs. 4 SGB V, Teil D (vgl. Anlage 10) - mit nachstehender Zuschlagsregelung Rechnung getragen:

Soweit im Folgenden der Kooperationsgrad berücksichtigt wird, ist dieser wie folgt definiert: Kooperationsgrad (KG) je Abrechnungsquartal in Prozent = $((\text{Summe der Arztfälle nach Ziffer 7.6 im aktuellen Quartal} / \text{Summe der Behandlungsfälle nach Ziffer 7.6 im aktuellen Quartal}) - 1) * 100$.

Das nach Ziffer 7.4.1 berechnete Regelleistungsvolumen wird

- für Ärzte in nicht standortübergreifenden arztgruppen- und schwerpunktgleichen Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten derselben Arztgruppe/desselben Schwerpunktes um 16 % erhöht, sofern die in der Berufsausübungsgemeinschaft/Praxis tätigen Ärzte insgesamt mindestens mit dem Faktor 2 bei der Bedarfsplanung berücksichtigt werden. Für den Fall, dass die in der Berufsausübungsgemeinschaft/Praxis tätigen Ärzte insgesamt mit einem geringeren Faktor als 2 in der Bedarfsplanung berücksichtigt werden, erfolgt eine entspre-

chende Quotierung des Zuschlags. Ärzte in Praxen, deren Ärzte insgesamt mit einem Faktor von 1 oder weniger bei der Bedarfsplanung berücksichtigt werden, erhalten keinen Zuschlag auf das Regelleistungsvolumen.

- für Ärzte in standortübergreifenden arztgruppen- und schwerpunktgleichen Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten derselben Arztgruppe/desselben Schwerpunktes um 16 % erhöht, sofern ein Kooperationsgrad von mindestens 10% erreicht wird.

Analog zur Förderung der nicht standortübergreifenden arztgruppen- und schwerpunktgleichen Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten derselben Arztgruppe/desselben Schwerpunktes wird für Ärzte am gleichen Standort der Zuschlag in Höhe von 16 % auch dann gewährt, wenn der Kooperationsgrad den Wert von 10% unterschreitet.

- für Ärzte in arztgruppen- und schwerpunktübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinische Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten, in denen mehrere Ärzte unterschiedlicher Arztgruppen gemäß Anlage 1a tätig sind, unter Berücksichtigung des Kooperationsgrades der Einrichtung oder Praxis um die in nachstehender Tabelle in Prozent ausgewiesenen Anpassungsfaktoren erhöht.

Kooperationsgrad (KG) in Prozent	Anpassungsfaktor in Prozent
0 bis unter 10	0
10 bis unter 20	16
20 bis unter 40	24
40 und größer	32

Analog zur Förderung der arztgruppen- und schwerpunktgleichen Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten derselben Arztgruppe/desselben Schwerpunktes wird für Ärzte derselben Arztgruppe/desselben Schwerpunktes (am gleichen Standort) der Zuschlag in Höhe von 16 % auch dann gewährt, wenn der Kooperationsgrad den Wert von 10% unterschreitet.

7.4.3 Zuschläge zum Regelleistungsvolumen für Ärzte des fachärztlichen Versorgungsbereichs (Arztgruppen nach Anlage 1 Nr. 2) in Berufsausübungsgemeinschaften, MVZ und Praxen mit angestellten Ärzten

Bei der Berechnung des Regelleistungsvolumens für Ärzte des fachärztlichen Versorgungsbereichs (Arztgruppen nach Anlage 1 Nr. 2) in Berufsausübungsgemeinschaften, MVZ und Praxen mit angestellten Ärzten wird der kooperativen Behandlung der Patienten - in Umsetzung der Vorgabe der KBV gemäß § 87b Abs. 4 SGB V, Teil D (vgl. Anlage 10) - mit nachstehender Zuschlagsregelung Rechnung getragen:

Soweit im Folgenden der Kooperationsgrad berücksichtigt wird, ist dieser wie folgt definiert: Kooperationsgrad (KG) je Abrechnungsquartal in Prozent = ((Summe der Arztfälle nach Ziffer 7.6 im aktuellen Quartal / Summe der Behandlungsfälle nach Ziffer 7.6 im aktuellen Quartal) - 1) * 100.

Das nach Ziffer 7.4.1 berechnete Regelleistungsvolumen wird

- für Ärzte in nicht standortübergreifenden arztgruppen- und schwerpunktgleichen Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten derselben Arztgruppe/desselben Schwerpunktes um 10% erhöht, sofern die in der Berufsausübungsgemeinschaft/Praxis tätigen Ärzte insgesamt mindestens mit dem Faktor 2 bei der Bedarfsplanung berücksichtigt werden. Für den Fall, dass die in der Berufsausübungsgemeinschaft/Praxis tätigen Ärzte insgesamt mit einem geringeren Faktor als 2 in der Bedarfsplanung berücksichtigt werden, erfolgt eine entsprechende Quotierung des Zuschlags. Ärzte in Praxen, deren Ärzte insgesamt mit einem Faktor von 1 oder weniger bei der Bedarfsplanung berücksichtigt werden, erhalten keinen Zuschlag auf das Regelleistungsvolumen.
- für Ärzte in standortübergreifenden arztgruppen- und schwerpunktgleichen Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten derselben Arztgruppe/desselben Schwerpunktes um 10% erhöht, sofern ein Kooperationsgrad von mindestens 10% erreicht wird.

Analog zur Förderung der nicht standortübergreifenden arztgruppen- und schwerpunktgleichen Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten derselben Arztgruppe/desselben Schwerpunktes wird für Ärzte am gleichen Standort der Zuschlag in Höhe von 10% auch dann gewährt, wenn der Kooperationsgrad den Wert von 10% unterschreitet.

- für Ärzte in arztgruppen- und schwerpunktübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinische Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten, in denen mehrere Ärzte unterschiedlicher Arztgruppen gemäß Anlage 1a tätig sind, unter Berücksichtigung des Kooperationsgrades der Einrichtung oder Praxis um die in nachstehender Tabelle in Prozent ausgewiesenen Anpassungsfaktoren erhöht.

Kooperationsgrad (KG) in Prozent	Anpassungsfaktor in Prozent
0 bis unter 10	0
10 bis unter 20	10
20 bis unter 40	15
40 und größer	20

Analog zur Förderung der arztgruppen- und schwerpunktgleichen Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten derselben Arztgruppe/desselben Schwerpunktes wird für Ärzte derselben Arztgruppe/desselben Schwerpunktes (am gleichen Standort) der Zuschlag in Höhe von 10% auch dann gewährt, wenn der Kooperationsgrad den Wert von 10% unterschreitet.

7.4.4 Qualifikationsgebundene Zusatzvolumina

Für die in Anlage 2 aufgeführten Leistungsbereiche werden qualifikationsgebundene Zusatzvolumina (QZV) gebildet. Ein Arzt hat Anspruch auf ein arztgruppenspezifisches qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen, wenn

- er mindestens eine Leistung des entsprechenden qualifikationsgebundenen Zusatzvolumens im aktuellen Quartal erbracht hat und
- er die zutreffende Gebiets- bzw. Schwerpunktbezeichnung führt. Unterliegt die Voraussetzung zur Erbringung von in qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina aufgeführten Leistungen einer Qualifikation nach § 135 Abs. 2 SGB V, § 137 SGB V oder dem Führen einer Zusatzbezeichnung, ist der Nachweis zusätzlich erforderlich.

Erbringt ein Arzt Leistungen aus einem der in Anlage 6, Nr. 2.2.a) aufgeführten QZV, das nach Anlage 2 für seine Arztgruppe nicht vorgesehen ist erhält er dieses QZV auf Antrag im Nachhinein als Praxisbesonderheit.

Die Berechnung der QZV erfolgt gemäß Anlage 6.

7.4.5 Honorarvolumen je Arzt

Das Honorarvolumen eines Arztes ergibt sich aus der Summe seines Regelleistungsvolumens nach Ziffer 7.4.1, 7.4.2 bzw. 7.4.3 und ggf. den qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina nach Ziffer 7.4.4.

7.5 Arztpraxisbezogene Festsetzung des Honorarvolumens

7.5.1 Arztpraxisbezogene Ermittlung des Honorarvolumens

Die Ermittlung der Honorarvolumina erfolgt praxisbezogen. Dabei ergibt sich die Höhe des Honorarvolumens einer Arztpraxis aus der Addition der Honorarvolumina je Arzt nach Ziffer 7.4.5 der in der Arztpraxis tätigen Ärzte.

7.5.2 Änderungen des Teilnahmestatus einer Praxis

Nimmt eine Praxis nicht das ganze Quartal als Einzelpraxis, in derselben personellen Zusammensetzung oder demselben Tätigkeitsumfang (im Folgenden „Teilnahmestatus“) an der vertragsärztliche Versorgung teil, wird das Honorarvolumen für jeden Teilnahmestatus separat berechnet und bildet die Grundlage für die Abrechnung des jeweiligen Zeitraums.

Zunächst wird das für jeden Arzt nach Ziffer 7.4.5 ermittelte Honorarvolumen auf die einzelnen Teilnahmestatus der Praxis aufgeteilt. Dies erfolgt nach dem Anteil der Kalendertage im jeweiligen Teilnahmestatus an der Gesamtzahl der Kalendertage, an denen der Arzt in der Praxis insgesamt tätig war. Änderungen beim einzelnen Arzt (z. B. Fachgebietswechsel, eine Änderung des Tätigkeitsumfangs etc.) innerhalb des Quartals, die gegebenenfalls die Höhe des Honorarvolumens beeinflussen, werden berücksichtigt.

Diese für jeden Teilnahmestatus ermittelten Honorarvolumina der Ärzte einer Praxis werden zu einem Gesamthonorarvolumen der Praxis für das gesamte Quartal aufsummiert. Anschließend wird das so ermittelte Gesamthonorarvolumen der Praxis auf die einzelnen Teilnahmestatus der Praxis in dem Verhältnis aufgeteilt, wie es sich aus dem angeforderten Leistungsbedarf für honorarvolumenrelevante Leistungen des jeweiligen Teilnahmestatus am entsprechenden Leistungsbedarf der gesamten Praxis in dem aktuellen Abrechnungsquartal ergibt.

7.6 Für Regelleistungsvolumina und qualifikationsgebundene Zusatzvolumina relevante Fälle (RLV-Fälle)

Für Regelleistungsvolumina und qualifikationsgebundene Zusatzvolumina relevante Fälle (RLV-Fälle) sind kurativ-ambulante Behandlungsfälle gemäß § 21 Abs. 1 und Abs. 2 BMV-Ä bzw. § 25 Abs. 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 Fälle, in denen ausschließlich Leistungen und Kostenerstattungen, die nicht dem Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebunden Zusatzvolumina unterliegen, abgerechnet werden.

Bei fach- oder schwerpunktübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten sind hierbei die Behandlungsfälle ohne TSVG-Leistungen ebenfalls vollständig relevant. Behandlungsfälle, bei denen mindestens eine RLV-Arztgruppe TSVG-Leistungen abrechnet, werden anteilig gezählt. Der Anteil ergibt sich, in dem man für jeden dieser Behandlungsfälle die Anzahl der innerhalb der MGV abrechnenden RLV-Arztgruppen durch die Anzahl aller abrechnenden RLV-Arztgruppen der Arztpraxis dividiert.

Zur Umsetzung des Arztbezugs nach Ziffer 7.3.2 ist die Bemessung des Regelleistungsvolumens nach Anlage 5 und der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina nach Anlage 6, Nr. 2.1 mit den RLV-Fällen vorgegeben.

- a) In Einzelpraxen entspricht die Zahl der RLV-Fälle der Zahl der Behandlungsfälle gemäß Satz 1.

- b) In Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten entspricht die Zahl der RLV-Fälle eines Arztes der Zahl der Behandlungsfälle nach den Sätzen 2 bis 4 der Arztpraxis multipliziert mit seinem Anteil an der RLV-relevanten Arztfallzahl der Praxis.

Die Summe der RLV-Fälle einer Arztpraxis entspricht damit immer der Anzahl der RLV-relevanten Behandlungsfälle nach den Sätzen 1 bis 4 der Arztpraxis.

7.7 Praxisbesonderheiten

- a) Der Arzt kann die Anerkennung von Praxisbesonderheiten beantragen. Zur Begründung des Antrages muss der Arzt die Leistungen mit den EBM-Gebührensordnungspositionen benennen, für die er die Anerkennung einer Praxisbesonderheit begehrt.
- b) Die Anerkennung einer Praxisbesonderheit setzt eine vom Durchschnitt der Fachgruppe abweichende, atypische Praxisausrichtung voraus, durch die dauerhaft ein überdurchschnittlicher Versorgungsbedarf begründet wird. Eine atypische Praxisausrichtung setzt mindestens voraus, dass
- die Gesamtleistungsanforderung des Arztes¹ für die Leistungen, die dem Honorarvolumen² zugeordnet sind, diejenige der Arztgruppe um mindestens 30% überschreitet und
 - die Anforderung für die Leistungen, für die der Arzt die Anerkennung als Praxisbesonderheit beantragt hat, mindestens 20% seiner Gesamtleistungsanforderung beträgt.

Für die vorgenannte Überprüfung werden jeweils die Abrechnungswerte des Antragstellers und der Arztgruppe fallwertbezogen aus einem vom Vorstand festgelegten Referenzzeitraum, der vier aufeinanderfolgende Quartale umfassen muss, gegenübergestellt.

¹ nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung

² mit Ausnahme der Leistungen, die dem QZV nach Anlage 6 Nr. 2.2a HVM zugeordnet sind

Sofern der Antragsteller in allen Quartalen der Vergleichsbetrachtung die o. g. Voraussetzungen erfüllt, wird ihm im Umfang der anzuerkennenden Praxisbesonderheiten ein Zuschlag auf das Honorarvolumen² zukunftsgerichtet mit Wirkung ab dem Quartal, in dem er den Antrag gestellt hat, gewährt.

- c) Steht für die Vergleichsbetrachtung i. S. v. Punkt b) noch nicht die erforderliche Anzahl von Abrechnungen des antragstellenden Arztes zur Verfügung, wird das Verfahren solange ausgesetzt, bis diese vorliegen. Abweichend von Punkt b) können Praxisbesonderheiten frühestens mit Wirkung ab dem Quartal anerkannt werden, in dem die Voraussetzungen erfüllt sind.
- d) Die Anerkennung der Praxisbesonderheit wird regelhaft nach zwei Jahren, kann aber auch jederzeit überprüft werden. Liegen die Voraussetzungen für die Anerkennung einer Praxisbesonderheit nicht mehr vor, wird die Anerkennung ab der Feststellung widerrufen. Hat sich der Umfang der anzuerkennenden Praxisbesonderheiten geändert, werden diese ab dem Quartal neu festgesetzt, in dem die Überprüfung stattgefunden hat.
- e) Für Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkttätigkeit gemäß Abschnitt 4.4 EBM bzw. mit Erbringung von an eine Zusatzweiterbildung gebundenen Leistungen gemäß Abschnitt 4.5 EBM können das Regelleistungsvolumen und ggf. die qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina auf Antrag entsprechend des Sicherstellungsbedarfs angepasst werden. Gleiches gilt für andere im hausärztlichen Versorgungsbereich tätigen Vertragsärzte, wenn diese über eine Genehmigung zur Durchführung von dem Ausschluss nach § 73 Abs. 1a Satz 3 SGB V unterliegenden Leistungen verfügen.
- f) Die Ausführung und Abrechnung von Leistungen zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten im Rahmen der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie (Abschnitt 30.7.1 EBM) wird als Praxisbesonderheit von Amts wegen anerkannt.

7.8 Härtefallregelung

Führt die Anwendung der Bestimmungen zu den RLV bzw. QZV in Einzelfällen zu einer unzumutbaren Härte, kann auf Antrag aus Sicherstellungsgründen über die vorstehenden Regelungen hinaus eine Anpassung des Honorarvolumens erfolgen, wenn die Härte durch Vorlage entsprechender Nachweise (z. B. Einnahmenüberschuss-Rechnung) belegt ist.

8. Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen

8.1 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 § 87a Abs. 2 Satz 5 SGB V zum jeweiligen Zeitpunkt gültigen regionalen Euro-Gebührenordnung unter Berücksichtigung der Vergütungsregelung nach Ziffer 5.10 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 8.2 festgelegte zeitbezogene Kapazitätsgrenze je Arzt, so werden diese Leistungen maximal bis zur 1,5-fachen zeitbezogenen Kapazitätsgrenze mit den abgestaffelten Preisen nach Ziffer 5.12 vergütet.

8.2 Festsetzung der zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen

Je Arzt bzw. Psychotherapeut der in Ziffer 8.1 genannten Arztgruppen wird eine zeitbezogene Kapazitätsgrenze in Höhe von 46.800 Minuten je Quartal festgesetzt.

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

Abschnitt III – Sonstige Bestimmungen

1. Kalkulationssicherheit

Um den Ärzten ein hohes Maß an Kalkulationssicherheit hinsichtlich der Höhe des zu erwartenden Honorars zu ermöglichen (vgl. § 87 b Absatz 2 SGB V), werden vor Beginn des Quartals arztgruppenspezifische Orientierungs-Fallwerte für die RLV und QZV veröffentlicht.

Die Berechnung der RLV- und QZV-Orientierungswerte erfolgt quartalsweise vor Beginn des jeweiligen Abrechnungsquartals nach der in Abschnitt II dieses HVM festgelegten Verfahrensweise. Hierbei werden die Berechnungsgrößen, die auf den Abrechnungsdaten des aktuellen Quartals basieren, durch entsprechende, aus dem Vorjahresquartal hergeleitete, zu erwartende Werte (Beträge oder Fallzahlen) ersetzt.

Für die so ermittelten RLV-Orientierungswerte wird garantiert, dass die RLV-Fallwerte nach Abschnitt II, Ziffer 7.4.1 i. V. m. Anlage 5 diese nicht um mehr als 5% unterschreiten. Für die QZV-Fallwerte nach Abschnitt II, Ziffer 7.4.4 i. V. m. Anlage 6, Nr. 2.1 wird eine Unterschreitung der QZV-Orientierungswerte auf 20% begrenzt.

Die Berechnung der volumenbezogenen QZV nach Anlage 6 Nr. 2.2.a) erfolgt nach Maßgabe der Regelung in Anlage 6 Nr. 2.2.b) auf Basis des jeweiligen Vorjahresquartals. Die resultierenden arztgruppenspezifischen Vergütungsquoten gelten verbindlich für das jeweilige Abrechnungsquartal und werden ebenfalls vor Beginn des Quartals veröffentlicht.

2. Rückstellungen

Von der vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung werden, nach Berechnung der versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumina, Anteile für die Bildung von Rückstellungen versorgungsbereichsspezifisch verwendet:

- für Sicherstellungsaufgaben (u. a. nachträglich erfolgende Honorarkorrekturen aus Vorquartalen),
- für die Gewährleistung der Kalkulationssicherheit nach Ziffer 1,
- zum Ausgleich von Erstattungsansprüchen der Krankenkassen,
- zum Ausgleich quartalsbedingter Unterdeckungen,

- zum Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten,
- für Praxisbesonderheiten.

Die Bildung der Rückstellungen und ihre Auflösung bzw. Rückführung in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung erfolgt versorgungsbereichsspezifisch.

Eine Über- oder Unterdeckung wird im Folgequartal in der Honorarverteilung berücksichtigt.

3. Selektivverträge

Im Falle einer Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung aufgrund bestehender Selektivverträge nach §§ 73b, 73c, 140a ff. SGB V werden für die betroffenen Arztgruppen zunächst RLV-Fallwerte vor Bereinigung gemäß Abschnitt II ermittelt. Diese werden für die ausschließlich am Kollektivvertrag teilnehmenden Ärzte angewandt.

Im zweiten Schritt werden für diese Arztgruppen jeweils einheitliche (bereinigte) RLV-Fallwerte für die Ärzte ermittelt, die mindestens an einem Selektivvertrag teilnehmen. Hierzu wird die Auswirkung der Selektivverträge und der damit zusammenhängenden Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung je Arztgruppe auf das anteilige Vergütungsvolumen nach Anlage 3, Nr.1 und Anlage 4a, Nr.1 bzw. 4b, Nr. 1 sowie die Fallzahlen der teilnehmenden Ärzte umgelegt.

4. Bereinigung aufgrund der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) gem. § 116b SGB V

Im Falle einer Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung aufgrund von Vereinbarungen nach § 116b Abs. 6 Satz 2 SGB V wird der Bereinigungsbetrag bei der Honorarverteilung wie folgt berücksichtigt.

Im ersten Schritt wird der Bereinigungsbetrag nach den Leistungsbedarfsanteilen der jeweiligen Quartale 1/2014 bis 4/2014 auf die Vergütungsvolumina Labor, genetisches Labor und fachärztlicher Grundbetrag gemäß den KBV-Vorgaben gemäß §87b Abs. 4 SGB V Teil B aufgeteilt.

Anschließend wird der auf den fachärztlichen Grundbetrag entfallende Bereinigungsbetrag ebenfalls nach den Leistungsbedarfsanteilen der jeweiligen Quartale 1/2014 bis

4/2014 auf die Vorwegabzüge nach Abschnitt II Ziffer 4.2 sowie auf die arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumina (VV_{AG}) nach Anlage 3 Nr. 1 aufgeteilt. Abschließend werden die jeweiligen Anteile innerhalb der arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumina (VV_{AG}) auf die arztgruppenspezifischen Vergütungsbereiche (RLV_{AGFÄ}) und (QZV_{AGFÄ}) nach Anlage 4b, Nr.1 und Nr.2 umgelegt.

5. Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG)

5.1 Bereinigung aufgrund der Entbudgetierung gemäß § 87a Abs. 3 Satz 7 SGB V (TSVG-Bereinigung)

Nach Vorgabe des §87a Abs. 3 Satz 7 SGB V ist die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung in den Vereinbarungen nach Absatz 3 Satz 1 um die in Satz 5 Nummer 3 bis 6 genannten Leistungen (TSVG-Leistungen: TSS-Vermittlungsfall, Hausarzt-Vermittlungsfall, Erstkontakt, offene Sprechstunde) unter Berücksichtigung der arztgruppenspezifischen Auszahlungsquoten des jeweiligen Vorjahresquartals, die von den Kassenärztlichen Vereinigungen gegenüber den Krankenkassen nachzuweisen sind, begrenzt auf ein Jahr zu bereinigen (TSVG-Bereinigung).

Grundlage ist eine unbereinigte MGV, die um die TSVG-Leistungen des aktuellen Quartals vermindert wird. Die Bereinigung der MGV wird in äquivalenter Weise auf die Honorarverteilung übertragen, indem die Berechnungen der TSVG-Bereinigung auf alle betroffenen Elemente der HVM-Struktur heruntergebrochen werden. Dies bedeutet, dass - entsprechend der Vorgabe der KBV gemäß § 87b Abs. 4 SGB V, Teil F (vgl. Anlage 10) - jede Leistung, um die die MGV zu bereinigen ist, in demjenigen HVM-Element in Abzug gebracht wird, dem sie zugeordnet war.

Im ersten Schritt werden die Vergütungsvolumina der Grundbeträge nach Abschnitt II, Ziffern 1 und 4.1 (Labor, org. Notfalldienst, PFG und genetisches Labor) um die entsprechenden TSVG-Leistungen unter Berücksichtigung der arztgruppenspezifischen Auszahlungsquoten bereinigt. Anschließend erfolgt innerhalb der haus- und fachärztlichen Grundbeträge die Bereinigung der Vorwegabzüge nach Abschnitt II Ziffer 3.1, 4.1 und 4.2 um die TSVG-Leistungen, ebenfalls unter Berücksichtigung der arztgruppenspezifischen Auszahlungsquoten. Auch innerhalb der arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumina (VV_{AG}) nach Anlage 3 Nr. 1 erfolgt die Bereinigung der arztgruppenspezifischen Vorwegabzüge nach Ziffer 6.1 sowie Anlage 4b Nr. 3 entsprechend.

Aus dem verbleibenden arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen werden gemäß Anlage 4, 5 und 6 die unbereinigten praxisspezifischen Honorarvolumina nach Abschnitt II Ziffer 7.1 ermittelt.

In den Quartalen, in denen eine TSVG-Bereinigung für eine TSVG-Konstellation durchgeführt wird, wird zur Berechnung des zu bereinigenden RLV zunächst jeder Fall dieser TSVG-Konstellation herangezogen. Die Bereinigung erfolgt danach für Ärzte, die Leistungen nach §87a Abs. 3 Satz 5 Nummer 3 - 6 SGB V (TSVG-Leistungen) erbracht haben, durch eine Verminderung des arztbezogenen Honorarvolumens. Das arztbezogene Honorarvolumen nach Abschnitt II Ziffer 7.4 wird hierbei um das zu bereinigende Leistungsvolumen der RLV-/QZV-relevanten TSVG-Leistungen - unter Berücksichtigung der arztgruppenspezifischen Auszahlungsquoten des Vorjahresquartals - vermindert.

5.2 Berücksichtigung der TSVG-Bereinigung in der Honorarverteilung nach Ablauf des Bereinigungszeitraums einer TSVG-Konstellation

Nach Ablauf des für eine TSVG-Konstellation geltenden Bereinigungszeitraums nach dem Beschluss des Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 439. Sitzung am 19. Juni 2019 ist das jeweilige Bereinigungsvolumen bei der Honorarverteilung wie folgt zu berücksichtigen:

Bei der Bildung der Vorwegabzüge nach Abschnitt II, Ziffer 3.1 und 4.2 und 6.1 sind bei den Vorwegabzügen, die als Vergütungsanteil aus dem Basiszeitraum 3/2018 – 2/2019 gebildet werden, die TSVG-Bereinigungsvolumina des entsprechenden Bereinigungsquartals zu berücksichtigen. Hierzu sind bei der Bildung des Vergütungsanteils sowohl der Zähler (Vergütung der Leistungen des Vorwegabzugs im Basisquartal) als auch der Nenner (Verteilungsvolumen des Versorgungsbereichs im Basisquartal) um die auf den jeweiligen Leistungsbereich entfallenden TSVG-Bereinigungsvolumina des entsprechenden Bereinigungsquartals zu vermindern.

Bei der Bildung der arztgruppenspezifischen Vergütungsvolumina nach Anlage 3 erfolgt die Berücksichtigung der TSVG-Bereinigung analog. Auch hier wird sowohl der Zähler (Menge der berechneten RLV-QZV einer Arztgruppe des Basisquartals) als

auch der Nenner (die entsprechende Menge des jeweiligen Versorgungsbereichs im Basisquartal) um die auf diese Bereiche entfallenen TSVG-Bereinigungsvolumina im entsprechenden Bereinigungsquartal vermindert.

6. Förderung von Praxisnetzen nach § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V

In Anwendung der Vorgabe der KBV gemäß § 87b Abs. 4 SGB V, Teil G (vgl. Anlage 10) erfolgt die Förderung von Praxisnetzen nach Maßgabe der in Anlage 11 festgelegten Regelungen.

7. Schlussbestimmungen

- Das Nähere zur Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen regelt die KVWL in Abrechnungsrichtlinien. Die bisherigen Abrechnungsrichtlinien gelten unter Beachtung der aktuellen Rechtslage fort. Diese Richtlinien sind für alle an der Honorarverteilung teilnehmenden Leistungserbringer verbindlich.
- Der Vorstand der KVWL regelt in Durchführungsbestimmungen ergänzende Einzelheiten zu Abschnitt II, Ziffern 7.4.4, 7.7, 7.8, Anlage 3, Nr. 1 und Anlage 6, Nr. 2.2.

8. Inkrafttreten

Dieser Honorarverteilungsmaßstab tritt zum 01.04.2020 in Kraft.

Anlagen:**Anlage 1: RLV-Arztgruppen**

Für Ärzte der nachfolgenden Arztgruppen werden Regelleistungsvolumina nach Abschnitt II, Ziffer 7.1 gebildet:

1. Hausärztlicher Versorgungsbereich:

- Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören
- Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin

2. Fachärztlicher Versorgungsbereich:

- 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 Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, für Phoniatrie und Pädaudiologie
- Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten
- 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 Pneumologie
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Nephrologie
- Übrige Fachärzte für Innere Medizin (z. B. ohne Schwerpunkt)
- Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
- Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
- Fachärzte für Nervenheilkunde
- Fachärzte für Neurologie
- Fachärzte für Orthopädie
- Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie
- Fachärzte für Urologie
- Fachärzte für Physikalisch-Rehabilitative Medizin

Anlage 1a: Arztgruppendifferenzierung für BAG-Zuschläge nach Abschnitt II, Ziffer 7.4.2 und 7.4.3

Die nachfolgende Arztgruppendifferenzierung ist Grundlage für die Bestimmung der Zuschläge zum Regelleistungsvolumen für Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten nach Ziffer 7.4.2 und 7.4.3:

- 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 Gefäßchirurgie
- Fachärzte für Neurochirurgie
- Fachärzte für Frauenheilkunde
- Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde
- Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie
- Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten
- 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 Pneumologie
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Nephrologie
- Übrige Fachärzte für Innere Medizin (z. B. ohne Schwerpunkt)
- Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
- Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
- Fachärzte für Nervenheilkunde³, für Neurologie, für Psychiatrie und Psychotherapie
- Fachärzte für Orthopädie
- Fachärzte für Urologie
- Fachärzte für Physikalisch-Rehabilitative Medizin

³ Einschließlich Fachärzte mit einer Doppelzulassung als Facharzt für Neurologie und als Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie

Anlage 2: Zuordnung der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina (QZV) nach Abschnitt II, Ziffer 7.4.4

Für nachfolgende Arztgruppen werden qualifikationsgebundene Zusatzvolumina (QZV) für die im Folgenden genannten Leistungen ermittelt und festgesetzt.

Die berufsrechtlichen Bestimmungen zur Erbringung von Leistungen und die Abrechnungsbestimmungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) bleiben von der nachfolgenden Zuordnung der Gebührenordnungspositionen zu den Arztgruppen unberührt.

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören	Akupunktur	30790, 30791
	Chirotherapie	30200, 30201
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33046, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092
	Sonographie III	33060, 33061, 33062
Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	Akupunktur	30790, 30791
	Hyposensibilisierungsbehandlung	30130, 30131
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33046, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092,
	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040, 33100
	Psychometrische Testverfahren	35601
Fachärzte für Anästhesiologie	Akupunktur	30790, 30791
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
Fachärzte für Augenheilkunde	Elektrooptalmologie	06312
	Zusatzpauschale Schielbehandlung bis 5. Lebensjahr	06320
	Fluoreszenzangiographie	06331
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Sonographie I	33000, 33001, 33002, 33011

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie, für Neurochirurgie, für Gefäßchirurgie	Akupunktur	30790, 30791
	Chirotherapie	30200, 30201
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33046, 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, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503
Fachärzte für Frauenheilkunde	Kurative Mammographie	34270, 34271, 34272, 34273, 34275
	Mamma-Sonographie, Stanzbiopsie	08320, 33041
	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 Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde und für Phoniatrie und Pädaudiologie	Bronchoskopie	09315, 09316
	Kardiorespiratorische Polygraphie	30900
	Polysomnographie	30901
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	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, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten	Dermatologische Lasertherapie	10320, 10322, 10324
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Sonographie I	33080, 33081
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
Übrige Fachärzte für Innere Medizin (z.B. ohne Schwerpunkt)	Kardiorespiratorische Polygraphie	30900
	Kontrolle Herzschrittmacher	13571, 13573, 13575
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040, 33046
	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, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	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, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/ Onkologie	Praxisklinische Betreuung	01510, 01511, 01512
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	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, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie	Herzkatheteruntersuchung	34291, 34292, 01520, 01521
	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, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503
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, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie	Chirotherapie	30200, 30201
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	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, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503
Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	Neurophysiologische Übungsbehandlung	30300, 30301
Fachärzte für Nervenheilkunde	Akupunktur	30790, 30791
	Kardiorespiratorische Polygraphie	30900
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076, 33100
Fachärzte für Neurologie	Kardiorespiratorische Polygraphie	30900
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076, 33100
Fachärzte für Orthopädie	Akupunktur	30790, 30791
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33046, 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, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie	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 Urologie	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	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, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503
Fachärzte für Physikalisch-Rehabilitative Medizin	Akupunktur	30790, 30791
	Chirotherapie	30200, 30201
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	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, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503

Anlage 3: Berechnung des arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumens nach Abschnitt II, Ziffer 3.2 bzw. Ziffer 4.3

1. Berechnung des arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumens (VV_{AG})

$$VV_{AG} = \frac{VV_{AG_BQ}^{RLV_b}}{VV_{VB_BQ}^{RLV_b}} \times VV_{VB}$$

$VV_{AG_BQ}^{RLV_b}$: Summe aller berechneten RLV und QZV einer Arztgruppe im jeweiligen Bezugsquartal 3/2018 - 2/2019 unter Berücksichtigung der TSVG-Bereinigung nach Abschnitt III, Nr. 5.2 zuzüglich der Leistungen nach Abschnitt II, Ziffer 6 sowie ggf. der im Zusammenhang mit Selektivverträgen nach §§ 73b, 73c, 140a ff. SGB V bereinigten Beträge

$VV_{VB_BQ}^{RLV_b}$: Summe aller innerhalb des Versorgungsbereichs berechneten RLV und QZV im jeweiligen Bezugsquartal 3/2018 - 2/2019 unter Berücksichtigung der TSVG-Bereinigung nach Abschnitt III, Nr. 5.2 zuzüglich der Leistungen nach Abschnitt II, Ziffer 6 sowie ggf. der im Zusammenhang mit Selektivverträgen nach §§ 73b, 73c, 140a ff. SGB V bereinigten Beträge

VV_{VB} : haus- bzw. fachärztliches (versorgungsbereichsspezifisches) Verteilungsvolumen gemäß Abschnitt II, Ziffer 3.1. bzw. Ziffer 4.2.

AG: Arztgruppe gemäß Anlage 1

Überproportionale Veränderungen der Zahl der abrechnenden Ärzte einer Arztgruppe gemäß Anlage 1 können bei der Bemessung der arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumina entsprechend berücksichtigt werden, sofern eine bedarfsbedingte Veränderung des Leistungsgeschehens in medizinischer Hinsicht einhergeht.

2. Berücksichtigung von Veränderungen der Vergütung ärztlicher Leistungen durch Anpassungsfaktoren

Sachverhalt	Arztgruppe	Quartal	Anpassungsfaktor ¹
Förderung des Clamydien-screenings	Fachärzte für Gynäkologie	1. - 4. Quartal	1,01660
Höherbewertung der GOP 26310 und 26313 EBM	Fachärzte für Urologie	1. - 4. Quartal	1,02453
Ausgliederung der Sachkosten bei den Leistungen der Allergologie	Fachärzte für Haut-und Geschlechtskrankheiten	1. - 4. Quartal	0,9904
	Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	1. - 4. Quartal	0,9965
	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie	1. - 4. Quartal	0,9956

¹ bezogen auf die arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumina nach Anlage 3 Nr.1

Anlage 4a: Berechnung der arztgruppenspezifischen Vergütungsbereiche für die Arztgruppen des hausärztlichen Versorgungsbereiches (Anlage 1 Nr. 1)

1. Berechnung des arztgruppenspezifischen Vergütungsbereichs für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der Regelleistungsvolumina (RLV_{AGHÄ})

$$RLV_{AGHÄ} = \frac{LB_{AG_RLV}}{LB_{AG_RLVQZVGSP}} * VV_{AGHÄ}^I$$

LB_{AG_RLV}: Arztgruppenspezifischer Leistungsbedarf aller RLV-Leistungen einer Arztgruppe des hausärztlichen Versorgungsbereichs im aktuellen Quartal bewertet mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung

LB_{AG_RLVQZVGSP}: Arztgruppenspezifischer Leistungsbedarf aller RLV- und QZV-Leistungen sowie der Gesprächsleistungen nach den GOP 03230, 04230 und 04231 EBM einer Arztgruppe des hausärztlichen Versorgungsbereichs im aktuellen Quartal bewertet mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung

$VV_{AGH\ddot{A}}^i$: Arztgruppenspezifisches Verteilungsvolumen einer Arztgruppe des hausärztlichen Versorgungsbereichs nach Anlage 3 abzüglich der Leistungen nach Nr. 6.1a), b) und f).

AGHÄ: Arztgruppe gemäß Anlage 1, Nr. 1

1.a Differenzierung nach Altersklassen

Zur Berücksichtigung des Morbiditätskriteriums Alter ist der RLV-Vergütungsbereich einer Arztgruppe des hausärztlichen Versorgungsbereichs ($RLV_{AGH\ddot{A}}$) unter Berücksichtigung der Versicherten nach Altersklassen in fünf RLV-Vergütungsbereiche (RLV_{AK1} , RLV_{AK2} , RLV_{AK3} , RLV_{AK4} , RLV_{AK5}) zu differenzieren.

$$RLV_{AKi} = \frac{LB_{AKi}}{LB_{AGH\ddot{A}}} * RLV_{AGH\ddot{A}}$$

LB_{AKi} : arztgruppenspezifischer Leistungsbedarf im aktuellen Quartal aus Leistungen, die innerhalb des Regelleistungsvolumens vergütet werden, für Versicherte der Altersklasse i

$LB_{AGH\ddot{A}}$: arztgruppenspezifischer Leistungsbedarf im aktuellen Quartal aus Leistungen, die innerhalb des Regelleistungsvolumens vergütet werden, für alle Versicherte

AKi: Altersklasse der Versicherten mit folgenden Ausprägungen:
i = 1: Versicherte bis zum vollendeten 4. Lebensjahr
i = 2: Versicherte ab dem 5. bis zum vollendeten 18. Lebensjahr
i = 3: Versicherte ab dem 19. bis zum vollendeten 54. Lebensjahr
i = 4: Versicherte ab dem 55. bis zum vollendeten 75. Lebensjahr
i = 5: Versicherte ab dem 76. Lebensjahr

2. Berechnung des Vergütungsbereichs für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina ($QZV_{AGH\ddot{A}}$)

$$VV_{AG_QZV} = \frac{LB_{AG_QZV}}{LB_{AG_RLVQZVGSP}} * VV_{AGH\ddot{A}}^I$$

LB_{AG_QZV} : Arztgruppenspezifischer Leistungsbedarf aller QZV-Leistungen einer Arztgruppe im aktuellen Quartal bewertet mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung

$LB_{AG_RLVQZVGSP}$: Arztgruppenspezifischer Leistungsbedarf aller RLV- und QZV-Leistungen sowie der Gesprächsleistungen nach den GOP 03230, 04230 und 04231 EBM einer Arztgruppe des hausärztlichen Versorgungsbereichs im aktuellen Quartal bewertet mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung

$VV_{AGH\ddot{A}}^I$: Arztgruppenspezifisches Verteilungsvolumen einer Arztgruppe des hausärztlichen Versorgungsbereichs nach Anlage 3 abzüglich der Leistungen nach Nr. 6.1a), b) und f).

3. Berechnung des arztgruppenspezifischen Vergütungsbereichs für die Vergütung der ausführlichen ärztliche Gespräche nach GOP 03230, 04230 und 04231 EBM (VV_{AGGSP})

$$VV_{AG_GSP} = \frac{LB_{AG_GSP}}{LB_{AG_RLVQZVGSP}} * VV_{AGH\ddot{A}}^I$$

LB_{AG_GSP} : Arztgruppenspezifischer Leistungsbedarf für die Gesprächsleistungen nach den GOP 03230, 04230 und 04231 EBM im aktuellen Quartal bewertet mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung

$LB_{AG_RLVQZVGSP}$: Arztgruppenspezifischer Leistungsbedarf aller RLV- und QZV-Leistungen sowie der Gesprächsleistungen nach den GOP 03230, 04230 und 04231 EBM einer Arztgruppe des hausärztlichen Versorgungsbereichs im aktuellen Quartal bewertet mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung

$VV_{AGH\ddot{A}}^I$: Arztgruppenspezifisches Verteilungsvolumen einer Arztgruppe des hausärztlichen Versorgungsbereichs nach Anlage 3 abzüglich der Leistungen nach Nr. 6.1a), b) und f).

Anlage 4b: Berechnung der arztgruppenspezifischen Vergütungsbereiche für die Arztgruppen des fachärztlichen Versorgungsbereiches (Anlage 1 Nr. 2)

1. Berechnung des arztgruppenspezifischen Vergütungsbereichs für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der Regelleistungsvolumina (RLV_{AGFÄ})

$$RLV_{AGFÄ} = \frac{LB_{AG_RLV}}{LB_{AG_RLVQZV}} * VV_{AGFÄ}^I$$

LB_{AG_RLV}: Arztgruppenspezifischer Leistungsbedarf aller RLV-Leistungen einer Arztgruppe des fachärztlichen Versorgungsbereichs im aktuellen Quartal bewertet mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung

LB_{AG_RLVQZV}: Arztgruppenspezifischer Leistungsbedarf aller RLV- und QZV-Leistungen einer Arztgruppe des fachärztlichen Versorgungsbereichs im aktuellen Quartal bewertet mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung

VV_{AGFÄ}^I: Arztgruppenspezifisches Verteilungsvolumen einer Arztgruppe des fachärztlichen Versorgungsbereichs nach Anlage 3 abzüglich der Leistungen nach Ziffer 6.1 a), d) und e)

AGFÄ: Arztgruppe gemäß Anlage 1, Nr.2

1.a Differenzierung nach Altersklassen

Zur Berücksichtigung des Morbiditätskriteriums Alter ist der RLV-Vergütungsbereich einer Arztgruppe des fachärztlichen Versorgungsbereichs (RLV_{AGFÄ}) unter Berücksichtigung der Versicherten nach Altersklassen in drei RLV-Vergütungsbereiche (RLV_{AK1}, RLV_{AK2}, RLV_{AK3}) zu differenzieren.

$$RLV_{AKi} = \frac{LB_{AKi}}{LB_{AGFÄ}} * RLV_{AGFÄ}$$

LB_{AKi} : arztgruppenspezifischer Leistungsbedarf im aktuellen Quartal aus Leistungen, die innerhalb des Regelleistungsvolumens vergütet werden, für Versicherte der Altersklasse i

$LB_{AGFÄ}$: arztgruppenspezifischer Leistungsbedarf im aktuellen Quartal aus Leistungen, die innerhalb des Regelleistungsvolumens vergütet werden, für alle Versicherte

AKi : Altersklasse der Versicherten mit folgenden Ausprägungen:
 i = 1: Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr
 i = 2: Versicherte ab dem 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
 i = 3: Versicherte ab dem 60. Lebensjahr

2. Berechnung der arztgruppenspezifischen Vergütungsbereiche für die Arztgruppe der Augenärzte

Abweichend von Nr. 1. und 2. erfolgt die Berechnung der arztgruppenspezifischen Vergütungsbereiche für die Arztgruppe der Augenärzte nach dem in a) - b) festgelegten Verfahren:

- a) Berechnung des arztgruppenspezifischen Vergütungsbereichs für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der Regelleistungsvolumina (RLV_{Aug}) bei der Arztgruppe der Augenärzte

$$RLV_{Aug} = \frac{LB_{Aug_RLV}}{LB_{Aug_RLVQZV_06225}} * VV_{Aug}^I$$

LB_{Aug_RLV} : Leistungsbedarf aller RLV-Leistungen der Arztgruppe der Augenärzte im aktuellen Quartal bewertet mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung

$LB_{Aug_RLVQZV_06225}$: Leistungsbedarf aller RLV- und QZV-Leistungen sowie der GOP 06225 EBM der Arztgruppe der Augenärzte im aktuellen Quartal bewertet mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung

VV_{Aug}^I : Arztgruppenspezifisches Verteilungsvolumen der Augenärzte nach Anlage 3 abzüglich der Leistungen nach Ziffer 6.1 a), d) und e)

Aug: Arztgruppe der Augenärzte

- b) Berechnung des Vergütungsbereichs für die Vergütung der Zusatzpauschale nach der Gebührenordnungsposition 06225 EBM (VV_{06225}) für Augenärzte

$$VV_{06225} = \frac{LB_{Aug_06225}}{LB_{Aug_RLVQZV_06225}} * VV_{Aug}^I$$

LB_{Aug_06225} : Leistungsbedarf der GOP 06225 EBM bei Augenärzten im aktuellen Quartal bewertet mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung

$LB_{Aug_RLVQZV_06225}$: Leistungsbedarf aller RLV- und QZV-Leistungen Leistungen sowie der GOP 06225 EBM der Arztgruppe der Augenärzte im aktuellen Quartal bewertet mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung

VV_{Aug}^I : Arztgruppenspezifisches Verteilungsvolumen der Augenärzte nach Anlage 3 abzüglich der Leistungen nach Ziffer 6.1 a), d) und e)

- c) Berechnung des Vergütungsbereichs für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina (QZV_{Aug}) bei der Arztgruppe der Augenärzte

$$QZV_{Aug}^i = \frac{LB_{Aug}^{QZVi}}{LB_{Aug_RLVQZV_06225}} * VV_{Aug}^I$$

LB_{Aug}^{QZVi} : Leistungsbedarf der GOP 06225 EBM bei Augenärzten im aktuellen Quartal bewertet mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung

$LB_{Aug_RLVQZV_06225}$: Leistungsbedarf aller RLV- und QZV-Leistungen Leistungen sowie der GOP 06225 EBM der Arztgruppe der Augenärzte im

aktuellen Quartal bewertet mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung

VV_{Aug}^i : Arztgruppenspezifisches Verteilungsvolumen der Augenärzte nach Anlage 3 abzüglich der Leistungen nach Ziffer 6.1 a), d) und e)

Anlage 5: Berechnung des Regelleistungsvolumens (RLV) je Arzt gemäß Abschnitt II, Ziffer 7.4.1

1. Berechnung der arztgruppenspezifischen Fallwerte

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

RLV_{AKi} : Arztgruppenspezifischer Vergütungsbereich der jeweiligen Altersklasse für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der Regelleistungsvolumina gemäß Anlage 4a, Nr. 1a bzw. Anlage 4b, Nr. 1a

FZ_{AKi} : Anzahl der RLV-Fälle der jeweiligen Altersklasse einer Arztgruppe im aktuellen Quartal unter Berücksichtigung der Zuschläge für Berufsausübungsgemeinschaften gemäß Ziffer 7.4.2 bzw. 7.4.3, ggf. zuzüglich der RLV-Fälle von eingeschriebenen Versicherten in zu bereinigende Selektivverträge nach §§ 73b, 73c, 140a ff. SGB V

AKi : Altersklasse der Versicherten mit folgenden Ausprägungen:

- a) Bei Arztgruppen des hausärztlichen Versorgungsbereichs:
 - i = 1: Versicherte bis zum vollendeten 4. Lebensjahr
 - i = 2: Versicherte ab dem 5. bis zum vollendeten 18. Lebensjahr
 - i = 3: Versicherte ab dem 19. bis zum vollendeten 54. Lebensjahr
 - i = 4: Versicherte ab dem 55. bis zum vollendeten 75. Lebensjahr
 - i = 5: Versicherte ab dem 76. Lebensjahr
- b) Bei Arztgruppen des fachärztlichen Versorgungsbereichs:
 - i = 1: Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr
 - i = 2: Versicherte ab dem 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
 - i = 3: Versicherte ab dem 60. Lebensjahr

Für Arztgruppen, die in einer Altersklasse keine bzw. weniger als 50 Fälle pro Quartal aufweisen, wird der Fallwert dem der AK2 gleichgesetzt.

2. Berechnung des Regelleistungsvolumens je Arzt

$$RLV_{\text{Arzt}} = \sum_{i=1}^n FW_{\text{AKi}} * FZ_{\text{ArztAKi}}$$

FW_{AKi} : Arztgruppenspezifischer Fallwert der jeweiligen Altersklasse gemäß 1.

FZ_{ArztAKi} : Anzahl der RLV-Fälle der jeweiligen Altersklasse eines Arztes gemäß Ziffer 7.6 im aktuellen Quartal

AKi : Altersklasse der Versicherten mit folgenden Ausprägungen:

- a) Bei Arztgruppen des hausärztlichen Versorgungsbereichs:
 - i = 1: Versicherte bis zum vollendeten 4. Lebensjahr
 - i = 2: Versicherte ab dem 5. bis zum vollendeten 18. Lebensjahr
 - i = 3: Versicherte ab dem 19. bis zum vollendeten 54. Lebensjahr
 - i = 4: Versicherte ab dem 55. bis zum vollendeten 75. Lebensjahr
 - i = 5: Versicherte ab dem 76. Lebensjahr

- b) Bei Arztgruppen des fachärztlichen Versorgungsbereichs:
 - i = 1: Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr
 - i = 2: Versicherte ab dem 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
 - i = 3: Versicherte ab dem 60. Lebensjahr

Anlage 6: Berechnung der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina (QZV) gemäß Abschnitt II, Ziffer 7.4.4

Entsprechend Anlage 2 werden je Arztgruppe und je qualifikationsgebundenem Zusatzvolumen die Berechnungen wie folgt durchgeführt:

1. Berechnung des Vergütungsbereichs je qualifikationsgebundenem Zusatzvolumen für jede Arztgruppe gemäß Anlage 2

$$QZV_{AG}^i = \frac{LB_{AGFÄ}^{QZVi}}{LB_{AGFÄ_RLVQZV}} * VV_{AGFÄ}^i$$

$LB_{AGFÄ}^{QZVi}$: Arztgruppenspezifischer Leistungsbedarf für das qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen i einer Arztgruppe im fachärztlichen Versorgungsbereich im aktuellen Quartal bewertet mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung

$LB_{AGFÄ_RLVQZV}$: Arztgruppenspezifischer Leistungsbedarf aller RLV- und QZV-Leistungen einer Arztgruppe des fachärztlichen Versorgungsbereichs im aktuellen Quartal bewertet mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung

$VV_{AGFÄ}^i$: Arztgruppenspezifisches Verteilungsvolumen einer Arztgruppe des fachärztlichen Versorgungsbereichs nach Anlage 3 abzüglich der Leistungen nach Ziffer 6.1 a), d) und e)

i: Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen einer Arztgruppe gemäß Anlage 2

AG: Arztgruppe gemäß Anlage 1

2. Berechnung des qualifikationsgebundenen Zusatzvolumens

2.1 Berechnung des Fallwertes für ein qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen

$$FW_{AG}^i = \frac{QZV_{AG}^i}{FZ_{AG}^i}$$

QZV_{AG}^i : Vergütungsbereich für ein qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen i einer Arztgruppe gemäß 1

FZ_{AG}^i : Anzahl der RLV-Fälle gemäß Ziffer 7.6 derjenigen Ärzte einer Arztgruppe, die Anspruch auf das qualifikationsgebundene Zusatzvolumen i haben

i: qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen einer Arztgruppe

2.2 Berechnung der arztindividuell volumenbezogenen qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina

Abweichend von Nr. 2.1 erfolgt die Berechnung für die in a) aufgeführten qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina nach dem unter b) festgelegten Verfahren.

a) Qualifikationsgebundene Zusatzvolumina

- Akupunktur
- Polysomnographie
- Stoßwellenlithotripsie (ESWL)
- Fluoreszenzangiographie
- Kurative Mammographie
- Praxisklinische Betreuung
- Koronarangiographie

b) Berechnung des qualifikationsgebundenen Zusatzvolumens je Arzt

$$\text{Quote}_{AG}^i = \frac{\text{QZV}_{AG}^i}{\text{QZVVJQ}_{AG}^i}$$

$$\text{QZV}_{Arzt}^i = \text{QZVVJQ}_{Arzt}^i * \text{Quote}_{AG}^i$$

QZV_{AG}^i : Vergütungsbereich für ein qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen einer Arztgruppe gemäß 1

QZVVJQ_{AG}^i : Vergütungsvolumen des entsprechenden Vorjahresquartals für ein qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen einer Arztgruppe nach den jeweils gültigen Preisen der Euro-Gebührenordnung

QZVVJQ_{Arzt}^i : Vergütungsvolumen des entsprechenden Vorjahresquartals für ein qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen eines Arztes nach den jeweils gültigen Preisen der Euro-Gebührenordnung

i: qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen einer Arztgruppe

c) Berechnung des qualifikationsgebundenen Zusatzvolumens Polysomnographie

Abweichend von b) wird das qualifikationsgebundene Zusatzvolumen Polysomnographie je Arzt in derselben Höhe festgesetzt wie in dem entsprechenden Quartal des Zeitraumes 3/2018 - 2/2019, angepasst um die Bewertungsänderungen des EBM zum 01.04.2020, es sei denn das abgerechnete Leistungsvolumen in dem entsprechenden Quartal dieses Zeitraumes ist niedriger als das zugewiesene qualifikationsgebundene Zusatzvolumen. In diesem Fall wird das QZV Polysomnographie in Höhe dieser Leistungsanforderung festgesetzt.

d) Berechnung des qualifikationsgebundenen Zusatzvolumens bei Neuzulassung und Ärzten im 5. - 12. Quartal nach Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit

Für Ärzte, die im Vorjahresquartal noch nicht unter Anrechnung auf die Bedarfsplanung an der vertragsärztlichen Versorgung teilgenommen haben, wird das entsprechende QZV-Leistungsvolumen aus dem aktuellen Abrechnungsquartal zugrunde gelegt und mit der arztgruppenspezifischen Quote multipliziert.

Für neu zugelassene Ärzte in arztgruppen- und schwerpunktgleichen Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten der gleichen Arztgruppe wird das nach Satz 1 ermittelte QZV nur in dem Maße anerkannt, in dem es das bisherige Leistungsvolumen der Praxis in diesem QZV übersteigt.

Für Ärzte im 5. bis 12. Quartal nach Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit („Jungärzte“) kann das QZV nach b) auf Antrag nachträglich entsprechend der Steigerung der RLV-Fälle gegenüber dem Vorjahresquartal erhöht werden, höchstens jedoch um den Faktor, um den die Leistungsanforderung in dem QZV gegenüber dem Vorjahresquartal angestiegen ist.

Für Jungärzte in arztgruppen- und schwerpunktgleichen Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten der gleichen Arztgruppe wird das nach Satz 3 ermittelte QZV nur in dem Maße anerkannt, in dem das bisherige Leistungsvolumen der Praxis in diesem QZV angestiegen ist.

Anlage 7: Verteilung und Vergütung innerhalb des Vergütungsvolumens für Radiologen und Nuklearmediziner nach Abschnitt II, Ziffer 4.2 g)

1. Verteilung

Das Vergütungsvolumen für Radiologen und Nuklearmediziner nach Abschnitt II, Ziffer 4.2 g) wird auf folgende Weise aufgeteilt:

- 1.1 Leistungen der interventionellen Radiologie nach den GOP 01530, 01531, 34283, 34284, 34285, 34286, 34287 EBM werden als Vorwegabzug berücksichtigt.
- 1.2 Prozentualer Vergütungsanteil für MRT-Leistungen nach den GOP 34410 - 34460 EBM an den innerhalb des Vergütungsanteils für Radiologen und Nuklearmediziner zu vergütenden Leistungen ohne die in 1.1 genannten Leistungen im entsprechenden Quartal des Zeitraums 3/2018 - 2/2019

- 1.3 Prozentualer Vergütungsanteil für nuklearmedizinische Leistungen nach den GOP 17310 - 17373 EBM an den innerhalb des Vergütungsanteils für Radiologen und Nuklearmediziner zu vergütenden Leistungen ohne die in 1.1 genannten Leistungen im entsprechenden Quartal des Zeitraums 3/2018 - 2/2019
- 1.4 Verbleibender Vergütungsanteil für Radiologen und Nuklearmediziner nach Berücksichtigung von 1.1 - 1.3.

2. Vergütung

- 2.1 Leistungen der interventionellen Radiologie nach den GOP 01530, 01531, 34283, 34284, 34285, 34286, 34287 EBM werden mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet.
- 2.2 MRT-Leistungen nach den GOP 34410 - 34460 EBM werden aus dem Vergütungsvolumen nach 1.2 vergütet. Übersteigt das angeforderte Leistungsvolumen in Euro das zur Verfügung stehende Vergütungsvolumen, werden die Leistungen nach Satz 1 - ggf. unter Berücksichtigung von 2.3 - gleichmäßig an alle Leistungserbringer quotiert vergütet in dem Verhältnis, das sich aus der Gegenüberstellung des Vergütungsvolumens zum Anforderungsvolumen ergibt.
- 2.3 Nuklearmedizinische Leistungen nach den GOP 17310 - 17373 EBM werden aus dem Vergütungsvolumen nach 1.3 vergütet. Übersteigt das angeforderte Leistungsvolumen in Euro das zur Verfügung stehende Vergütungsvolumen, werden die Leistungen nach Satz 1 gleichmäßig an alle Leistungserbringer quotiert vergütet in dem Verhältnis, das sich aus der Gegenüberstellung des Vergütungsvolumens zum Anforderungsvolumen ergibt. Liegt diese Vergütungsquote unter 90 %, so werden dem Vergütungsvolumen nach 1.2 Finanzmittel in der Höhe entnommen, so dass sich eine Vergütungsquote von 90 % ergibt. Diese Regel gilt nur, solange die Vergütungsquote nach 2.2 nicht unter 60 % liegt.
- 2.4 Die verbleibenden, innerhalb des Vergütungsanteils für Radiologen und Nuklearmediziner zu vergütenden Leistungen werden aus dem Vergütungsvolumen nach 1.4 vergütet. Übersteigt das angeforderte Leistungsvolumen in Euro das zur Verfügung stehende Vergütungsvolumen, werden die Leistungen nach Satz 1 gleichmäßig an alle Leistungserbringer quotiert vergütet in dem Verhältnis, das sich aus der Gegenüberstellung des Vergütungsvolumens zum Anforderungsvolumen ergibt.

Anlage 8: Vergütung im Organisierten Notfalldienst und Notfall

Die Leistungen im Organisierten Notfalldienst werden - vorbehaltlich der nachstehenden Regelungen - mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung vergütet.

Für die Wahrnehmung des Organisierten Notfalldienstes im Rahmen des Fahrdienstes (nach der gemeinsamen Notfalldienstordnung der KVWL und ÄKWL) erhält ein Arzt je eingeteilter Dienst Einheit ein Mindesthonorar, das sich errechnet aus der Anzahl der Stunden der jeweiligen Dienst Einheit multipliziert mit einem Betrag von 35 Euro. Liegt die Vergütung für die in der Dienst Einheit insgesamt erbrachten und abgerechneten Leistungen und Kostenerstattungen (ohne Wegegebühren) unterhalb dieser Grenze, wird sein Honorar für diese Dienst Einheit auf das Mindesthonorar nach Satz 2 angehoben.

Anlage 9: Spezielle Laboratoriumsuntersuchungen bei „Nicht-Laborärzten“

1. Für Vertragsärzte, die zur Abrechnung von Laboratoriumsuntersuchungen berechtigt sind und nicht Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin, ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin sind (kurz: „Nicht-Laborärzte“) sowie aufgrund der Arztgruppenzugehörigkeit von nachfolgenden Regelungen erfasst werden, unterliegen die Kostenerstattungen für spezielle Laboratoriumsuntersuchungen des Abschnitts 32.3 EBM (ohne die Gebührenordnungspositionen 32860 - 32865, 32902, 32904, 32906, 32908, 32931, 32932, 32937, 32945 und 32946 EBM) einer fallwertbezogenen Budgetierung. Die in den Budgets enthaltenen Kostenerstattungen sind je Arztpraxis und Abrechnungsquartal nur bis zu einem begrenzten Gesamthonorarvolumen zu vergüten.
2. Die Höhe der Budgets ergibt sich aus dem Produkt des für die Arztgruppe vorgegebenen Referenz-Fallwertes, multipliziert mit der Mindestquote von 89% gemäß der KBV-Vorgabe nach §87b Abs.4 SGB V Teil A, und der Zahl der Behandlungsfälle gemäß § 21 Abs. 1 BMV-Ärzte des Abrechnungsquartals der Arztpraxis.
3. Referenz-Fallwerte für die Ermittlung des Budgets nach 2:

Arztgruppe	Referenz-Fallwert in Euro
Rheumatologen, Endokrinologen	40
Nuklearmediziner, Hämatologen	21
Dermatologen, Gynäkologen, Pneumologen, Urologen	4

Der Referenz-Fallwert einer (Teil-)Berufsausübungsgemeinschaft, eines Medizinischen Versorgungszentrums und einer Praxis mit angestellten Ärzten wird als Summe der Produkte des relativen Anteils der Fälle eines Arztes in der Arztpraxis der arztgruppenbezogenen Referenz-Fallwerte der beteiligten Ärzte errechnet. Beteiligte Ärzte, die nicht zur Abrechnung von speziellen Laboratoriumsuntersuchungen des Abschnitts 32.3 EBM berechtigt sind oder der Fallwertsteuerung nicht unterliegen, werden mit einem Referenz-Fallwert von 0 Euro berücksichtigt.

4. Die Regelungen nach 1. bis 3. werden für alle Nicht-Laborärzte verbindlich angewandt, es sei denn, betroffene Ärzte weisen der Kassenärztlichen Vereinigung nach, dass sie die Anforderungen der Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen erfüllen. In diesem Fall kann der Vorstand der KVWL das jeweilige Budget nach 2. erweitern, aussetzen oder bedarfsgerecht anpassen.

Anlage 10: KBV-Vorgaben gemäß § 87b Abs. 4 SGB V

- Grundlage für diesen HVM sind neben den gesetzlichen Bestimmungen und den Beschlüssen des (Erweiterten) Bewertungsausschusses die Vorgaben der KBV zur Honorarverteilung gemäß § 87b Abs. 4 SGB V in der jeweils geltenden Fassung (veröffentlicht auf der Internetseite der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vgl. <http://www.kbv.de/html/2753.php>). Auf Anforderung eines Mitglieds der KVWL kann der Text der KBV-Vorgaben im Einzelfall in Papierform oder per E-Mail durch die KVWL zur Verfügung gestellt werden.
- Sollten die Vorgaben der KBV geändert werden, gelten diese unmittelbar in der jeweils geltenden Fassung. Bindende Änderungen der Vorgaben gelten unmittelbar für diesen HVM.

Anlage 11: Förderung von Praxisnetzen nach § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V

Anerkannte Praxisnetze im Bereich der KVWL werden auf Grundlage des §87b Abs. 2 Satz 3 SGB V in Verbindung mit Teil G der KBV-Vorgaben zur Honorarverteilung wie folgt gefördert:

1. Einmalige Förderung für jedes Praxisnetz bei Anerkennung (gemäß der Richtlinie der KVWL zur Anerkennung von Praxisnetzen nach § 87b Abs. 4 SGB V) in Höhe von 100.000 Euro für die Basis-Stufe und jeweils weiteren 100.000 Euro für die Stufen I und II.
 2. Quartalsweise Förderung in Höhe von 25.000 Euro für jedes anerkannte Praxisnetz (nach der Richtlinie der KVWL zur Anerkennung von Praxisnetzen nach § 87b Abs. 4 SGB V) zur Aufrechterhaltung der richtlinienkonformen Netzstruktur.
- Die Obergrenze für die Förderung von Praxisnetzen beträgt je Quartal 750.000 Euro. Übersteigt die Gesamtsumme der Förderung nach den Nr. 1 und 2 (Gesamtfördersumme) diese Obergrenze, werden alle Maßnahmen gleichmäßig in dem Verhältnis finanziert, das sich aus der Gegenüberstellung der Obergrenze zur Gesamtfördersumme ergibt.