

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

gültig ab 01. Januar 2013



Inhaltsverzeichnis:

Abschnitt I - Allgemeine Bestimmungen	5
1. Geltungsbereich	5
2. Grundsätze der Vergütung der Ärzte	5
2.1 Vergütung vertragsärztlicher Leistungen	5
2.2 Leistungsabgrenzung	5
2.3 Mengensteuerung und Kalkulationssicherheit	6
Abschnitt II - Verteilung der vertragsärztlichen Vergütung.....	6
1. Vergütung von Leistungen vor Trennung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung ..	6
1.1 Leistungen und Kosten der Laboratoriumsmedizin	6
1.2 Leistungen des organisierten Notfalldienstes	8
2. Trennung der Gesamtvergütung - Bildung der versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumina	8
3. Verteilung innerhalb des hausärztlichen Versorgungsbereichs	8
3.1 Bildung von Vorwegabzügen.....	8
3.2 Bildung der arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumina (VV _{AG})	9
4. Verteilung innerhalb des fachärztlichen Versorgungsbereichs	9
4.1 Bildung von Vorwegabzügen.....	9
4.1.1 Bildung von Vorwegabzügen bis zum 31.03.2013	9
4.1.2 Bildung von Vorwegabzügen ab dem 01.04.2013	10
4.2 Bildung der arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumina (VV _{AG})	11
5. Vergütung der Leistungen der haus- und fachärztlichen Vorwegabzüge.....	12
5.1 Kostenpauschalen nach Kapitel 40 EBM.....	12
5.2 Leistungen in nicht RLV-relevanten Fällen	12
5.3 Leistungen von Arztgruppen ohne RLV (außer den in 4.1.1 g) bzw. 4.1.2 h) und i) genannten Arztgruppen), die nicht in Ziffer 4.1.1 c)- f) bzw. 4.1.2 c) - g) genannt sind	12
5.4 Haus- und Heimbesuche.....	12
5.5 CT-gesteuerte Interventionen nach den GOP 34503, 34504 und 34505 EBM der Radiologen und Nuklearmediziner (ab dem 01.04.2013).....	12
5.6 Humangenetische Leistungen nach Kapitel 11 EBM	13
5.7 Pathologische Leistungen nach Kapitel 19 EBM	13
5.8 Ermächtigte Ärzte und Einrichtungen	13
5.9 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).....	14
6. Vergütung innerhalb der haus- und fachärztlichen arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumina	14
7. Honorarvolumen	15
7.1 Definition.....	15
7.2 Ärzte und Arztgruppen	15
7.3 Bezugsgrößen.....	15
7.3.1 Quartalsbezug.....	15
7.3.2 Arztbezug.....	16
7.3.3 Tätigkeitsumfang.....	16
7.4. Ermittlung des Honorarvolumens je Arzt	16
7.4.1 Regelleistungsvolumen	16
7.4.2 Zuschläge zum Regelleistungsvolumen für Ärzte in Berufsausübungsgemeinschaften, MVZ und Praxen mit angestellten Ärzten ...	18
7.4.3 Qualifikationsgebundene Zusatzvolumina	19
7.4.4 Honorarvolumen je Arzt.....	20
7.5 Arztpraxisbezogene Festsetzung des Honorarvolumens.....	20
7.5.1 Arztpraxisbezogene Ermittlung des Honorarvolumens	20
7.5.2 Änderungen des Teilnahmestatus einer Praxis	20
7.6 Für Regelleistungsvolumina und qualifikationsgebundene Zusatzvolumina relevante Fälle (RLV-Fälle)	21
7.7 Praxisbesonderheiten	21
7.8 Härtefallregelung.....	22
Abschnitt III – Sonstige Bestimmungen	23
1. Kalkulationssicherheit	23
2. Rückstellungen	23
3. Selektivverträge.....	24
4. Schlussbestimmungen.....	24
5. Inkrafttreten	24
Anlagen:.....	25
Anlage 1: RLV-Arztgruppen	25
Anlage 1a: Arztgruppendifferenzierung für BAG-Zuschläge nach Ziffer 7.4.2.....	26
Anlage 2: Zuordnung der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina (QZV) nach Ziffer 7.4.3.....	27

Anlage 3:	Berechnung des arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumens nach Ziffer 3.2 bzw. Ziffer 4.2	34
1.	Berechnung des arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumens (VV_{AG}).....	34
2.	Berücksichtigung von Veränderungen der Bewertung ärztlicher Leistungen des EBM durch Anpassungsfaktoren	35
Anlage 4:	Berechnung der arztgruppenspezifischen Vergütungsbereiche.....	36
1.	Berechnung des arztgruppenspezifischen Vergütungsbereichs für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der Regelleistungsvolumina (RLV_{AG}).....	36
1.a	Differenzierung nach Altersklassen	36
2.	Berechnung des Vergütungsbereichs für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina	37
3.	Berechnung der arztgruppenspezifischen Vergütungsbereiche für die Arztgruppe der Augenärzte	37
Anlage 5:	Berechnung des Regelleistungsvolumens (RLV) je Arzt gemäß Ziffer 7.4.1	39
1.	Berechnung der arztgruppenspezifischen Fallwerte	39
2.	Berechnung des Regelleistungsvolumens je Arzt.....	39
Anlage 6:	Berechnung der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina (QZV) gemäß Ziffer 7.4.3.....	40
1.	Berechnung des Vergütungsbereichs je qualifikationsgebundenem Zusatzvolumen für jede Arztgruppe gemäß Anlage 2.....	40
2.	Berechnung des qualifikationsgebundenen Zusatzvolumens	40
2.1	Berechnung des Fallwertes für ein qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen ..	40
2.2	Berechnung der arztindividuell volumenbezogenen qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina	41
Anlage 7:	Für die fallzahlbezogene Abstufung nach Ziffer 7.4.1 relevante Fallzahlen...	44
Anlage 8:	Vergütung der CT-gesteuerten Interventionen nach den GOP 34503, 34504 und 34505 EBM bei Radiologen und Nuklearmedizinern ab dem 01.04.2013	45
Anlage 9:	Vergütung im Organisierten Notfalldienst.....	46
Anlage 10:	Vergütung der Besuche nach den Gebührenordnungspositionen 01410, 01413 und 01415 EBM	47
Anlage 11:	KBV-Vorgaben gemäß § 87b Abs. 4 SGB V.....	48
Anhang zu Anlage 11:	KBV-Vorgaben gemäß § 87b Abs. 4 SGB V	49

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

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

2.3 Mengensteuerung und Kalkulationssicherheit

Die Menge der nach den Preisen der Euro-Gebührenordnung zu vergütenden Leistungen 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, 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 7.4.3 von den jeweiligen Orientierungswerten nach unten begrenzt (vgl. Abschnitt III, Ziffer 1).

Abschnitt II - Verteilung der vertragsärztlichen Vergütung

1. Vergütung von Leistungen vor Trennung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

Die Vergütung für folgende Leistungsbereiche erfolgt als Vorwegabzug vor Trennung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gemäß Ziffer 2.

1.1 Leistungen und Kosten der Laboratoriumsmedizin

Die Vergütung der Laborleistungen und -kosten nach a) - d) erfolgt - in Umsetzung der Vorgabe der KBV gemäß § 87b Abs. 4 SGB V, Teil E (vgl. Anhang zu Anlage 11, Teil E) - aus dem Vergütungsvolumen, das sich nach Ziffer 2.3 dieser Vorgabe (vgl. Anhang zu Anlage 11, Teil E) ergibt. Über- und Unterschreitung des Vergütungsvolumens werden bei der Kalkulation des nächstmöglichen Quartals berücksichtigt.

a) Vergütung des Laborwirtschaftlichkeitsbonus

Die Gebührenordnungsposition 32001 EBM für die wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen des Kapitels 32 EBM wird zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet.

b) Vergütung der Grundleistungen für Laborärzte

Die Konsiliar- und Grundpauschalen für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin, ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin sowie für zur Abrechnung von Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM ermächtigte Laborärzte, Einrichtungen, Krankenhäuser und Institutionen (GOP 12210 und 12220 EBM) werden zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung multipliziert mit einem Anpassungsfaktor in Höhe von 1,4588 vergütet.

c) Vergütung der Laborversandpauschale

Die Kostenpauschale 40100 für Versandmaterial, Versandgefäße usw. sowie für die Versendung bzw. den Transport von Untersuchungsmaterial, ggf. auch von infektiösem Untersuchungsmaterial, einschließlich der Kosten für die Übermittlung von Untersuchungsergebnissen der Laboratoriumsdiagnostik, ggf. einschließlich der Kosten für die Übermittlung der Gebührenordnungspositionen und der Höhe der Kosten überwiesener kurativer-ambulanter Auftragsleistungen des Abschnitts 32.3 EBM werden zum Preis der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet.

d) Vergütung der Laboratoriumsuntersuchungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM

Die Gebührenordnungspositionen 32025, 32026, 32027, 32035, 32036, 32037, 32038, 32039, 32097 und 32150 werden zum Preis der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet. Die weiteren Laboratoriumsuntersuchungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM werden mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung multipliziert mit der bundeseinheitlichen Abstaffelungsquote Q gemäß der Vorgabe der KBV nach § 87b Abs. 4 SGB V Teil E, Ziffer 1.1.5 (vgl. Anhang zu Anlage 11, Teil E) vergütet. Für Abschnitt 32.2 ist die Regelung für Laborgemeinschaften in Ziffer 1 Satz 2 zum Abschnitt 32.2 EBM zu berücksichtigen.

1.2 Leistungen des organisierten Notfalldienstes

Leistungen des organisierten Notfalldienstes und der Notfallbehandlungen durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser während der Zeiten des organisierten Notdienstes werden nach Maßgabe der Regelungen in Anlage 9 aus dem Vergütungsvolumen vergütet, das sich nach den Vorgaben der KBV gemäß § 87b Abs. 4 SGB V, Anhang zu Teil B, Schritt 19 (vgl. Anhang zu Anlage 11) unter Berücksichtigung der für diesen Leistungsbereich im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung erfolgenden Zahlungen ergibt. Über- und Unterschreitung des Vergütungsvolumens werden bei der Kalkulation des nächstmöglichen Quartals berücksichtigt.

2. Trennung der Gesamtvergütung - Bildung der versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumina

Die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung des entsprechenden Abrechnungsquartals - ggf. gemindert um den für einen Strukturfonds nach § 105 Abs. 1a SGB V erforderlichen Betrag (0,1 % der MGV) - wird nach Teil B der Vorgabe der KBV gemäß § 87b Abs. 4 SGB V (vgl. Anhang zu Anlage 11) auf den haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich verteilt. Es entsteht jeweils ein haus- bzw. fachärztliches (versorgungsbereichsspezifisches) Verteilungsvolumen

3. Verteilung innerhalb des hausärztlichen Versorgungsbereichs

3.1 Bildung von Vorwegabzügen

Aus dem hausärztlichen Verteilungsvolumen nach Ziffer 2 werden 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) Vergütung der innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanzierten Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM

- d) Vergütung für die Haus- und Heimbefuche (GOP 01410, 01413, 01415 EBM) gemäß Anlage 10
- e) Prozentualer Vergütungsanteil der ermächtigten Ärzte und Einrichtungen am hausärztlichen Verteilungsvolumen im entsprechenden Quartal des Zeitraums 3/2011 - 2/2012 für Leistungen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, die nicht in Ziffer 1 oder Ziffer 3.1 c) - d) genannt sind
- f) 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.c) - e) genannt sind
- g) Prozentualer Vergütungsanteil der abgestaffelt vergüteten Leistungen nach Ziffer 7.1 am hausärztlichen Verteilungsvolumen im entsprechenden Quartal des Zeitraums 3/2011 - 2/2012

3.2 Bildung der arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumina (VV_{AG})

Das verbleibende hausärztliche Verteilungsvolumen 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

4.1.1 Bildung von Vorwegabzügen bis zum 31.03.2013

Aus dem fachärztlichen Verteilungsvolumen nach Ziffer 2 werden 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) Vergütung der innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanzierten Kostenpauschalen des Kapitels 40

- d) Vergütung für die Haus- und Heimbefuche (GOP 01410, 01413, 01415 EBM) gemäß Anlage 10
- e) Prozentualer Vergütungsanteil für humangenetische Leistungen des Kapitels 11 EBM am fachärztlichen Verteilungsvolumen im entsprechenden Quartal des Zeitraums 3/2011 - 2/2012
- f) Prozentualer Vergütungsanteil für pathologische Leistungen des Kapitels 19 EBM am fachärztlichen Verteilungsvolumen im entsprechenden Quartal des Zeitraums 3/2011 - 2/2012
- g) Prozentualer Vergütungsanteil der ermächtigten Ärzte und Einrichtungen am fachärztlichen Verteilungsvolumen im entsprechenden Quartal des Zeitraums 3/2011 - 2/2012 für Leistungen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, die nicht in Ziffer 1 oder Ziffer 4.1.1 c) - f) genannt sind
- h) Leistungen von Arztgruppen ohne RLV (außer ermächtigte Ärzte und Einrichtungen), die nicht in Ziffer 4.1.1 c) - f) genannt sind
- i) Leistungen, die in Behandlungsfällen erbracht werden, die nicht in Ziffer 7.6 genannt sind und nicht in Ziffer 1 oder Ziffer 4.1.1 c) - h) genannt sind
- j) Prozentualer Vergütungsanteil der abgestaffelt vergüteten Leistungen nach Ziffer 7.1 am fachärztlichen Verteilungsvolumen im entsprechenden Quartal des Zeitraums 3/2011 - 2/2012

4.1.2 Bildung von Vorwegabzügen ab dem 01.04.2013

Aus dem fachärztlichen Verteilungsvolumen nach Ziffer 2 werden 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) Vergütung der innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanzierten Kostenpauschalen des Kapitels 40
- d) Vergütung für die Haus- und Heimbefuche (GOP 01410, 01413, 01415 EBM) gemäß Anlage 10
- e) Vergütung für die CT-gesteuerten Interventionen nach den GOP 34503, 34504 und 34505 EBM bei Radiologen und Nuklearmedizinern gemäß Anlage 8

- f) Prozentualer Vergütungsanteil für humangenetische Leistungen des Kapitels 11 EBM am fachärztlichen Verteilungsvolumen im entsprechenden Quartal des Zeitraums 3/2011 - 2/2012
- g) Prozentualer Vergütungsanteil für pathologische Leistungen des Kapitels 19 EBM am fachärztlichen Verteilungsvolumen im entsprechenden Quartal des Zeitraums 3/2011 - 2/2012
- h) Prozentualer Vergütungsanteil der ermächtigten Ärzte und Einrichtungen am fachärztlichen Verteilungsvolumen im entsprechenden Quartal des Zeitraums 3/2011 - 2/2012 für Leistungen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, die nicht in Ziffer 1 oder Ziffer 4.1.2 c) - g) genannt sind
- 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 3/2011 - 2/2012 für Leistungen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, die nicht in Ziffer 1 oder Ziffer 4.1.2 c) - g) genannt sind
- j) Leistungen von Arztgruppen ohne RLV (außer den in h) und i) genannten Arztgruppen), die nicht in Ziffer 4.1.2 c) - g) genannt sind
- k) Leistungen, die in Behandlungsfällen erbracht werden, die nicht in Ziffer 7.6 genannt sind und nicht in Ziffer 1 oder Ziffer 4.1.2 c) - j) genannt sind
- l) Prozentualer Vergütungsanteil der abgestaffelt vergüteten Leistungen nach Ziffer 7.1 am fachärztlichen Verteilungsvolumen im entsprechenden Quartal des Zeitraums 3/2011 - 2/2012

4.2 Bildung der arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumina (VV_{AG})

Das verbleibende fachärztliche Verteilungsvolumen 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 Kostenpauschalen nach Kapitel 40 EBM

Kostenpauschalen nach Kapitel 40 EBM werden je Versorgungsbereich nach Ziffer 3.1.c) bzw. 4.1.1 c) und 4.1.2 c) mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet.

5.2 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) oder Ziffer 4.1.c) - h) bzw. 4.1.2 c) - j) genannt sind, werden je Versorgungsbereich nach Ziffer 3.1.f) bzw. 4.1.1 i) und 4.1.2 k) mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet.

5.3 Leistungen von Arztgruppen ohne RLV (außer den in 4.1.1 g) bzw. 4.1.2 h) und i) genannten Arztgruppen), die nicht in Ziffer 4.1.1 c)- f) bzw. 4.1.2 c) - g) genannt sind

Leistungen von Arztgruppen ohne RLV (außer den in 4.1.1 g) bzw. 4.1.2 h) und i) genannten Arztgruppen), die nicht in Ziffer 4.1.1 c) - f) bzw. 4.1.2 c) - g) genannt sind, werden nach Ziffer 4.1.1 h) bzw. 4.1.2 j) mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet.

5.4 Haus- und Heimbesuche

Haus- und Heimbesuche nach den GOP 01410, 01413, 01415 EBM werden je Versorgungsbereich nach Ziffer 3.1.d) bzw. 4.1.1 d) bzw. 4.1.2 d) nach Maßgabe der Regelungen in Anlage 10 vergütet.

5.5 CT-gesteuerte Interventionen nach den GOP 34503, 34504 und 34505 EBM der Radiologen und Nuklearmediziner (ab dem 01.04.2013)

Die CT-gesteuerten Interventionen nach den GOP 34503, 34504 und 34505 EBM werden für Radiologen und Nuklearmediziner nach Ziffer 4.1.2 e) nach Maßgabe der Regelungen in Anlage 8 vergütet.

5.6 Humangenetische Leistungen nach Kapitel 11 EBM

Humangenetische Leistungen nach Kapitel 11 EBM werden aus dem Vergütungsvolumen gemäß Ziffer 4.1.1 e) bzw. 4.1.2 f) 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 Pathologische Leistungen nach Kapitel 19 EBM

Pathologische Leistungen nach Kapitel 19 EBM werden aus dem Vergütungsvolumen gemäß Ziffer 4.1.1 f) bzw. 4.1.2 g) 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.

5.8 Ermächtigte Ärzte und Einrichtungen

Die innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanzierten Leistungen ermächtigter Ärzte und Einrichtungen, die nicht in Ziffer 3.1.c) - d) oder Ziffer 4.1.1 c) - f) bzw. 4.1.2 c) - g) genannt sind, werden je Versorgungsbereich aus dem Vergütungsvolumen nach Ziffer 3.1. e) oder 4.1.1 g) bzw. 4.1.2 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.

5.9 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 Ziffer 4.1.2 c) - g) genannt sind, werden aus dem Vergütungsvolumen nach Ziffer 4.1.2 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.

5.10 Überschreitungsvolumen

Die die Honorarvolumina nach Ziffer 7.1 überschreitenden Leistungen werden je Versorgungsbereich aus dem Vergütungsvolumen gemäß Ziffer 3.1.g) oder 4.1.1 j) bzw. 4.1.2 l) 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.

6. Vergütung innerhalb der haus- und fachärztlichen arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumina

Die nachfolgend aufgeführten Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen werden als Vorwegabzug aus dem jeweiligen arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen vergütet:

- Schriftliche Berichte auf besonderes Verlangen der Krankenkassen (GOP 01620 - 01622 EBM)

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

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 5.8 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 Honorarvolumen, 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 (s. Anlage 7).

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 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 in Berufsausübungsgemeinschaften, MVZ und Praxen mit angestellten Ärzten

Bei der Berechnung des Regelleistungsvolumens für Ärzte 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. Anhang zu Anlage 11) - 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 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.

7.4.3 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 - mit Ausnahme der QZV nach 6, Nr. 2.2.a), letzter Spiegelstrich - erhält er dieses QZV auf Antrag im Nachhinein als Praxisbesonderheit.

Die Berechnung der QZV erfolgt gemäß Anlage 6.

7.4.4 Honorarvolumen je Arzt

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

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 7.4.4 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 - ggf. auch im Nachhinein - und bildet die Grundlage für die Abrechnung des jeweiligen Zeitraums.

Hierfür wird zunächst das Honorarvolumen für jeden Teilnahmestatus für das gesamte Quartal berechnet. Das so für jeden Teilnahmestatus ermittelte Honorarvolumen wird durch die Kalendertage des Quartals geteilt und mit der Zahl der Kalendertage, an denen die Praxis in dem (jeweiligen) Teilnahmestatus bestanden hat, multipliziert.

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.

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 gemäß Satz 1 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 gemäß Satz 1 der Arztpraxis.

7.7 Praxisbesonderheiten

Der Arzt kann für Praxisbesonderheiten Zuschläge auf den durchschnittlichen Fallwert für RLV- und QZV-relevante Leistungen - mit Ausnahme der Leistungen der volumenbezogenen QZV nach Anlage 6, Nr. 2.2.a) - der Arztgruppe beantragen. Anträge auf Anerkennung von Praxisbesonderheiten sind spätestens bis zum Ablauf der Rechtsbehelfsfrist gegen den Abrechnungsbescheid des Quartals vorzulegen, für das sie beantragt werden. Der Antrag muss die Leistungen unter Angabe der EBM-Gebührenordnungspositionen benennen, in denen sich die Praxisbesonderheit ausdrückt. Als Praxisbesonderheit gilt eine vom Durchschnitt abweichende Praxisaus-

richtung, die zur Deckung eines dauerhaften überdurchschnittlichen Versorgungsbedarfs erforderlich ist. Hierzu muss in zumindest vier aufeinanderfolgenden Quartalen ein überdurchschnittlicher Bedarf nachgewiesen werden. Dieser liegt insbesondere vor, wenn die Leistungsanforderung einer Praxis nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung die durchschnittliche Leistungsanforderung der Arztgruppe um mindestens 30% überschreitet und der Anteil der die Praxisbesonderheit ausmachenden Leistungen an der Gesamtleistungsanforderung der Praxis mindestens 20% beträgt.

Der Vorstand der KVWL beurteilt nach pflichtgemäßem Ermessen im Einzelfall, ob eine Praxisbesonderheit vorliegt und in welchem Umfang sowie für welche Dauer Zuschläge zu gewähren sind.

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 kann das Regelleistungsvolumen und ggf. die qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina auf Antrag entsprechend des Sicherstellungsbedarfs angepasst werden.

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.

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-Orientierungsfallwerte 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-Orientierungsfallwerte 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 7.4.3 i. V. m. Anlage 6, Nr. 2.1 wird eine Unterschreitung der QZV-Orientierungsfallwerte 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 4, Nr.1 sowie die Fallzahlen der teilnehmenden Ärzte umgelegt.

4. 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 den Ziffern 7.4.3, 7.7, 7.8, Anlage 3, Nr. 1 und Anlage 6, Nr. 2.2.

5. Inkrafttreten

Dieser Honorarverteilungsmaßstab tritt zum 01.01.2013 in Kraft.

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

Für Ärzte der nachfolgenden Arztgruppen werden Regelleistungsvolumina nach 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 Nervenheilkunde²
- Fachärzte für Neurologie
- Fachärzte für Orthopädie
- Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie
- Fachärzte für Diagnostische Radiologie, für Nuklearmedizin
- Fachärzte für Urologie
- Fachärzte für Physikalisch-Rehabilitative Medizin

² Einschließlich Fachärzte mit einer Doppelzulassung als Facharzt für Neurologie und als Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie

Anlage 1a: Arztgruppendifferenzierung für BAG-Zuschläge nach Ziffer 7.4.2

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

- 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 Diagnostische Radiologie
- Fachärzte für Nuklearmedizin
- 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 Ziffer 7.4.3

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, 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, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092
	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040
	Psychometrische Testverfahren	35301
Fachärzte für Anästhesiologie	Akupunktur	30790, 30791
	Narkosen	05330, 05331, 05340, 05341, 05350
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
Fachärzte für Augenheilkunde	Elektroophthalmologie	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, 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	13552
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040
	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
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
Fachärzte für Orthopädie	Akupunktur	30790, 30791
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092
	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 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 Diagnostische Radiologie / Nuklearmedizin	CT	34310, 34311, 34312, 34320, 34321, 34322, 34330, 34340, 34341, 34342, 34343, 34344, 34345, 34350, 34351, 34360
	CT-gesteuerte Intervention (bis 31.03.2013)	34502
	Kurative Mammographie	34270, 34271, 34272, 34273, 34275
	Interventionelle Radiologie	01530, 01531, 34283, 34284, 34285, 34286, 34287
	MRT	34410, 34411, 34420, 34421, 34422, 34430, 34431, 34440, 34441, 34442, 34450, 34451, 34452, 34460
	MRT-Angiographie	34470, 34475, 34480, 34485, 34486, 34489, 34490, 34492
	Nuklearmedizin	17310, 17311, 17312, 17320, 17321, 17330, 17331, 17332, 17333, 17340, 17341, 17350, 17351, 17360, 17361, 17362, 17363, 17371, 17372, 17373
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092
	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040
	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 (bis 31.03.2013)

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
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 Ziffer 3.2 bzw. Ziffer 4.2

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

$$VV_{AG} = \frac{VV_{AG_BQ}^{RLV}}{VV_{VB_BQ}^{RLV}} * VV_{VB}^I - APT_{AG^I_2012} - Prob_{AG^{II}_2012}$$

$VV_{VB_BQ}^{RLV}$: Summe aller innerhalb des Versorgungsbereichs zugewiesenen RLV und QZV im jeweiligen Bezugsquartal 3/2011 - 2/2012 zuzüglich der antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapie (Abschnitt 35.2 EBM) der nicht in § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppen, der Leistungen nach Ziffer 6 sowie ggf. der im Zusammenhang mit Selektivverträgen nach §§ 73b, 73c, 140a ff. SGB V bereinigten Beträge

$VV_{AG_BQ}^{RLV}$: Summe aller zugewiesenen RLV und QZV einer Arztgruppe im jeweiligen Bezugsquartal 3/2011 - 2/2012 zuzüglich der antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapie (Abschnitt 35.2 EBM) bei nicht in § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppen, der Leistungen nach Ziffer 6 sowie ggf. der im Zusammenhang mit Selektivverträgen nach §§ 73b, 73c, 140a ff. SGB V bereinigten Beträge

AG: Arztgruppe gemäß Anlage 1

AG^I: Arztgruppen, die nicht in § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V genannt sind

AG^{II}: in § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V genannte Arztgruppen

VV_{VB} : haus- bzw. fachärztliches (versorgungsbereichsspezifisches) Verteilungsvolumen gemäß Ziffer 3.1. bzw. Ziffer 4.1.

VV_{VB}^I : VV_{VB} abzüglich des abgerechneten Leistungsbedarfs der GOP 35150 EBM der Psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie anderer ausschließlich psychotherapeutisch tätiger Vertragsärzte gemäß den Kriterien der Bedarfsplanungsrichtlinien aus dem Vorjahresquartal bewertet mit dem regionalen Orientierungswert für 2013

$APT_{AG^I_2012}$: abgerechneter Leistungsbedarf der antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapie (Abschnitt 35.2 EBM) bei nicht in § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppen im entsprechenden Quartal des Jahres 2012, bewertet mit dem regionalen Orientierungswert für 2013

Prob_{AG^{II}_2012}: abgerechneter Leistungsbedarf der Probatorischen Sitzung (GOP 35150 EBM) bei den in § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppen im entsprechenden Quartal des Jahres 2012, bewertet mit dem regionalen Orientierungswert für 2013

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 Bewertung ärztlicher Leistungen des EBM durch Anpassungsfaktoren

Sachverhalt	Arztgruppe	Quartal	Anpassungsfaktor ¹
Einführung neuer Gebührenordnungspositionen in das Kapitel 9 EBM	Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	1. Quartal	1,0406
		2. Quartal	1,0000
		3. und 4. Quartal	1,1120
Einführung der neuen Gebührenordnungsposition 06225 in das Kapitel 6 EBM	Augenärzte	1. - 4. Quartal	1,0901
Einführung der neuen Gebührenordnungspositionen 34504 und 34505 in das Kapitel 34 EBM	Radiologen und Nuklearmediziner	1. - 4. Quartal ²	0,905

¹ bezogen auf die arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumina vor Anwendung der Regelung zum „Ausgleich überproportionaler Honorarverluste auf Arztgruppenebene“ nach Anlage 5 Nr. 3, RLV-Vertrag (bis 30.06.2012)

² Mit Wirkung der EBM-Änderung ab dem 01.04.2013

Anlage 4: Berechnung der arztgruppenspezifischen Vergütungsbereiche

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

$$RLV_{AG} = \frac{RLV_{AG_BQ}}{VV_{AG_BQ}^I} * VV_{AG}^I$$

RLV_{AG_BQ}: Summe aller zugewiesenen RLV einer Arztgruppe im jeweiligen Bezugsquartal des Zeitraumes 3/2011 – 2/2012, ggf. zuzüglich der im Zusammenhang mit Selektivverträgen nach §§ 73b, 73c, 140a ff. SGB V bereinigten Beträge

VV_{AG_BQ}^I: Summe aller zugewiesenen RLV und QZV einer Arztgruppe im jeweiligen Bezugsquartal des Zeitraumes 3/2011 – 2/2012, ggf. zuzüglich der im Zusammenhang mit Selektivverträgen nach §§ 73b, 73c, 140a ff. SGB V bereinigten Beträge

VV_{AG}^I: Arztgruppenspezifisches Verteilungsvolumen nach Anlage 3 abzüglich der Leistungen nach Ziffer 6

AG: Arztgruppe gemäß Anlage 1

1.a Differenzierung nach Altersklassen

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

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

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

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

AK_i : Altersklasse der Versicherten mit folgenden Ausprägungen:

- AK_1 : Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr
- AK_2 : Versicherte ab dem 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
- AK_3 : Versicherte ab dem 60. Lebensjahr

2. Berechnung des Vergütungsbereichs für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina

$$QZV_{AG} = VV_{AG}^I - RLV_{AG}$$

VV_{AG}^I : Arztgruppenspezifisches Verteilungsvolumen nach Anlage 3 abzüglich der Leistungen nach Ziffer 6

RLV_{AG} : Arztgruppenspezifischer Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der Regelleistungsvolumina gemäß 1

3. 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 in den Quartalen 3/2012 und 4/2012 nach dem in a) - c) festgelegten Verfahren:

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

$$RLV_{Aug} = \frac{RLV_{Aug_BQ} - (0,2277 * VV_{Aug}^I)}{VV_{Aug_BQ}^I}$$

RLV_{Aug_BQ} : Summe aller zugewiesenen RLV der Augenärzte im jeweiligen Bezugsquartal des Zeitraumes 3/2011 - 2/2012

$VV_{Aug_BQ}^I$: Summe aller zugewiesenen RLV und QZV der Augenärzte im jeweiligen Bezugsquartal des Zeitraumes 3/2011 - 2/2012

VV_{Aug}^I : Arztgruppenspezifisches Verteilungsvolumen der Augenärzte nach Anlage 3 abzüglich der Leistungen nach Ziffer 6

Aug: Arztgruppe der Augenärzte

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

$$VV_{06225} = 0,2277 * VV_{Aug}^I$$

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

$$QZV_{Aug} = VV_{Aug}^I - RLV_{Aug} - VV_{06225}$$

VV_{Aug} : Arztgruppenspezifisches Verteilungsvolumen für Augenärzte gemäß Ziffer 3

RLV_{Aug} : Arztgruppenspezifischer Vergütungsbereich für Augenärzte für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der Regelleistungsvolumina gemäß 1

- d) Vergütung der Zusatzpauschale nach der Gebührenordnungsposition 06225 EBM für die Behandlung eines Versicherten ausschließlich durch einen konservativ tätigen Augenarzt

Die Zusatzpauschale nach der Gebührenordnungsposition 06225 EBM wird aus dem Vergütungsvolumen nach b) 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.

Anlage 5: Berechnung des Regelleistungsvolumens (RLV) je Arzt gemäß 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 4, 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, 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:

- $AK1$: Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr
- $AK2$: Versicherte ab dem 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
- $AK3$: Versicherte ab dem 60. Lebensjahr

Für Arztgruppen, die in der $AK1$ bzw. $AK3$ keine bzw. weniger als 50 Fälle pro Quartal aufweisen, wird der Fallwert dem der $AK2$ gleichgesetzt.

2. Berechnung des Regelleistungsvolumens je Arzt

$$RLV_{Arzt} = FW_{AK1} * FZ_{ArztAK1} + FW_{AK2} * FZ_{ArztAK2} + FW_{AK3} * FZ_{ArztAK3}$$

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:

- $AK1$: Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr
- $AK2$: Versicherte ab dem 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
- $AK3$: Versicherte ab dem 60. Lebensjahr

Anlage 6: Berechnung der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina (QZV) gemäß Ziffer 7.4.3

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

$$QZV_{AG}^i = QZV_{AG} * \frac{QZV_{AG_BQ}^i}{QZV_{AG_BQ}}$$

QZV_{AG} : Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen in qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina einer Arztgruppe gemäß Anlage 4, Nr. 2

$QZV_{AG_BQ}^i$: Summe der zugewiesenen qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina i einer Arztgruppe im Bezugsquartal des Zeitraums 3/2011 - 2/2012

QZV_{AG_BQ} : Summe aller zugewiesenen qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina einer Arztgruppe im Bezugsquartal des Zeitraums 3/2011 - 2/2012

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
- Narkosen (GOP 05330, 05331, 05340, 05341, 05350 EBM)
- Stoßwellenlithotripsie (ESWL)
- Fluoreszenzangiographie
- Kurative Mammographie
- Praxisklinische Betreuung
- Koronarangiographie
- Für Fachärzte für Diagnostische Radiologie und Fachärzte für Nuklearmedizin jeweils ein QZV für die in Anlage 2 aufgeführten Leistungsbereiche

b) Berechnung des qualifikationsgebundenen Zusatzvolumens je Arzt

$$Quote_{AG}^i = \frac{QZV_{AG}^i}{QZVVJQ_{AG}^i}$$

$$QZV_{Arzt}^i = QZVVJQ_{Arzt}^i * Quote_{AG}^i$$

- 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 3/2010 - 2/2011, 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 interventionelle Radiologie

Abweichend von b) wird das qualifikationsgebundene Zusatzvolumen interventionelle Radiologie eines Arztes in Höhe der Leistungsanforderung des entsprechenden Vorjahresquartals festgesetzt.

e) 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: Für die fallzahlbezogene Abstufung nach Ziffer 7.4.1 relevante Fallzahlen

Arztgruppe	Ø RLV-Fallzahl 1/12	Ø RLV-Fallzahl 2/12	Ø RLV-Fallzahl 3/12
Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören	992	948	955
Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	1.214	1.109	1.091
Fachärzte für Anästhesiologie	364	328	304
Fachärzte für Augenheilkunde	1.734	1.612	1.556
Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie, für Herzchirurgie, für Neurochirurgie, für Gefäßchirurgie	954	944	947
Fachärzte für Frauenheilkunde	1.093	1.054	1.042
Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, für Phoniatrie und Pädaudiologie	1.496	1.357	1.298
Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten	1.838	1.803	1.790
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie	1.055	995	985
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/ Onkologie	680	670	639
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie	1.103	1.014	1.015
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie	1.453	1.383	1.309
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie	1.100	1.043	1.061
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Nephrologie	301	295	292
Übrige Fachärzte für Innere Medizin (z. B. ohne Schwerpunkt)	1.025	987	992
Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	180	170	163
Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie mit Teilnahme an der SPV-Vereinbarung	491	477	443
Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	132	125	121
Fachärzte für Nervenheilkunde ⁴	1.217	1.175	1.179
Fachärzte für Neurologie	1.184	1.140	1.076
Fachärzte für Orthopädie	1.458	1.414	1.407
Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie	597	586	594
Fachärzte für Diagnostische Radiologie, für Nuklearmedizin	1.550	1.381	1.394
Fachärzte für Urologie	1.180	1.105	1.094
Fachärzte für Physikalisch-Rehabilitative Medizin	883	851	795

⁴ Einschließlich Fachärzte mit einer Doppelzulassung als Facharzt für Neurologie und als Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie

Anlage 8: Vergütung der CT-gesteuerten Interventionen nach den GOP 34503, 34504 und 34505 EBM bei Radiologen und Nuklearmedizinern ab dem 01.04.2013

1. Die CT-gesteuerten Interventionen nach den GOP 34503, 34504 und 34505 EBM werden - vorbehaltlich der nachfolgenden Regelung - mit den Preisen der zum jeweiligen Zeitpunkt gültigen regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet. Die Menge der nach den Preisen der Euro-Gebührenordnung zu vergütenden CT-gesteuerten Interventionen für eine Praxis wird quartalsbezogen durch eine individuelle Obergrenze begrenzt.
2. Diese individuelle Obergrenze für einen Arzt entspricht dem ausgezahlten Vergütungsvolumen für die CT-gesteuerte Intervention (GOP 34502 EBM) aus dem entsprechenden Quartal des Zeitraumes 2/2012 - 1/2013, höchstens jedoch seiner Leistungsanforderung für diese Leistung in dem jeweiligen Quartal bewertet mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung.
3. Die individuelle Obergrenze für eine Arztpraxis ergibt sich aus der Addition der nach Ziffer 2 ermittelten Obergrenzen der in der Arztpraxis tätigen Ärzte.
4. Überschreitet die Summe der CT-gesteuerten Interventionen nach den GOP 34503, 34504 und 34505 EBM einer Praxis die quartalsweise geltende individuelle Obergrenze, werden die überschreitenden Leistungen nicht vergütet.
5. Sofern eine Arztpraxis das für sie zutreffende Honorarvolumen (Summe aus Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina) nicht ausschöpft, kann sie das noch zur Verfügung stehende Honorarvolumen mit Leistungen der CT-gesteuerten Interventionen ausfüllen.
7. Für neu zugelassene Ärzte entspricht die individuelle Obergrenze für CT-gesteuerten Interventionen der Leistungsanforderung für die Gebührenordnungspositionen 34503, 34504 und 34505 EBM aus dem aktuellen Abrechnungsquartal, maximal aber dem durchschnittlichen Vergütungsvolumen der Arztgruppe für die GOP 34502 EBM aus dem Vorjahresquartal.
8. Bei Übernahme eines Vertragsarztsitzes kann abweichend von Ziffer 7 auf Antrag die individuelle Obergrenze des Vorgängers zugrunde gelegt werden, soweit dies günstiger ist.
9. Für Ärzte im 5. - 12. Quartal nach Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit entspricht die individuelle Obergrenze der Leistungsanforderung für die Gebührenordnungspositionen 34503, 34504 und 34505 EBM aus dem aktuellen Abrechnungsquartal, falls diese höher ist als die Vergütung für die GOP 34502 des Vorjahresquartals, maximal aber dem durchschnittlichen Vergütungsvolumen der Arztgruppe aus dem Vorjahresquartal. Sofern die individuelle Vergütung für die GOP 34502 EBM des Vorjahresquartals bereits höher ist als das durchschnittliche Vergütungsvolumen der Arztgruppe, bildet diese die individuelle Obergrenze.

Anlage 9: Vergütung im Organisierten Notfalldienst

Die Leistungen im Organisierten Notfalldienst werden 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 10: Vergütung der Besuche nach den Gebührenordnungspositionen 01410, 01413 und 01415 EBM

1. Die nachfolgenden Regelungen gelten ausschließlich für die Besuche nach den Gebührenordnungspositionen 01410, 01413, 01415 EBM. Die Vergütungsregelungen für die dringenden Besuche nach den Gebührenordnungspositionen 01411 und 01412 - innerhalb des Regelleistungsvolumens - bleiben hiervon unberührt.
2. Die Besuche nach Ziffer 1 werden - vorbehaltlich der nachfolgenden Regelung - mit den Preisen der zum jeweiligen Zeitpunkt gültigen regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet. Die Menge der nach den Preisen der Euro-Gebührenordnung zu vergütenden Besuche für eine Praxis wird quartalsbezogen durch ein individuelles Versorgungsvolumen für Besuche begrenzt.
3. Das individuelle Versorgungsvolumen für Besuche für einen Arzt entspricht seiner Leistungsanforderung für die Gebührenordnungspositionen 01410, 01413 und 01415 EBM aus dem entsprechenden Vorjahresquartal.
4. Das individuelle Versorgungsvolumen für Besuche für eine Arztpraxis ergibt sich aus der Addition der nach Ziffer 3 ermittelten Versorgungsvolumina der in der Arztpraxis tätigen Ärzte.
5. Sofern eine Arztpraxis das für sie zutreffende Honorarvolumen (Summe aus Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina) nicht ausschöpft, kann sie das noch zur Verfügung stehende Honorarvolumen mit Leistungen des individuellen Versorgungsvolumens für Besuche ausfüllen. Das individuelle Versorgungsvolumen für Besuche kann dagegen nicht mit anderen Leistungen aufgefüllt werden.
6. Überschreitet die Summe der Besuche einer Praxis das quartalsweise geltende individuelle Versorgungsvolumen für Besuche, werden die das Versorgungsvolumen überschreitenden Leistungen zu einem Anteil von 20 % vergütet.
7. Für neu zugelassene Ärzte entspricht das individuelle Versorgungsvolumen für Besuche der Leistungsanforderung für die Gebührenordnungspositionen 01410, 01413 und 01415 EBM aus dem aktuellen Abrechnungsquartal, maximal aber dem durchschnittlichen Volumen der Arztgruppe aus dem Vorjahresquartal.
8. Bei Übernahme eines Vertragsarztsitzes kann abweichend von Ziffer 7 auf Antrag das individuelle Versorgungsvolumen für Besuche des Vorgängers als Obergrenze zugrunde gelegt werden, soweit dies günstiger ist.
9. Für Ärzte im 5. - 12. Quartal nach Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit entspricht das individuelle Versorgungsvolumen für Besuche der Leistungsanforderung für die Gebührenordnungspositionen 01410, 01413 und 01415 EBM aus dem aktuellen Abrechnungsquartal, falls diese höher ist als die des Vorjahresquartals, maximal aber dem durchschnittlichen Volumen der Arztgruppe aus dem Vorjahresquartal. Sofern die individuelle Leistungsanforderung des Vorjahresquartals bereits höher ist als das durchschnittliche Volumen der Arztgruppe, bildet diese das individuelle Versorgungsvolumen für Besuche.

Anlage 11: KBV-Vorgaben gemäß § 87b Abs. 4 SGB V

- Bestandteil dieses HVM sind die Vorgaben der KBV vom 15.12.2011 gemäß § 87b Abs. 4 SGB V in der Fassung der Korrekturen vom 27.04.2012, 12.06.2012 und 14.08.2012 und 21.11.2012 (Anhang).
- Künftige Änderungen der Vorgaben der KBV gelten - sofern sie keine Regelungsspielräume zulassen - unmittelbar für diesen HVM.

Anhang zu Anlage 11: KBV-Vorgaben gemäß § 87b Abs. 4 SGB V

**Vorgaben
der Kassenärztlichen Bundesvereinigung
gemäß § 87b Abs. 4 SGB V (Artikel 1, Nr. 24 GKV-VStG)**

mit Wirkung zum 23. September 2011 bis zum 31. Dezember 2012
verlängert und geändert durch Beschluss des Vorstandes der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vom 21. November 2012
mit Wirkung vom 1. Januar 2013 bis zum 31. Dezember 2013

- Teil A** Vorgaben zu den Honorarverteilungsmaßstäben der Kassenärztlichen Vereinigungen gemäß § 87b Abs. 2 Satz 1 SGB V
(Stand: 21. November 2012)
- Teil B** Vorgabe zur Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung – Berechnung des Verteilungsvolumens eines Versorgungsbereichs (VV_{VB})
(Stand: 21. November 2012)
- Teil C** Vorgaben zur angemessenen Vergütung psychotherapeutischer Leistungen
(Stand: 21. November 2012)
- Teil D** Vorgaben zur Berücksichtigung kooperativer Behandlung von Patienten in dafür gebildeten Versorgungsformen
(Stand: 15. Dezember 2011)
- Teil E** Vorgaben zur Vergütung laboratoriumsmedizinischer Leistungen
(Stand: 21. November 2012)
- Teil F** Vorgaben zu den Grundsätzen der Bereinigung des zu erwartenden Honorars gemäß § 87b Abs. 4 Satz 2 SGB V
(Neufassung durch Beschluss des Vorstandes am 25. Juni 2012)

Teil A

im Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband

Vorgaben zu den Honorarverteilungsmaßstäben der Kassenärztlichen Vereinigungen gemäß § 87b Abs. 2 Satz 1 SGB V (GKV-VStG)

1. Die Kassenärztlichen Vereinigungen verteilen gemäß § 87b Abs. 1 SGB V (GKV- VStG) die vereinbarten Gesamtvergütungen an die Ärzte, Psychotherapeuten, Medizinischen Versorgungszentren sowie ermächtigte Einrichtungen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, gemäß einem im Benehmen mit den Verbänden der Krankenkassen auf Landesebene festgelegten Verteilungsmaßstab.
2. Dieser hat gemäß § 87b Abs. 2 Satz 1 SGB V (GKV-VStG) Regelungen vorzusehen, die verhindern, dass die Tätigkeit der Ärzte, Psychotherapeuten, Medizinischen Versorgungszentren sowie ermächtigten Einrichtungen über den zugestandenen Versorgungsauftrag oder den Ermächtigungsumfang hinaus übermäßig ausgedehnt wird.
3. Dabei soll den Ärzten, Psychotherapeuten, Medizinischen Versorgungszentren und ermächtigten Einrichtungen eine Kalkulationssicherheit hinsichtlich der Höhe des zu erwartenden Honorars ermöglicht werden.
4. Ausgangsgröße der Honorarverteilung ist die jeweils für das Abrechnungsquartal von den Krankenkassen mit befreiender Wirkung zu entrichtende morbiditätsbedingte Gesamtvergütung gemäß § 87a Abs. 3 Satz 1 SGB V (GKV-VStG), die unter Berücksichtigung von Teil B der Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung getrennt wird.
5. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat gemäß § 87b Abs. 4 Satz 2 SGB V (GKV-VStG) Vorgaben für die Honorarverteilungsmaßstäbe im Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband zu bestimmen.
6. Sofern die Kassenärztliche Vereinigung keinen Honorarverteilungsmaßstab festgelegt hat, der
 - a. den gesetzlichen Vorgaben in § 87b Abs. 2 Satz 1 SGB V (GKV-VStG),
 - b. den Vorgaben Teil A, Nr. 2. bis 5., und
 - c. den Vorgaben in Teil B bis D, einschließlich Anhang entspricht,

werden die im folgenden gelisteten Regelungen aus Abschnitt I. des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 218. Sitzung am 26. März 2010 zu Teil F zur Berechnung und zur Anpassung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen nach § 87b Abs. 2 und 3 SGB V (GKV-WSG), geändert durch Beschlüsse in der 239., 242., 245., 248. und 256. Sitzung des Bewertungsausschusses analog durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung festgelegt:

- d. Regelung nach den Nrn. 1.1, 1.2, 1.3.1 unter Berücksichtigung der sich ggf. aus der Umsetzung der Vorgaben gemäß Teil D ergebenden Aufschläge für die kooperative Behandlung von Patienten in dafür gebildeten Versorgungsformen, 1.3.2, 1.4, 2.1,
- e. 2.2, 2.3, 2.4 ohne die Regelungen, die in Teil C Nr. 1 bereits vorgegeben sind, 2.5.,
- f. 2.6, 3 (3.1.1 bis 3.9), einschließlich der Anlagen 1 bis 3 und 5 bis 8.

Teil B

im Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenverband

mit Wirkung vom 23. September 2011 bis zum 31. Dezember 2012

geändert durch Beschlüsse des Vorstandes der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vom 27. April 2012, 12. Juni 2012 und 21. November 2012

mit Wirkung zum 1. Juli 2012⁵ bis zum 30. Juni 2013

Vorgabe zur Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung – Berechnung des Verteilungsvolumens eines Versorgungsbereichs (VV_{VB})

1. Die zutreffende kassenübergreifende unbereinigte morbiditätsbedingte Gesamtvergütung des entsprechenden Abrechnungsquartals stellt die Ausgangsgröße für die Ermittlung des versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumens dar und wird gemäß dem Anhang auf den haus- und den fachärztlichen Versorgungsbereich unter Berücksichtigung von 2. bis 5. sowie den Inhalten des Anhangs zu Teil B verteilt. Es entsteht jeweils ein haus- und ein fachärztliches (versorgungsbereichsspezifisches) Verteilungsvolumen.
2. Beim Wechsel des Versorgungsbereichs durch einen Vertragsarzt sind die Verteilungsvolumen der Versorgungsbereiche unbeschadet der Regelung nach 4. nicht anzupassen.
3. Vertragsärzte, die gemäß § 73 SGB V dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören und aus Gründen der Sicherstellung nach dem 1. Juli 2010 eine Genehmigung erhalten, in den Vereinbarungen gemäß § 6 Abs. 2 des Vertrages über die hausärztliche Versorgung genannte Leistungen abzurechnen, erhalten die Vergütungen für den abgerechneten Leistungsbedarf dieser Leistungen aus dem fachärztlichen Vergütungsanteil.
4. Vertragsärzte, die gemäß § 73 SGB V dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören, aus Gründen der Sicherstellung eine Genehmigung besitzen, nach dem 1. Januar 2003 in den Vereinbarungen gemäß § 6 Abs. 2 des Vertrages über die hausärztliche Versorgung genannte Leistungen abzurechnen, und den Versorgungsbereich wechseln, sind die Vergütungen für den abgerechneten Leistungsbedarf dieser Leistungen, soweit sie im Zeitraum vom 1. Januar 2009 bis zum 30. Juni 2010 aus dem Vergütungsvolumen des hausärztlichen Vergütungsbereichs gezahlt werden, quartalsweise auf der Basis des Vorjahresquartals im Vergütungsvolumen des hausärztlichen

⁵ Soweit diese Änderungen von einer Kassenärztlichen Vereinigung nicht mehr bei der Honorarverteilung für das 3. Quartal 2012 berücksichtigt werden können, sind die Vorgaben spätestens mit Wirkung zum 1. Oktober 2012 umzusetzen.

Versorgungsbereiches zu bereinigen und dem Vergütungsvolumen des fachärztlichen Versorgungsbereichs zuzuführen.

5. Sofern in den Jahren 2012 und 2013 die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung aufgrund der Aufnahme einer Vergütungsregelung für ärztliche Leistungen zur Diagnostik und ambulanten Eradikationstherapie von Trägern mit MRSA bereinigt wird, ist das hausärztliche Verteilungsvolumen um 70 vom Hundert des aufgrund der Aufnahme der o. g. Vergütungsregelung bereinigten Vergütungsvolumens und das fachärztliche Vergütungsvolumen um 30 vom Hundert des bereinigten Vergütungsvolumens zu reduzieren.

Übergangsregelung für das 1. Halbjahr 2013

- a) Im Zeitraum vom 1. Januar 2013 bis zum 30. Juni 2013 ist in Schritt 21.) des Anhangs zu Teil B für die Ermittlung des trennungsrelevanten versorgungsübergreifenden Verteilungsvolumens die Ausdeckung der antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der nicht in § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppen sowie der probatorischen Sitzungen (Gebührenordnungsposten 35150) der in § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppen zu berücksichtigen.
- b) Dabei ist der Subtrahend $TVG_1^{Quartal}$ auf Null zu setzen.
- c) Der für die Ausdeckung der psychotherapeutischen Leistungen gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses zu den bereinigten Aufsatzwerten⁶ gesamtvertraglich vereinbarte Abzug von dem trennungsrelevanten versorgungsbereichsübergreifenden Verteilungsvolumen erfolgt nach der Trennung.

⁶ Beschluss des Bewertungsausschusses zu den Vorgaben für ein Verfahren zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs in den durch das SGB V vorgesehenen Fällen und zur Ermittlung der Aufsatzwerte nach § 87a Abs. 4 Satz 1 SGB V und der Anteile der einzelnen Krankenkassen nach § 87a Abs. 4 Satz 2 SGB V gemäß § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V sowie Empfehlungen gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 SGB V und § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V i.V.m. § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Jahr 2013 in seiner 288. Sitzung am 22. Oktober 2012, Nr. 2.2.1, 9. Absatz, Nr. 18.).

Teil C

im Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband

Vorgaben zur angemessenen Vergütung psychotherapeutischer Leistungen

Die mit Beschluss des Bewertungsausschusses empfohlene Vergütung der Leistungen der antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapie sowie der probatorischen Sitzungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung setzt die angemessene Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen gemäß § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V um. Soweit die hierfür notwendige gesamtvertragliche Vereinbarung nicht vorliegt, erfolgt die Vergütung und Steuerung der psychotherapeutischen Leistungen nach Maßgabe der Kassenärztlichen Vereinigung.

Teil D

im Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband

Vorgaben zur Berücksichtigung kooperativer Behandlung von Patienten in dafür gebildeten Versorgungsformen

1. Die Kassenärztliche Vereinigung prüft, ob Tatbestände für eine angemessene Berücksichtigung der kooperativen Behandlung von Patienten in dafür vorgesehenen Versorgungsformen bei der Honorarverteilung vorliegen.
2. Liegen Tatbestände für eine Berücksichtigung vor, kann zur Förderung der gemeinsamen vertragsärztlichen Versorgung in dafür vorgesehenen Versorgungsformen das zu erwartende praxisbezogene Honorar
 - a. bei nicht standortübergreifenden fach- und schwerpunktgleichen Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten der gleichen Arztgruppe um 10 Prozent erhöht werden,
 - b. bei standortübergreifenden fach- und schwerpunktgleichen Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten der gleichen Arztgruppe um 10 Prozent erhöht werden, soweit ein Kooperationsgrad von mindestens 10 % erreicht wird und
 - c. in fach- und schwerpunktübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten, in denen mehrere Ärzte unterschiedlicher Arztgruppen tätig sind, unter Berücksichtigung des Kooperationsgrades der Einrichtung oder Praxis um die in nachstehender Tabelle in Prozent ausgewiesenen Anpassungsfaktoren erhöht werden.

Tabelle: Anpassungsfaktoren in Prozent	
Kooperationsgrad in Prozent	Anpassungsfaktor in Prozent
0 bis unter 10	0
10 bis unter 15	10
15 bis unter 20	15
20 bis unter 25	20
25 bis unter 30	25
30 bis unter 35	30
35 bis unter 40	35
40 und größer	40

- d. Dabei ist der Kooperationsgrad wie folgt definiert: Kooperationsgrad (KG) je Abrechnungsquartal in Prozent = $(\text{relevante Arztfallzahl der Arztpraxis im Vorjahresquartal} / \text{Zahl der relevanten Behandlungsfälle im Vorjahresquartal}) - 1) * 100$.
 - e. Die Kassenärztliche Vereinigung kann ergänzende Regelungen zur Erleichterung der Ermittlung des Kooperationsgrades, zum Beispiel durch Kennzeichnung der Arztfälle, festlegen.
 - f. Die Kassenärztliche Vereinigung kann für förderungswürdige fach- und schwerpunktübergreifende Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinische Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten gemäß c. mit weit überwiegend fach- bzw. schwerpunktungleicher ärztlicher Besetzung einen Anpassungsfaktor in Höhe von 10 % für deren fach- bzw. schwerpunktgleiche Tätigkeit festlegen, auch wenn der Kooperationsgrad den Wert von 10 % unterschreitet.
3. Von den in dem Vorschlag gemäß 2. zur Förderung der gemeinsamen vertragsärztlichen Versorgung in dafür vorgesehenen Versorgungsformen angegebenen Werten kann nach Maßgabe der Kassenärztlichen Vereinigung abgewichen werden.
 4. Die Regelung in 2. ist auch nur in einzelnen Punkten anwendbar.
 5. Von den vorgeschlagenen Zuschlägen gemäß 2. kann die Kassenärztliche Vereinigung abweichende Regelungen festlegen, um der kooperativen Behandlung von Patienten in dafür vorgesehenen Versorgungsformen angemessen Rechnung zu tragen.

Teil E

im Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband

Vorgaben zur Vergütung laboratoriumsmedizinischer Leistungen mit Wirkung zum 1. Oktober 2012⁷⁸⁹

Die Vergütung von Leistungen und Kostenpauschalen der Laboratoriumsmedizin erfolgt innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Im Rahmen der vorgegebenen Trennung der Gesamtvergütungen für den hausärztlichen Versorgungsbereich einerseits und den fachärztlichen Versorgungsbereich andererseits ist vor der Trennung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung unter anderem ein Vorwegabzug für die Vergütung von Leistungen und Kostenpauschalen der Laboratoriumsmedizin vorgesehen. Zur bundesweiten Vereinheitlichung der Vergütung von Leistungen und Kostenpauschalen der Laboratoriumsmedizin gibt die Kassenärztliche Bundesvereinigung mit dem Folgenden Regelungen vor.

1. Bundeseinheitliche Vorgaben

1.1 Ermittlung der Abstufungsquote für Laboratoriumsuntersuchungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM

Die Ermittlung der Abstufungsquote Q für Laboratoriumsuntersuchungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM erfolgt nach den folgenden Berechnungsschritten bundeseinheitlich durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung auf der Basis der Abrechnungen und von den Kassenärztlichen Vereinigungen zu diesem Zweck zur Verfügung gestellten Daten.

- 1.1.1 Ermittlung der Summe der für das Vorjahresabrechnungsquartal gemäß Formel 9 des Schritts 18.) aus dem Anhang zu Teil B der Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß § 87b Abs. 4 SGB V (GKV-VStG) zur Honorarverteilung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen zutreffenden MGW über alle Kassenärztliche Vereinigungen. Bei wirksamer Bereinigung aufgrund des Beitritts von Versicherten zu einem Vertrag gemäß §§ 73b, 73c und 140d SGB V wird der entsprechende Bereinigungsbetrag für das Vorjahresquartal in Abzug gebracht.
- 1.1.2 Zum Vergütungsvolumen gemäß 1.1.1 wird das angeforderte Honorarvolumen des Vorjahresabrechnungsquartals für die Kostenpauschale 40100 für Versandmaterial, Versandgefäße usw. sowie für die Versendung bzw. den Transport von Untersuchungsmaterial, ggf. auch von infektiösem Untersuchungsmaterial, einschließlich der Kosten für die Ermittlung von Untersuchungsergebnissen der Laboratoriumsdiagnostik, ggf. einschließlich der Kosten für die Übermittlung der Gebührenordnungspositionen und der Höhe der Kosten über-

⁷ Soweit diese Vorgaben von einer Kassenärztlichen Vereinigung nicht mehr bei der Honorarverteilung für das 3. Quartal 2012 berücksichtigt werden können, sind die Vorgaben spätestens mit Wirkung zum 1. Oktober 2012 umzusetzen.

⁸ Analog zum Beschluss der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vom 27. April 2012 zu den Vorgaben gemäß § 87b Abs. 4 SGB V zur Honorarverteilung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen sind die Änderungen [im Beschluss des Vorstandes vom 12. Juni 2012] spätestens mit Wirkung zum 1. Oktober 2012 durch die Kassenärztlichen Vereinigungen zu berücksichtigen.

⁹ Analog zum Beschluss der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vom 12. Juni 2012 zu den Vorgaben gemäß § 87b Abs. 4 SGB V zur Honorarverteilung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen sind die Änderungen [im Beschluss des Vorstandes vom 14. August 2012] spätestens mit Wirkung zum 1. Januar 2012 durch die Kassenärztlichen Vereinigungen zu berücksichtigen.

wiesener kurativer-ambulanter Auftragsleistungen des Abschnitts 32.3 EBM hinzuaddiert.

1.1.3 Vom Vergütungsvolumen gemäß 1.1.2 werden folgende Beträge abgezogen:

- Das angeforderte Honorarvolumen des Vorjahresabrechnungsquartals für Konsiliar- und Grundpauschalen für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin, ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin sowie für zur Abrechnung von Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM ermächtigte Laborärzte, Einrichtungen, Krankenhäuser und Institutionen (GOP 12210 und 12220 EBM) multipliziert mit einem Anpassungsfaktor in Höhe von 1,4588. Dabei ist für das Jahr 2012 die Änderung der Abrechnungsbestimmungen für die zur Abrechnung von Kostenerstattungen und Leistungen des Kapitels 32 EBM ermächtigte Laborärzte, Einrichtungen, Krankenhäuser und Institutionen angemessen zu berücksichtigen.
- Das angeforderte Honorarvolumen des Vorjahresabrechnungsquartals für die wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen des Kapitels 32 EBM (GOP 32001 EBM) nach Anwendung der Regelungen in den Ziffern 1. ff. zu den Abschnitten 32.2 und 32.3 EBM.
- Das angeforderte Honorarvolumen des Vorjahresabrechnungsquartals der Gebührenordnungsposition 32025, 32026, 32027, 32035, 32036, 32037, 32038, 32039, 32097 und 32150.
- 90 vom Hundert des angeforderten Honorarvolumens im Vorjahresabrechnungsquartal für die Kostenpauschale 40100 für Versandmaterial, Versandgefäße usw. sowie für die Versendung bzw. den Transport von Untersuchungsmaterial, ggf. auch von infektiösem Untersuchungsmaterial, einschließlich der Kosten für die Ermittlung von Untersuchungsergebnissen der Laboratoriumsdiagnostik, ggf. einschließlich der Kosten für die Übermittlung der Gebührenordnungspositionen und der Höhe der Kosten überwiesener kurativer-ambulanter Auftragsleistungen des Abschnitts 32.3 EBM. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung wird diesen Ansatz der Kostenerstattungen gemäß GOP 40100 EBM der Höhe nach durch Analyse der Auswirkungen der Vorgaben zur Vergütung laboratoriumsmedizinischer Leistungen regelmäßig überprüfen und ggf. anpassen.

1.1.4 Ermittlung des für das Vorjahresabrechnungsquartal insgesamt angeforderten Honorarvolumens für Kostenerstattungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM abzüglich des angeforderten Honorarvolumens der Gebührenordnungspositionen 32025, 32026, 32027, 32035, 32036, 32037, 32038, 32039, 32097 und 32150.

1.1.5 Ermittlung der Abstufungsquote Q durch Division des gemäß 1.1.2 erhöhten und gemäß 1.1.3 reduzierten Vergütungsvolumens nach 1.1.1 durch das Volumen nach 1.1.4.

1.1.6 Die gemäß 1.1.5 ermittelten Abstufungsquoten für das 1. und 2. Quartal werden zu einer Gesamtabstufungsquote für das jeweilige erste Halbjahr zusammengeführt. Satz 1 gilt entsprechend für die gemäß 1.1. 5 ermittelten Abstufungsquoten für das 3. und 4. Quartal.

1.1.7 Die für die Berechnung benötigten Werte gemäß 1.1.1, 1.1.2, 1.1.3 und 1.1.4 werden durch die Kassenärztlichen Vereinigungen für das Abrechnungsquar-

tal jeweils am 1. Arbeitstag des 4. Monats vor Quartalsbeginn an die Kassenärztliche Bundesvereinigung übermittelt. Die Übermittlung dieser Daten wird in einer technischen Vorgabe durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung festgelegt.

1.2 Bekanntgabe der bundeseinheitlichen Vorgaben

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung gibt die bundeseinheitlich anzuwendende Abstufungsquote „Q“ gemäß 1.1.5 je Abrechnungsquartal des jeweiligen Halbjahres in einem Rundschreiben spätestens am 8. des Vormonats vor Halbjahresbeginn an die Kassenärztlichen Vereinigungen bekannt.

2. KV-spezifisches Vergütungsvolumen für Leistungen und Kostenpauschalen der Laboratoriumsmedizin

Für die Vergütung

- der Konsiliar- und Grundpauschalen für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin, ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin sowie für zur Abrechnung von Kostenerstattungen ermächtigte Laborärzte, Einrichtungen, Krankenhäuser und Institutionen (GOP 12210 und 12220 EBM),
- die wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen des Kapitels 32 EBM (GOP 32001 EBM) nach Anwendung der Regelungen in den Ziffern 1. ff. zu den Abschnitten 32.2 und 32.3 EBM,
- der Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM und
- der Kostenpauschale 40100 für Versandmaterial, Versandgefäße usw. sowie für die Versendung bzw. den Transport von Untersuchungsmaterial, ggf. auch von infektiösem Untersuchungsmaterial, einschließlich der Kosten für die Übermittlung von Untersuchungsergebnissen der Laboratoriumsdiagnostik, ggf. einschließlich der Kosten für die Übermittlung der Gebührenordnungspositionen und der Höhe der Kosten überwiesener kurativer-ambulanter Auftragsleistungen des Abschnitts 32.3 EBM

wird das wie folgt zu ermittelnde Vergütungsvolumen je Kassenärztlicher Vereinigung zur Verfügung gestellt:

- 2.1 Vergütungsvolumen gemäß Schritt 18.) aus dem Anhang zu Teil B der Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß § 87b Abs. 4 SGB V (GKV-VStG) zur Honorarverteilung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen.
(=VG₁)
- 2.2 Das Vergütungsvolumen gemäß 2.1 wird ergänzt um den voraussichtlichen Saldo aus den Forderungen aus den in Schritt 18.), Anhang zu Teil B der Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß § 87b Abs. 4 SGB V (GKV-VStG) zur Honorarverteilung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen genannten Gebührenordnungspositionen für die Behandlung bzw. Untersu-

chung von Material bereichsfremder Versicherter durch bereichseigene Vertragsärzte und den Verbindlichkeiten aus oben genannten Gebührenordnungspositionen für die Behandlung bzw. Untersuchung von Material bereichseigener Versicherter durch bereichsfremde Vertragsärzte des Abrechnungsquartals nach Anwendung der Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß § 75 Abs. 7 Satz 1 Nummer 2 SGB V

$$VG_2 = VG_1 + LFKZ_{VJQ}$$

- 2.3 Zusätzlich ist das mit der für das aktuelle Abrechnungsquartal vereinbarten Veränderungsrate der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung multiplizierte Vergütungsvolumen für die Kostenpauschale 40100 für Versandmaterial, Versandgefäße usw. sowie für die Versendung bzw. den Transport von Untersuchungsmaterial, ggf. auch von infektiösem Untersuchungsmaterial, einschließlich der Kosten für die Übermittlung von Untersuchungsergebnissen der Laboratoriumsdiagnostik, ggf. einschließlich der Kosten für die Übermittlung der Gebührenordnungspositionen und der Höhe der Kosten überwiesener kurativer-ambulanter Auftragsleistungen des Abschnitts 32.3 EBM, die im Rahmen der Untersuchung von Material bereichseigener und bereichsfremder Versicherter durch bereichseigene Vertragsärzte abgerechnet wurden, nach Anforderung im Vorjahresabrechnungsquartal aus den versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumen nach Trennung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gemäß Teil B der Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß § 87b Abs. 4 SGB V (GKV-VStG) zur Honorarverteilung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen zur Verfügung zu stellen.

$$VG_3 = VG_2 + VG_{40100} \times VR$$

3. Vergütung der Ärzte

3.1 Vergütung des Laborwirtschaftlichkeitsbonus

Die Gebührenordnungsposition 32001 EBM für die wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen des Kapitels 32 EBM wird nach Anwendung der Regelungen in den Ziffern 1. ff. zu den Abschnitten 32.2 und 32.3 EBM zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung aus dem zur Verfügung stehenden Vergütungsvolumen VG_3 gemäß 2.3 vergütet.

3.2 Vergütung der Grundleistungen für Laborärzte

Die Konsiliar- und Grundpauschalen für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin, ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin sowie für zur Abrechnung von Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM ermächtigte Laborärzte, Einrichtungen, Krankenhäuser und Institutionen (GOP 12210 und 12220 EBM) werden zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung multipliziert mit einem Anpassungsfaktor in Höhe von 1,4588 aus dem zur Verfügung stehenden Vergütungsvolumen VG_3 gemäß 2.3 vergütet.

3.3 Vergütung der Laborversandpauschale

Die Kostenpauschale 40100 für Versandmaterial, Versandgefäße usw. sowie für die Versendung bzw. den Transport von Untersuchungsmaterial, ggf. auch von infektiösem Untersuchungsmaterial, einschließlich der Kosten für die Übermittlung von Untersuchungsergebnissen der Laboratoriumsdiagnostik, ggf. einschließlich der Kosten für die Übermittlung der Gebührenordnungspositionen und der Höhe der Kosten überwiesener kurativer-ambulanter Auftragsleistungen des Abschnitts 32.3 EBM werden zum Preis der regionalen Euro-Gebührenordnung aus dem Vergütungsvolumen VG_3 gemäß 2.3 vergütet.

3.4 Vergütung der Laboratoriumsuntersuchungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM

Die Gebührenordnungspositionen 32025, 32026, 32027, 32035, 32036, 32037, 32038, 32039, 32097 und 32150 werden zum Preis der regionalen Euro-Gebührenordnung aus dem Vergütungsvolumen VG_3 vergütet. Die weiteren Laboratoriumsuntersuchungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM werden – sofern diese nicht außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet werden – unter Berücksichtigung der Regelungen gemäß Nr. 3.5 mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung multipliziert mit der bundeseinheitlichen Abstufungsquote Q gemäß 1.1.5 aus dem Vergütungsvolumen VG_3 gemäß 2.3 vergütet. Für Abschnitt 32.2 ist die Regelung für Laborgemeinschaften in Ziffer 1 Satz 2 zum Abschnitt 32.2 EBM zu berücksichtigen.

3.5 Vergütung der speziellen Laboratoriumsuntersuchungen bei „Nicht-Laborärzten“

3.5.1 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 einer fallwertbezogenen Budgetierung. Die in den Budgets enthaltenen Kostenerstattungen sind je Arztpraxis und Abrechnungsquartal nur bis zu einem begrenzten Gesamthonorarvolumen unter Berücksichtigung von Nr. 3.4 zu vergüten.

3.5.2 Die Höhe der Budgets ergibt sich aus dem Produkt des für die Arztgruppe vorgegebenen, mit der bundeseinheitlichen Abstufungsquote Q gemäß 1.1.15 multiplizierten Referenz-Fallwertes und der Zahl der Behandlungsfälle gemäß § 21 Abs. 1 BMV-Ärzte bzw. § 25 Abs. 1 Arzt-/Ersatzkassenvertrag des Abrechnungsquartals der Arztpraxis.

3.5.3 Referenz-Fallwerte für die Ermittlung des Budgets nach 3.5.2

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.

- 3.5.4 Die Kassenärztliche Vereinigung kann darüber hinaus Praxen mit Ärzten aus nicht in 3.5.3 genannten Arztgruppen einer Referenz-Fallwertgruppe nach 3.5.3 zuordnen und eine entsprechende Budgetierung nach 3.5.1 durchführen.
- 3.5.5 Die Kassenärztliche Vereinigung kann im Einzelfall oder für die Arztgruppen insgesamt das Budget nach 3.5.2 erweitern, aussetzen oder bedarfsgerecht anpassen.

3.6 Finanzierung der Leistungen

Ein Verfahren bei Über- und Unterschreitung des Vergütungsvolumens VG_3 durch die Vergütungen nach 3.1 bis 3.5 ist durch die Kassenärztliche Vereinigung zu bestimmen.

4. Übergangsregelung

- 4.1.1 Abweichend von der Regelung in Ziffer 1.1.6 erfolgte die Ermittlung der Abstufungsquote Q des 3. Quartals 2012 auf der Grundlage der Datenbereitstellung der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Umfrage der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in der Information der KBV 41/2012 vom 6. März 2012.
- 4.1.2 Abweichend von der Regelung in Ziffer 1.1 erfolgt die Bestimmung der Abstufungsquote Q des 3. Quartals 2012 ohne die gesonderte Berücksichtigung der Gebührenordnungsposition 32025, 32026, 32027, 32035, 32036, 32037, 32038, 32039, 32097 und 32150.
- 4.1.3 Abweichend von der Regelung in Ziffer 1.2 erfolgt die Bekanntmachung der Abstufungsquote Q des 3. Quartals 2012 in einem Rundschreiben am 27. April 2012.

Teil F

im Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband

Vorgaben zu den Grundsätzen der Bereinigung des zu erwartenden Honorars gemäß § 87b Abs. 4 Satz 2 SGB V mit Wirkung zum 1. Juli 2012¹⁰

Gemäß §§ 73b Abs. 7, 73c Abs. 6 und 140d Abs. 2 SGB V haben die Partner der Gesamtverträge nach § 83 Abs. 1 SGB V ab dem 1. Januar 2009 den Behandlungsbedarf nach § 87a Abs. 3 Satz 2 SGB V entsprechend der Zahl und der Morbiditätsstruktur der teilnehmenden Versicherten sowie dem vereinbarten Versorgungsauftrag zu bereinigen.

Erfolgt eine Bereinigung nach diesen Vorschriften haben die Kassenärztlichen Vereinigungen in der Honorarverteilung nach § 87b Abs. 2 Satz 1 SGB V (nach GKV-VStG) folgende Grundsätze einzuhalten:

1. Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben das Verfahren zur Bereinigung der (zu erwartenden) Honorare innerhalb der Honorarverteilungsmaßstäbe (im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen) zu regeln.
2. Bei der Bereinigung des (zu erwartenden) Honorars ist sicherzustellen, dass für die gleichen Quartale und in der Höhe der Summe der Bereinigung der morbiditätsbedingte Gesamtvergütung bereinigt wird.
3. Die Bereinigung des (zu erwartenden) Honorars erfolgt ausschließlich für bereinigungsrelevante selektivvertragliche Leistungen (Ziffernkranz des Selektivvertrages).
4. Für die Ermittlung der Höhe der Bereinigung des zu erwartenden Honorars sind ausschließlich die kollektivvertraglichen Honorarregelungen nach §§ 83, 85 und 87a SGB V zur morbiditätsbedingten Gesamtvergütung der Partner der Gesamtverträge heranzuziehen.
5. Auswirkungen der Selektivverträge auf die Höhe der Rückstellungen sowie der Vorwegabzüge werden entsprechend der jeweiligen Anteile berücksichtigt.
6. Mehrfachbereinigungen bei einem Versicherten bei Abschluss von mehreren Selektivverträgen durch eine Krankenkasse werden vermieden.
7. Die Bereinigung des (zu erwartenden) Honorars betrifft nur Ärzte, Praxen und Arztgruppen, welche an einem Selektivvertrag teilnehmen. Bei einer nachgewiesenen Auswirkung auf die (verbleibende) Morbidität im Kollektivvertrag darf auch eine Bereinigung von maximal 2,5 v. H. des (zu erwartenden) Honorars von Ärzten, Praxen und Arztgruppen vorgenommen werden, welche nicht am Selektivvertrag teilnehmen.

¹⁰ Soweit diese Vorgaben von einer Kassenärztlichen Vereinigung aufgrund bereits verhandelter Bereinigungsverträge nicht mehr bei der Honorarverteilung für das 3. Quartal 2012 berücksichtigt werden können, sind die Vorgaben spätestens mit Wirkung zum 1. Oktober 2012 umzusetzen.

8. Bei Ärzten und Psychotherapeuten, die einer Kapazitätsgrenze unterliegen wird abweichend von den vorherigen Regelungen wie folgt bereinigt.
 - a. Zunächst wird das Vergütungsvolumen für die antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM von den in § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppen sowie ggf. das arztgruppenspezifische Verteilungsvolumen entsprechend der Höhe der Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung reduziert.
 - b. Um die Auswirkung der quartalsbezogenen Bereinigung innerhalb des Quartals und auch quartalsversetzt für die nicht am Selektivvertrag teilnehmenden Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten von maximal 2,5 Prozentpunkte zu gewährleisten, darf die Veränderung der Auszahlungsquote für die sonstigen psychotherapeutischen Leistungen (nicht antrags- und genehmigungspflichtige Psychotherapie) diesen Wert nicht überschreiten.
 - c. Sofern eine Überschreitung bei der Veränderung der Auszahlungsquote der sonstigen psychotherapeutischen Leistungen von 2,5 Prozentpunkte erfolgt, ist das Überschreitungsvolumen ausschließlich von den an den Selektivverträgen teilnehmenden Ärzten und Psychotherapeuten durch Absenkung derer Auszahlungsquote für alle psychotherapeutischen Leistungen zu tragen.
 - d. Die Kassenärztliche Vereinigung kann darüber hinaus eine Bereinigung der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze vornehmen.
9. Die Kassenärztlichen Vereinigungen können die Finanzierung ihrer gesetzlichen Aufgaben entsprechend berücksichtigen.

[Lesefassung]**Anhang zu Teil B**

**der Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß
§ 87b Abs. 4 SGB V (GKV-VStG) zur Honorarverteilung durch die
Kassenärztlichen Vereinigungen**

mit Wirkung vom 23. September 2011 bis zum 31. Dezember 2012

**geändert durch Beschlüsse des Vorstandes der Kassenärztlichen Bundesver-
einigung vom 27. April 2012, 12. Juni 2012 und 21. November 2012**

mit Wirkung zum 1. Juli 2012¹¹ bis zum 30. Juni 2013

<p>Vorgabe zur Berechnung des versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumens</p>
--

Die Kassenärztlichen Vereinigungen ermitteln mit Wirkung ab dem 3. Abrechnungsquartal

2010 in jedem Abrechnungsquartal aus der für das Quartal zutreffenden kassenübergreifenden unbereinigten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung das versorgungsbereichsspezifische Verteilungsvolumen mit folgenden Schritten.

Die folgenden Berechnungen sind ohne Berücksichtigung von Bereinigungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) aufgrund des Beitritts von Versicherten zu einem Vertrag gemäß §§ 73b, 73c und 140d SGB V durchzuführen. Zur Umsetzung sind in den Schritten 3.), 8.a), 10.) und 18.) bei Vorliegen einer wirksamen Bereinigung für den Aufsatzzeitraum besondere Regelungen vorgesehen. Die Schritte 24.) ff. gelten nicht bei einer wirksamen Bereinigung im Vergleichszeitraum des Vorjahres.

Die Ermittlung der zutreffenden MGV für die Vorwegabzüge in den Schritten 17.) und 19.) erfolgt unter Berücksichtigung der Entwicklung der der MGV zugrundeliegenden Anzahl der Versicherten im Abrechnungsquartal gegenüber dem Vorjahresabrechnungsquartal. In Schritt 18.) ist die Entwicklung der Versichertenzahl im Abrechnungsquartal gegenüber dem entsprechenden Quartal des Jahres 2008 zu berücksichtigen.

Ermittlung des Trennungsfaktors

Schritt 1.) Feststellung der für die Abrechnungsquartale 1./2009 und 2./2009 insgesamt zutreffenden kassenübergreifenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV für bereichseigene und bereichsfremde Vertragsärzte und -psychotherapeuten) gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 15. Sitzung am 2. September 2009, Beschluss Teil B, Nr. 6. insgesamt für die im Abrechnungsquartal zutreffende Anzahl der Versicherten aller Krankenkassen mit Wohnsitz im Bereich des Bezirks der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung, für alle Ver-

¹¹ Soweit diese Änderungen von einer Kassenärztlichen Vereinigung nicht mehr bei der Honorarverteilung für das 3. Quartal 2012 berücksichtigt werden können, sind die Vorgaben spätestens mit Wirkung zum 1. Oktober 2012 umzusetzen.

tragsärzte und -psychotherapeuten, MVZ, ermächtigten Ärzte, Einrichtungen, Krankenhäuser und Institutionen, für diejenigen ärztlichen Leistungen und Kostenerstattungen, die in der kassenübergreifenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 2. September 2009 enthalten sind.

(= MG^V²⁰⁰⁹)

Schritt 2.) Feststellung der für die Abrechnungsquartale 1./2009 und 2./2009 insgesamt zutreffenden MG^V (MG^V für die entsprechende Behandlung bereichseigener Versicherter durch bereichseigene und bereichsfremde Vertragsärzte und -psychotherapeuten) für die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM der in § 87b Abs. 2 Satz 6 SGB V genannten Arztgruppen.

(= TVG¹²⁰⁰⁹)

Schritt 3.) Feststellung der für die Abrechnungsquartale 1./2009 und 2./2009 insgesamt zutreffenden MG^V (MG^V für die entsprechende Behandlung bzw. Untersuchung von Material bereichseigener Versicherter durch bereichseigene und bereichsfremde Vertragsärzte) für

- die Konsiliar- und Grundpauschale für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin, ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin (GOP 12210 und 12220 EBM),
- die Grundpauschale für zur Abrechnung von Kostenerstattungen und Leistungen des Kapitels 32 EBM ermächtigte Laborärzte, Einrichtungen, Krankenhäuser und Institutionen (GOP 01320),
- die wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen des Kapitels 32 (GOP 32001),
- Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM.

(= TVG²²⁰⁰⁹)

Vorgehen bei wirksamer Bereinigung im 1. und/oder 2. Quartal 2009 aufgrund des Beitritts von Versicherten zu einem Vertrag gemäß §§ 73b, 73c und 140d SGB V: Sofern im Aufsatzzeitraum 1./2009 und/oder 2./2009 aufgrund von Selektivverträgen keine vollständigen Daten zum o. g. Leistungsbereich vorliegen, sind zur Bemessung der zutreffenden MG^V die Daten der Abrechnungsquartale 1./2007 und 2./2007 gemäß Schritt 8.) zu verwenden. Zur Berücksichtigung der bis zum vorgesehenen Aufsatzzeitraum 1./2009 und 2./2009 eingetretenen Weiterentwicklung des Leistungsbereichs ist der auf der Basis der Abrechnungsquartale 1./2007 und 2./2007 festgestellte Wert mit dem Faktor 1,049 zu multiplizieren.

Schritt 4.) Feststellung der für die Abrechnungsquartale 1./2009 und 2./2009 insgesamt zutreffenden MG^V (MG^V für die entsprechende Behandlung bereichseigener Versicherter durch bereichseigene und bereichsfremde Vertragsärzte) für die abgerechneten Leistungen und Kostenerstattungen des

EBM bzw. vereinbarten Vergütungen ohne die Vergütung, die bereits mit Schritt 3. erfasst ist, für den von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung organisierten Not(fall)dienst.

(= TVG_3^{2009})

Schritt 5.) Feststellung der für die Abrechnungsquartale 1./2009 und 2./2009 insgesamt zutreffenden MGV (MGV für die entsprechende Behandlung bereichseigener Versicherter durch bereichseigene und bereichsfremde Ärzte, Institute und Krankenhäuser) für die Notfallbehandlung durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser während der Zeiten des organisierten Notdienstes gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 17. Sitzung am 16. Dezember 2009.

(= TVG_4^{2009})

Schritt 6.) Ermittlung der für den Trennungsfaktor zutreffenden trennungsrelevanten kassenübergreifenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

$Trennung_{VG} = MGV^{2009} - TVG_1^{2009} - TVG_2^{2009} - TVG_3^{2009} - TVG_4^{2009}$

[Formel 1]

Schritt 7.) Feststellung der für die Abrechnungsquartale 1./2009 und 2./2009 insgesamt für den hausärztlichen Versorgungsbereich zutreffenden kassenübergreifenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (dem hausärztlichen Versorgungsbereich zugeordnete MGV für bereichseigene und bereichsfremde Hausärzte) in der Abgrenzung wie in Schritt 1.

(= $MGV_{HÄ}^{2009}$)

Schritt 8.) Ermittlung des für die Abrechnungsquartale 1./2007 und 2./2007 insgesamt zutreffenden Honorars (Honorar für die entsprechende Behandlung bzw. Untersuchung von Material bereichseigener und bereichsfremder Versicherter durch bereichseigene Vertragsärzte) für

- die Konsiliar- und Grundpauschale für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin, ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin (GOP 12210 und 12220 EBM),
- die Grundpauschale für der Abrechnung von Kostenerstattungen und Leistungen des Kapitels 32 EBM ermächtigte Ärzte, Einrichtungen, Krankenhäuser und Institutionen (GOP 01310 bis 01312),
- die wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen des Kapitels 32 (GOP 32001),
- Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM.

(= LAB^{2007})

Schritt 8.a) Ermittlung des für die Abrechnungsquartale 1./2009 und 2./2009 insgesamt zutreffenden Honorars (Honorar für die entsprechende Behandlung bzw. Untersuchung von Material bereichseigener und bereichsfremder Versicherter durch bereichseigene Vertragsärzte) für

- die Konsiliar- und Grundpauschale für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin, ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin (GOP 12210 und 12220 EBM),
- die Grundpauschale für der Abrechnung von Kostenerstattungen und Leistungen des Kapitels 32 EBM ermächtigte Ärzte, Einrichtungen, Krankenhäuser und Institutionen (GOP 01320),
- die wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen des Kapitels 32 (GOP 32001),
- Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM.
(= LAB²⁰⁰⁹)

Bei wirksamer Bereinigung im 1. und/oder 2. Quartal 2009 aufgrund des Beitritts von Versicherten zu einem Vertrag gemäß §§ 73b, 73c und 140d SGB V entfällt Schritt 8.a).

Schritt 9.) Ermittlung des für die Abrechnungsquartale 1./2007 und 2./2007 insgesamt zutreffenden Honorars (Honorar für die entsprechende Behandlung bzw. Untersuchung von Material bereichseigener und bereichsfremder Versicherter durch bereichseigene Hausärzte) für die zur hausärztlichen Versorgung zu diesem Zeitpunkt zugelassenen Vertragsärzte für

- die wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen des Kapitels 32 (GOP 32001),
- Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM.

$$LAB_{H\ddot{A}}^{2007} = VG (\text{Kosten Kap.32})_{H\ddot{A}}^{2007} + VG (\text{GOP 32001})_{H\ddot{A}}^{2007}$$

[Formel 2]

Schritt 10.) Ermittlung der für die Abrechnungsquartale 1./2009 und 2./2009 insgesamt zutreffenden MGV (MGV für die entsprechende Behandlung bzw. Untersuchung von Material bereichseigener Versicherter durch bereichseigene und bereichsfremde Hausärzte) für die zur hausärztlichen Versorgung zu diesem Zeitpunkt zugelassenen Vertragsärzte für

- die wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen des Kapitels 32 (GOP 32001),
- Leistungen und Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM.

$$TVG_{2H\ddot{A}}^{2009} = LAB_{H\ddot{A}}^{2007} / LAB^{2007} \times LAB^{2009} - LFKZ_{H\ddot{A}}^{2009}$$

[Formel 3]

wobei $LFKZ_{H\ddot{A}}^{2009}$ den Saldo aus den Forderungen für die Behandlung bzw. Untersuchung von Material bereichsfremder Versicherter durch bereichseigene Hausärzte und den Verbindlichkeiten für die Behandlung bzw. Untersuchung von Material bereichseigener Versicherter durch bereichsfremde Hausärzte bezeichnet.

Bei wirksamer Bereinigung im 1. und/oder 2. Quartal 2009 aufgrund des Beitritts von Versicherten zu einem Vertrag gemäß §§ 73b, 73c und 140d SGB V wird die Formel 3 durch die folgende ersetzt:

$$TVG_{2H\ddot{A}}^{2009} = LAB_{H\ddot{A}}^{2007} \times 1,049 - LFKZ_{H\ddot{A}}^{2009}$$

Schritt 11.) Ermittlung der Anzahl der in den Abrechnungsquartalen 1./2009 und 2./2009 durchschnittlich an der vertragsärztlichen Versorgung im jeweiligen KV-Bezirk teilnehmenden Ärzte, Institute und Krankenhäuser. Dabei werden zugelassene und angestellte Vertragsärzte jeweils gemäß ihres Umfangs an der vertragsärztlichen Tätigkeit lt. Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid, ermächtigte Institute und Krankenhäuser jeweils mit dem Faktor 1 sowie die Anzahl der Ermächtigungen gezählt. Vertragspsychotherapeuten werden bei der Zählung nicht berücksichtigt.

Schritt 12.) Ermittlung der für die Abrechnungsquartale 1./2009 und 2./2009 insgesamt zutreffenden durchschnittlichen MGV (MGV für die entsprechende Behandlung bereichseigener Versicherter durch bereichseigene und bereichsfremde Vertragsärzte) für die abgerechneten Leistungen und Kostenerstattungen des EBM bzw. vereinbarten Vergütungen für den von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung organisierten Not(fall)dienst, je Arzt gemäß Schritt 11.)

$$TVG_3^{2009} \text{ je Arzt} = TVG_3^{2009} / \text{Anzahl der \u00c4rzte gem. Schritt 11.}$$

[Formel 4]

Schritt 13.) Ermittlung der für die Abrechnungsquartale 1./2009 und 2./2009 insgesamt zutreffenden durchschnittlichen MGV (MGV für die entsprechende Behandlung bereichseigener Versicherter durch bereichseigene und bereichsfremde Hausärzte) für die abgerechneten Leistungen und Kostenerstattungen des EBM für den von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung organisierten Not(fall)dienst, für die zu diesem Zeitpunkt im hausärztlichen Versorgungsbereich zugelassenen Vertragsärzte bzw. MVZ.

$$TVG_{3H\ddot{A}}^{2009} = TVG_3^{2009} \text{ je Arzt} \times \text{Anzahl der dem haus\u00e4rztlichen Versorgungsbereich zuzuordnenden \u00c4rzte gem. Schritt 11.}$$

[Formel 5]

Schritt 14.) Ermittlung der für den Trennungsfaktor zutreffenden trennungsrelevanten hausärztlichen kassenübergreifenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

$$\text{Trennung}_{\text{VGHÄ}} = \text{MGV}_{\text{HÄ}}^{2009} - \text{TVG}_{2\text{HÄ}}^{2009} - \text{TVG}_{3\text{HÄ}}^{2009}$$

[Formel 6]

Schritt 15.) Ermittlung des Trennungsfaktors.

$$\text{TF} = \text{Trennung}_{\text{VGHÄ}} / \text{Trennung}_{\text{VG}}$$

[Formel 7]

Ermittlung des trennungsrelevanten versorgungsbereichsübergreifenden Verteilungsvolumens in einem Abrechnungsquartal

Schritt 16.) Feststellung der für das Abrechnungsquartal zutreffenden kassenübergreifenden unbereinigten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV für bereichseigene und bereichsfremde Vertragsärzte und -psychotherapeuten) für das entsprechende Abrechnungsquartal insgesamt für die im Abrechnungsquartal zutreffende Anzahl der Versicherten aller Krankenkassen mit Wohnsitz im Bereich des Bezirks der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung, für alle Vertragsärzte und -psychotherapeuten, MVZ, ermächtigten Ärzte, Einrichtungen, Krankenhäuser und Institutionen.

$$(= \text{MGV}_{\text{KV}^{\text{Quartal}}})$$

Schritt 17.) Ermittlung der für das Vorjahresabrechnungsquartal zutreffenden und um die für das entsprechende Abrechnungsquartal gültige Veränderungsrate (VR) gesteigerten MGV (MGV für die entsprechende Behandlung bereichseigener Versicherter durch bereichseigene und bereichsfremde Vertragsärzte und -psychotherapeuten) für die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM der in § 87b Abs. 2 Satz 6 SGB V genannten Arztgruppen, zzgl. der Anpassung gemäß Beschluss Teil B, 3.3, für diejenigen ärztlichen Leistungen und Kostenerstattungen, die in der kassenübergreifenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 2. September 2009 enthalten sind.

$$\text{TVG}_1^{\text{Quartal}} = \text{VG}_{\text{VJQ}} (\text{Kap. 35.2 EBM}) \times \text{VR} + 0,001722 \times \text{MGV}_{\text{KV}^{\text{Quartal}}}$$

[Formel 8]

Schritt 18.) Ermittlung der für das aktuelle Abrechnungsquartal zutreffenden MGV (MGV für die entsprechende Behandlung bzw. Untersuchung von Material bereichseigener Versicherter durch bereichseigene und bereichsfremde Vertragsärzte) wie folgt:

- a. Brutto-Leistungsbedarf in Punkten im jeweiligen Quartal im Jahr 2008¹² entsprechend der Datenlieferung „ARZTRG87c4“ für
- die Konsiliar- und Grundpauschale für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin, ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin (GOP 12210 und 12220 EBM) unter Berücksichtigung des Anpassungsfaktors für die GOP 12220 gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 7. Sitzung vom 27./28. August 2008, Teil A, Nr. 2.4, in Höhe von 0,6407.
 - die Grundpauschale (GOP 01310, 01311, 01312) bzw. die Konsiliarpauschale (GOP 12210) für zur Abrechnung von Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM ermächtigte Ärzte, Einrichtungen, Krankenhäuser und Institutionen,
 - die GOP 32001 nach Anwendung der Regelungen in den Ziffern 1. ff. zu den Abschnitten 32.2 und 32.3 EBM,
 - Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM.

Dabei sind in Euro bewertete Leistungen mit dem Orientierungswert des Jahres 2010 in Höhe von 3,5048 Cent in Punkte umzurechnen.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung stellt jeder Kassenärztlichen Vereinigung für die Gebührenordnungspositionen 01310, 01311 und 01312 den jeweiligen Anteil der zur Abrechnung von Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM ermächtigten Ärzten, Einrichtungen, Krankenhäuser und Institutionen bezogen auf die Versicherten mit Wohnort im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung zur Verfügung.

- b. Das Punktzahlvolumen wird mit der rechnerischen bundesdurchschnittlichen Honorarverteilungsquote (HVV-Quote) für die unter a. genannten Leistungen des jeweiligen Quartals des Jahres 2008 multipliziert.
- c. Zur Fortschreibung auf das aktuelle Abrechnungsquartal wird der nach b. ermittelte Wert mit den bis zum aktuellen Abrechnungsquartal für jedes Jahr vereinbarten Veränderungsraten der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung multipliziert.
- d. Aus der Multiplikation des nach c. ermittelten Wertes mit dem jeweils gültigen regionalen Punktwert gemäß § 87a Abs. 2 SGB V resultiert die zutreffende MGV im aktuellen Abrechnungsquartal.

$TVG_{\text{Quartal}} = (\text{angepasster}) \text{ Brutto-LB}_{\text{ARZTRG87c4, Q2008}} (\text{Labor}) \times \text{HVV-}$

$\text{Quote}(\text{Labor}) \times \prod_{j=2009}^{\text{Quartal}} \text{VR}_j \times \text{reg.PW}_{\text{KV}}^{\text{Quartal}}$

[Formel 9]

¹² Vorgehen bei wirksamer Bereinigung: Sofern im Aufsatzzeitraum 2008 aufgrund von Selektivverträgen keine vollständigen Daten zum Leistungsbereich vorliegen, sind zur Bemessung der zutreffenden MGV die Leistungshäufigkeiten der letztverfügbaren vollständigen Abrechnungsquartale unter Beachtung der Bewertung der Leistungen im Jahr 2008 zu verwenden.

Schritt 19.) Ermittlung der für das Vorjahresabrechnungsquartal zutreffenden und um die für das entsprechende Abrechnungsquartal gültige Veränderungsrate (VR) gesteigerten MGV (MGV für die entsprechende Behandlung bereichseigener Versicherter durch bereichseigene und bereichsfremde Vertragsärzte) für die abgerechneten Leistungen und Kostenerstattungen des EBM ohne Vergütung, die bereits mit Schritt 18.) erfasst ist, für den von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung organisierten Not(fall)dienst und für die Notfallbehandlung während der Zeiten des organisierten Notdienstes gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 17. Sitzung am 16. Dezember 2009 durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Institute und Krankenhäuser.

$$TVG_{3^{Quartal}} = VG_{VJQ} (NFD) \times VR$$

[Formel 10]

Schritt 20.) Ermittlung der Teilvergütung in Höhe von 0,1635 vom Hundert aus $MGV_{KV^{Quartal}}$ gemäß Beschluss Teil B, 3.3. gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 15. Sitzung am 2. September 2009

$$TVG_{4^{Quartal}} = MG_{V_{KV^{Quartal}}} \times 0,001635$$

[Formel 11]

Schritt 21.) Ermittlung des trennungsrelevanten versorgungsbereichsübergreifenden Verteilungsvolumens in einem Abrechnungsquartal

$$VüV_{KV^{Quartal}} = MG_{V_{KV^{Quartal}}} - TVG_{1^{Quartal}} - TVG_{2^{Quartal}} - TVG_{3^{Quartal}} - TVG_{4^{Quartal}}$$

[Formel 12]

Ermittlung des hausärztlichen Verteilungsvolumens in einem Abrechnungsquartal

Schritt 22.) Ermittlung des hausärztlichen Verteilungsvolumens

$$VV_{HÄ^{Quartal}} = VüV_{KV^{Quartal}} \times TF + TVG_{4^{Quartal}} \times 0,15$$

[Formel 13]

Ermittlung des fachärztlichen Verteilungsvolumens in einem Abrechnungsquartal

Schritt 23.) Ermittlung des fachärztlichen Verteilungsvolumens

$$VV_{FÄ^{Quartal}} = VüV_{KV^{Quartal}} - VV_{HÄ^{Quartal}} + TVG_{4^{Quartal}}$$

[Formel 14]

Konvergenz für die Anpassung der versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumen (gilt nicht bei wirksamer Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung aufgrund von Selektivverträgen im Vergleichszeitraum des Vorjahres)

Schritt 24.) Ermittlung der für das Vorjahresabrechnungsquartal für den hausärztlichen Versorgungsbereich zutreffenden kassenübergreifenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (dem hausärztlichen Versorgungsbereich zugeordnete MGV für bereichseigene und bereichsfremde Hausärzte) in der Abgrenzung wie in Schritt 16.) gesteigert um die Veränderungsrate(n) (VR) im Beschluss des Bewertungsausschusses für das entsprechende Abrechnungsquartal unter Berücksichtigung der in diesem Anhang aufgeführten Bereinigungsvorschriften

$$MVG_{1H\ddot{A}}^{VJQ} = MG_{KV}^{VJQ} \times VR$$

[Formel 15]

Schritt 25.) Ermittlung der für das Vorjahresabrechnungsquartal zutreffenden für den hausärztlichen Versorgungsbereich zutreffenden MGV (MGV für die entsprechende Behandlung bzw. Untersuchung von Material bereichseigener Versicherter durch bereichseigene und bereichsfremde Hausärzte) für

- die GOP 32001,
- Leistungen und Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM.

$$TVG_{2H\ddot{A}}^{VJQ} = VG_{VJQ}^{H\ddot{A}}(\text{Labor}) \times VR$$

[Formel 16]

Schritt 26.) Ermittlung der für das Vorjahresabrechnungsquartal zutreffenden und gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses mit VR angepassten, für den hausärztlichen Versorgungsbereich zutreffenden MGV (MGV für die entsprechende Behandlung bereichseigener Versicherter durch bereichseigene und bereichsfremde Hausärzte) für die abgerechneten Leistungen und Kostenerstattungen des EBM ohne Vergütung, die bereits mit Schritt 25.) erfasst ist, für den von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung organisierten Not(fall)dienst und für die Notfallbehandlung während der Zeiten des organisierten Notdienstes gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 17. Sitzung am 16. Dezember 2009 durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Institute und Krankenhäuser

$$TVG_{3H\ddot{A}}^{VJQ} = VG_{VJQ}(\text{NFD}) \times VR$$

[Formel 17]

Schritt 27.) Ermittlung der für das Vorjahresabrechnungsquartal für den hausärztlichen Versorgungsbereich zutreffenden kassenübergreifenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (dem hausärztlichen Versorgungsbereich zugeordnete MGV für bereichseigene und bereichsfremde Hausärzte) als Vergleichsgröße für das hausärztliche Verteilungsvolumen gemäß Schritt 22.)

$$VV_{H\ddot{A}}^{VJQ} = MVG_{1H\ddot{A}}^{VJQ} - TVG_{2H\ddot{A}}^{VJQ} - TVG_{3H\ddot{A}}^{VJQ} + TVG_{4}^{Quartal} \times 0,15$$

[Formel 18]

Schritt 28.) Sofern das hausärztliche Verteilungsvolumen um mehr als 5 % von der Vergleichsgröße gemäß Schritt 27 abweicht, so ist das hausärztliche Verteilungsvolumen nach Konvergenz mit der um 5 % veränderten Vergleichsgröße gemäß Schritt 27.) festgelegt:

$$\begin{aligned} KVV_{H\ddot{A}}^{Quartal} &= VV_{H\ddot{A}}^{Quartal} && \text{falls } 0,95 \times VV_{H\ddot{A}}^{VJQ} \\ & && \leq VV_{H\ddot{A}}^{Quartal} \\ & && \leq 1,05 \times VV_{H\ddot{A}}^{VJQ} \\ KVV_{H\ddot{A}}^{Quartal} &= 0,95 \times VV_{H\ddot{A}}^{VJQ} && \text{falls } VV_{H\ddot{A}}^{Quartal} \\ & && < 0,95 \times VV_{H\ddot{A}}^{VJQ} \\ KVV_{H\ddot{A}}^{Quartal} &= 1,05 \times VV_{H\ddot{A}}^{VJQ} && \text{falls } VV_{H\ddot{A}}^{Quartal} \\ & && > 1,05 \times VV_{H\ddot{A}}^{VJQ} \end{aligned}$$

Schritt 29.) Ermittlung des fachärztlichen Verteilungsvolumens nach Konvergenz

$$KVV_{F\ddot{A}}^{Quartal} = V\ddot{U}V_{KV}^{Quartal} - KVV_{H\ddot{A}}^{Quartal} + TVG_{4}^{Quartal}$$

[Formel 19]

Feststellung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zum Begriff „zutreffende morbiditätsbedingte Gesamtvergütung“ im Anhang zu den Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß § 87b Abs. 4 SGB V (GKV-VStG), Schritte 7.), 10.), 13.) und 24.) bis 27.):

Die für den Versorgungsbereich bzw. Leistungsbereich zutreffende morbiditätsbedingte Gesamtvergütung entspricht dem diesem Bereich zugeordneten Honorar abzüglich des Saldos aus den Forderungen für Leistungen für diesen Bereich bei bereichsfremden Versicherten durch bereichseigene Hausärzte und den Verbindlichkeiten für Leistungen bei bereichseigenen Versicherten durch bereichsfremde Hausärzte.