

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

**gültig ab 01. Oktober 2013**

Beschlossen von der 16. Sitzung der XIV. Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung  
Westfalen-Lippe am 18. September 2013



**Inhaltsverzeichnis:**

<b>ABSCHNITT I - ALLGEMEINE BESTIMMUNGEN.....</b>	<b>6</b>
1. Geltungsbereich.....	6
2. Grundsätze der Vergütung der Ärzte.....	6
2.1 Vergütung vertragsärztlicher Leistungen.....	6
2.2 Leistungsabgrenzung .....	6
2.3 Mengensteuerung und Kalkulationssicherheit.....	7
 <b>ABSCHNITT II - VERTEILUNG DER VERTRAGSÄRZTLICHEN VERGÜTUNG .....</b>	 <b>7</b>
1. Vergütung von Leistungen außerhalb der haus- und fachärztlichen Vergütungsvolumina.	7
1.1 Leistungen und Kosten der Laboratoriumsmedizin bis zum 31.12.2013 .....	8
1.2 Leistungen und Kosten der Laboratoriumsmedizin ab dem 01.01.2014.....	9
1.3 Leistungen des organisierten Notfalldienstes.....	9
2. Bildung der Vergütungsvolumina für die haus- und fachärztliche Versorgung .....	9
3. Verteilung innerhalb des hausärztlichen Versorgungsbereichs.....	10
3.1 Bildung von Vorwegabzügen zur Ermittlung des hausärztlichen (versorgungsbereichsspezifischen) Verteilungsvolumens (VV <sub>VB</sub> ).....	10
3.2 Bildung der arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumina (VV <sub>AG</sub> ).....	11
4. Verteilung innerhalb des fachärztlichen Versorgungsbereichs.....	11
4.1 Bildung von Vorwegabzügen zur Ermittlung des fachärztlichen (versorgungsbereichsspezifischen) Verteilungsvolumens (VV <sub>VB</sub> ).....	11
4.2 Bildung der arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumina (VV <sub>AG</sub> ).....	12
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.....	13
5.3 Leistungen von Arztgruppen ohne RLV (außer den in 4.1 h) und i) genannten Arztgruppen), die nicht in Ziffer 4.1 c) - g) genannt sind.....	13
5.4 Haus- und Heimbesuche .....	13
5.5 CT-gesteuerte Interventionen nach den GOP 34503, 34504 und 34505 EBM der Radiologen und Nuklearmediziner (ab dem 01.04.2013) .....	13
5.6 Humangenetische Leistungen des Abschnitts 11.2 EBM sowie die GOP 11230- 11312 EBM.....	13
5.7 Pathologische Leistungen nach Kapitel 19 EBM.....	14
5.8 Ermächtigte Ärzte und Einrichtungen.....	14
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
5.10 Überschreitungsvolumen .....	15
5.11 Leistungen der hausärztlichen geriatrischen Versorgung nach Abschnitt 3.2.4 EBM, der sozialpädiatrischen Versorgung nach Abschnitt 4.2.4 EBM sowie der palliativmedizinischen Versorgung nach den Abschnitten 3.2.5 und 4.2.5 EBM..	15
5.12 Leistungen der Humangenetik (genetisches Labor) nach den GOP 11220, 11320-11322 EBM und Abschnitt 11.4 EBM.....	16
5.13 Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung („PFG“).....	16
6. Verteilung und Vergütung innerhalb der arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumina (VV <sub>AG</sub> ) .....	16
6.1 Vorwegabzüge innerhalb der arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumina .....	16
6.2 Vergütung der Leistungen der Vorwegabzüge innerhalb der arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumina .....	17
7. Honorarvolumen .....	17
7.1 Definition .....	17
7.2 Ärzte und Arztgruppen.....	18
7.3 Bezugsgrößen .....	18
7.3.1 Quartalsbezug .....	18
7.3.2 Arztbezug .....	18
7.3.3 Tätigkeitsumfang .....	19
7.4. Ermittlung des Honorarvolumens je Arzt.....	19
7.4.1 Regelleistungsvolumen.....	19
7.4.2 Zuschläge zum Regelleistungsvolumen für Ärzte des hausärztlichen Versorgungsbereichs (Arztgruppen nach Anlage 1 Nr. 1) in Berufsausübungsgemeinschaften, MVZ und Praxen mit angestellten Ärzten .....	20
7.4.3 Zuschläge zum Regelleistungsvolumen für Ärzte des fachärztlichen Versorgungsbereichs (Arztgruppen nach Anlage 1 Nr. 2) in Berufsausübungsgemeinschaften, MVZ und Praxen mit angestellten Ärzten .....	22
7.4.4 Qualifikationsgebundene Zusatzvolumina.....	24
7.4.5 Honorarvolumen je Arzt .....	24
7.5 Arztpraxisbezogene Festsetzung des Honorarvolumens .....	25
7.5.1 Arztpraxisbezogene Ermittlung des Honorarvolumens.....	25
7.5.2 Änderungen des Teilnahmestatus einer Praxis.....	25
7.6 Für Regelleistungsvolumina und qualifikationsgebundene Zusatzvolumina relevante Fälle (RLV-Fälle).....	25
7.7 Praxisbesonderheiten .....	26
7.8 Härtefallregelung .....	27

8.	Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen .....	28
8.1	Anwendungsbereich .....	28
8.2	Festsetzung der zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen.....	28
<b>ABSCHNITT III – SONSTIGE BESTIMMUNGEN.....</b>		<b>29</b>
1.	Kalkulationssicherheit .....	29
2.	Rückstellungen .....	29
3.	Selektivverträge .....	30
4.	Schlussbestimmungen .....	30
5.	Inkrafttreten.....	30
<b>ANLAGEN:.....</b>		<b>31</b>
Anlage 1:	RLV-Arztgruppen.....	31
Anlage 1a:	Arztgruppendifferenzierung für BAG-Zuschläge nach Ziffer 7.4.2 und 7.4.3 .....	32
Anlage 2:	Zuordnung der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina (QZV) nach Ziffer 7.4.4 .....	33
Anlage 3:	Berechnung des arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumens nach Ziffer 3.2 bzw. Ziffer 4.2.....	40
1.	Berechnung des arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumens ( $VV_{AG}$ ) .....	40
2.	Berücksichtigung von Veränderungen der Bewertung ärztlicher Leistungen des EBM durch Anpassungsfaktoren .....	41
Anlage 4a:	Berechnung der arztgruppenspezifischen Vergütungsbereiche für die Arztgruppen des hausärztlichen Versorgungsbereiches (Anlage 1 Nr. 1) .....	42
1.	Berechnung des arztgruppenspezifischen Vergütungsbereichs für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der Regelleistungsvolumina ( $RLV_{AGHÄ}$ ) .....	42
1.a	Differenzierung nach Altersklassen.....	43
2.	Berechnung des arztgruppenspezifischen Vergütungsbereichs für die Vergütung der Zusatzpauschale für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrags gemäß § 73 Abs. 1 SGB V nach GOP 03040 und 04040 EBM ( $VV_{AGVHP}$ ).....	44
3.	Berechnung des arztgruppenspezifischen Vergütungsbereichs für die Vergütung der ausführlichen ärztliche Gespräche nach GOP 03230 und 04230 EBM ( $VV_{AGGSP}$ ) .....	44
4.	Berechnung des Vergütungsbereichs für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina ( $QZV_{AGHÄ}$ ).....	45
Anlage 4b:	Berechnung der arztgruppenspezifischen Vergütungsbereiche für die Arztgruppen des fachärztlichen Versorgungsbereiches (Anlage 1 Nr. 2) .....	46

1.	Berechnung des arztgruppenspezifischen Vergütungsbereichs für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der Regelleistungsvolumina (RLV <sub>AGFÄ</sub> ) .....	46
1.a	Differenzierung nach Altersklassen.....	46
2.	Berechnung des Vergütungsbereichs für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina (QZV <sub>AGFÄ</sub> ) .....	47
3.	Berechnung der arztgruppenspezifischen Vergütungsbereiche für die Arztgruppe der Augenärzte.....	47
Anlage 5:	Berechnung des Regelleistungsvolumens (RLV) je Arzt gemäß Ziffer 7.4.1 .....	49
1.	Berechnung der arztgruppenspezifischen Fallwerte .....	49
2.	Berechnung des Regelleistungsvolumens je Arzt .....	50
Anlage 6:	Berechnung der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina (QZV) gemäß Ziffer 7.4.4 .....	51
1.	Berechnung des Vergütungsbereichs je qualifikationsgebundenem Zusatzvolumen für jede Arztgruppe gemäß Anlage 2 .....	51
2.	Berechnung des qualifikationsgebundenen Zusatzvolumens.....	52
2.1	Berechnung des Fallwertes für ein qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen....	52
2.2	Berechnung der arztindividuell volumenbezogenen qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina .....	52
Anlage 7:	Für die fallzahlbezogene Abstufung nach Ziffer 7.4.1 relevante Fallzahlen .....	55
Anlage 8:	Vergütung der CT-gesteuerten Interventionen nach den GOP 34503, 34504 und 34505 EBM bei Radiologen und Nuklearmedizinern ab dem 01.04.2013.....	56
Anlage 9:	Vergütung im Organisierten Notfalldienst.....	57
Anlage 10:	Vergütung der Besuche nach den Gebührenordnungspositionen 01410, 01413 und 01415 EBM.....	58
Anlage 11:	KBV-Vorgaben gemäß § 87b Abs. 4 SGB V .....	59
	<b>ANHANG ZU ANLAGE 11: KBV-VORGABEN GEMÄß § 87B ABS. 4 SGB V.....</b>	<b>60</b>

## **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 Notfalleistungen 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.<sup>1</sup>

### **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.

---

<sup>1</sup> Aus Gründen der Vereinfachung wird in diesem HVM ausschließlich die männliche Form genannt.

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

### **2.3 Mengensteuerung und Kalkulationssicherheit**

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

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

## **Abschnitt II - Verteilung der vertragsärztlichen Vergütung**

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

In Umsetzung der Vorgabe der KBV gemäß § 87b Abs. 4 SGB V, Teil B (vgl. Anhang zu Anlage 11, Teil B) erfolgt die Vergütung für die Leistungsbereiche „laboratoriumsmedizinische Leistungen“ und „ärztlicher Bereitschaftsdienst“ aus dem entsprechenden gebildeten Vergütungsvolumen des jeweiligen Grundbetrags (Grundbetrag „Labor“ bzw. Grundbetrag „ärztlicher Bereitschaftsdienst“) gemäß Abschnitt II, Ziffer 2.

## **1.1 Leistungen und Kosten der Laboratoriumsmedizin bis zum 31.12.2013**

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 2.1 dieser Vorgabe (vgl. Anhang zu Anlage 11, Teil E) ergibt.

### **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 1,4458 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 Eu-



ro-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 Abstufungsquote 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 und Kosten der Laboratoriumsmedizin ab dem 01.01.2014**

Mit Wirkung zum 01.01.2014 erfolgt die Vergütung der Laborleistungen und -kosten - 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 Nr. 2.1 dieser Vorgabe ergibt.

## **1.3 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 Nr. 3.6 der Vorgabe der KBV gemäß § 87b Abs. 4 SGB V, Teil B (vgl. Anhang zu Anlage 11, Teil B) ergibt

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

Aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung des entsprechenden Abrechnungsquartals werden nach Teil B der Vorgabe der KBV gemäß § 87b Abs. 4 SGB V (vgl. Anhang zu Anlage 11) Vergütungsvolumina für die haus- und fachärztliche Versorgung gebildet.

### **3. Verteilung innerhalb des hausärztlichen Versorgungsbereichs**

#### **3.1 Bildung von Vorwegabzügen zur Ermittlung des hausärztlichen (versorgungsbereichsspezifischen) Verteilungsvolumens (VV<sub>VB</sub>)**

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

- a) Zahlungen im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 75 Abs. 7 und 7a SGB V auf Basis des Vorjahresquartals
- b) Rückstellungen nach Abschnitt III, Ziffer 2
- c) Vergütung der innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanzierten Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM
- d) Vergütung für die Haus- und Heimbesuche (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) Anteil von 1 % des hausärztlichen Verteilungsvolumens für abgestaffelt zu vergütende Leistungen nach Ziffer 7.1
- h) Auf den hausärztlichen Versorgungsbereich - gemäß dem im Vorjahresquartal geltenden Trennungsfaktor - entfallender Anteil des je KV-Bezirk bereitgestellten Betrages gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses zur Anpassung der kassenspezifischen Aufsatzwerte des bereinigten Behandlungsbedarfs in seiner 295. Sitzung, als Vergütungsvolumen für die Leistungen der hausärztlichen geriatrischen Versorgung nach Abschnitt 3.2.4 EBM, der sozialpädiatrischen Versorgung nach Abschnitt 4.2.4 EBM sowie der palliativmedizinischen Versorgung nach den Abschnitten 3.2.5 und 4.2.5 EBM

### **3.2 Bildung der arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumina (VV<sub>AG</sub>)**

Das verbleibende hausärztliche Verteilungsvolumen (VV<sub>VB</sub>) wird gemäß Anlage 3 auf die entsprechenden Arztgruppen des hausärztlichen Versorgungsbereichs nach Anlage 1 verteilt. Es entsteht jeweils ein arztgruppenspezifisches Verteilungsvolumen (VV<sub>AG</sub>).

## **4. Verteilung innerhalb des fachärztlichen Versorgungsbereichs**

### **4.1 Bildung von Vorwegabzügen zur Ermittlung des fachärztlichen (versorgungsbereichsspezifischen) Verteilungsvolumens (VV<sub>VB</sub>)**

Zur Bildung des fachärztlichen (versorgungsbereichsspezifischen) Verteilungsvolumens (VV<sub>VB</sub>) werden aus dem fachärztlichen Vergütungsvolumen nach Ziffer 2 - ggf. gemindert um den für einen Strukturfonds nach § 105 Abs. 1a SGB V erforderlichen Betrag - als Vorwegabzug berücksichtigt:

- a) Zahlungen im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 75 Abs. 7 und 7a SGB V auf Basis des Vorjahresquartals
- b) Rückstellungen nach Abschnitt III, Ziffer 2
- c) Vergütung der innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanzierten Kostenpauschalen des Kapitels 40
- d) Vergütung für die Haus- und Heimbesuche (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 Abschnitts 11.2 EBM sowie die GOP 11230 - 11312 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. 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 c) - g) genannt sind
- j) Leistungen von Arztgruppen ohne RLV (außer den in h) und i) genannten Arztgruppen), die nicht in Ziffer 4.1 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 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
- m) Vergütungsvolumen nach Teil B, Nr. 1.3 der Vorgabe der KBV gemäß § 87b Abs. 4 SGB V (vgl. Anhang zu Anlage 11) für die Leistungen des genetischen Labors (GOP 11220, 11320 - 11322 und Abschnitt 11.4 EBM)
- n) Vergütung für die Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung („PFG“) der GOP 05220, 06220, 07220, 08220, 09220, 10220, 13220, 14214, 16215, 18220, 20220, 21218, 22216, 23216, 26220, 27220 EBM

#### **4.2 Bildung der arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumina (VV<sub>AG</sub>)**

Das verbleibende fachärztliche Verteilungsvolumen (VV<sub>VB</sub>) wird gemäß Anlage 3 auf die Arztgruppen des fachärztlichen Versorgungsbereichs nach Anlage 1 verteilt. Es entsteht jeweils ein arztgruppenspezifisches Verteilungsvolumen (VV<sub>AG</sub>).

### **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 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) genannt sind, werden je Versorgungsbereich nach Ziffer 3.1 f) bzw. 4.1 k) mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet.

## **5.3 Leistungen von Arztgruppen ohne RLV (außer den in 4.1 h) und i) genannten Arztgruppen), die nicht in Ziffer 4.1 c) - g) genannt sind**

Leistungen von Arztgruppen ohne RLV (außer den in 4.1 h) und i) genannten Arztgruppen), die nicht in Ziffer 4.1 c) - g) genannt sind, werden nach Ziffer 4.1 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 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 e) nach Maßgabe der Regelungen in Anlage 8 vergütet.

## **5.6 Humangenetische Leistungen des Abschnitts 11.2 EBM sowie die GOP 11230-11312 EBM**

Humangenetische Leistungen des Abschnitts 11.2 EBM sowie die GOP 11230-11312 EBM Kapitel 11 EBM werden aus dem Vergütungsvolumen vergütet, das sich nach Ziffer 4.1. f) ergibt. Unterschreitungen werden bei der Kalkulation des nächstmöglichen Quartals berücksichtigt. Übersteigt das angeforderte Leistungsvolumen in Euro das zur Verfügung stehende Vergütungsvolumen, werden die Leistungen nach Satz 1 gleichmäßig an alle Leistungserbringer in dem Verhältnis vergütet, das sich aus der Gegenüberstellung des Vergütungsvolumens zum Anforderungsvolumen ergibt. Es

ist sicherzustellen, dass das angeforderte Leistungsvolumen mindestens zu einem Anteil von 70 % vergütet wird.

### **5.7 Pathologische Leistungen nach Kapitel 19 EBM**

Pathologische Leistungen nach Kapitel 19 EBM werden aus dem Vergütungsvolumen gemäß Ziffer 4.1 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 c) - g) genannt sind, werden je Versorgungsbereich aus dem Vergütungsvolumen nach Ziffer 3.1. e) oder 4.1 h) vergütet. Übersteigt das angeforderte Leistungsvolumen in Euro das zur Verfügung stehende Vergütungsvolumen, werden die Leistungen nach Satz 1 gleichmäßig an alle Leistungserbringer in dem Verhältnis vergütet, das sich aus der Gegenüberstellung des Vergütungsvolumens zum Anforderungsvolumen ergibt. Es ist sicherzustellen, dass das angeforderte Leistungsvolumen mindestens zu einem Anteil von 70 % vergütet wird.

### **5.9 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 aus-

schließlich psychotherapeutisch tätiger Vertragsärzte gemäß den Kriterien der Bedarfsplanungsrichtlinien, die nicht in Ziffer 4.1 c) - g) genannt sind, werden aus dem Vergütungsvolumen nach Ziffer 4.1 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 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.

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

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

## **5.12 Leistungen der Humangenetik (genetisches Labor) nach den GOP 11220, 11320-11322 EBM und Abschnitt 11.4 EBM**

Leistungen der Humangenetik nach den GOP 11220, 11320-11322 EBM und Abschnitt 11.4 EBM (genetisches Labor) werden aus dem Vergütungsvolumen nach Ziffer 4.1 m) 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.

## **5.13 Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung („PFG“)**

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

## **6. Verteilung und Vergütung innerhalb der arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumina (VV<sub>AG</sub>)**

### **6.1 Vorwegabzüge innerhalb der arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumina**

Aus dem arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen nach Ziffer 3.2 bzw. 4.2 (VV<sub>AG</sub>) werden als Vorwegabzug berücksichtigt:

- a) Schriftliche Berichte auf besonderes Verlangen der Krankenkassen (GOP 01620 - 01622 EBM)
- b) Vergütungsvolumen gemäß Anlage 4a, Nr. 2 für die Zusatzpauschale für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrags gemäß § 73 Abs. 1 SGB V nach GOP 03040 und 04040 EBM („Vorhaltepauschale“)
- c) Vergütungsvolumen gemäß Anlage 4a, Nr. 3 für ausführliche ärztliche Gespräche nach GOP 03230 und 04330 EBM

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



## **6.2 Vergütung der Leistungen der Vorwegabzüge innerhalb der arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumina**

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

## **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 5.10 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 Abstufungsregelung 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 Fallwertabstufung 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 Fallwertabstufung nach Satz 3 nicht angewandt. Darüber hinausgehend prüft der Vorstand der KVWL, ob und in welchem Umfang diese Maßnahme im Einzelfall ausreichend ist, die Sicherstellung der medizinischen Versorgung zu gewährleisten.

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

Bei der Berechnung des Regelleistungsvolumens für Ärzte des hausärztlichen Versorgungsbereichs (Arztgruppen nach Anlage 1 Nr. 1) in Berufsausübungsgemeinschaften, MVZ und Praxen mit angestellten Ärzten wird der kooperativen Behandlung der Patienten - in Umsetzung der Vorgabe der KBV gemäß § 87b Abs. 4 SGB V, Teil D (vgl. 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 16 % erhöht, sofern die in der Berufsausübungsgemeinschaft/Praxis tätigen Ärzte insgesamt mindestens mit dem Faktor 2 bei der Bedarfsplanung berücksichtigt werden. Für den Fall, dass die in der Berufsausübungsgemeinschaft/Praxis tätigen Ärzte insgesamt mit einem geringeren Faktor als 2 in der Bedarfsplanung berücksichtigt werden, erfolgt eine 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 16 % erhöht, sofern ein Kooperationsgrad von mindestens 10% erreicht wird.

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

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

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

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

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

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

<b>Kooperationsgrad (KG) in Prozent</b>	<b>Anpassungsfaktor in Prozent</b>
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 Arztgrup-

pe/desselben Schwerpunktes wird für Ärzte derselben Arztgruppe/desselben Schwerpunktes (am gleichen Standort) der Zuschlag in Höhe von 10% auch dann gewährt, wenn der Kooperationsgrad den Wert von 10% unterschreitet.

#### **7.4.4 Qualifikationsgebundene Zusatzvolumina**

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

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

Erbringt ein Arzt Leistungen aus einem der in Anlage 6, Nr. 2.2.a) aufgeführten QZV, das nach Anlage 2 für seine Arztgruppe nicht vorgesehen ist - 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.

#### **7.4.5 Honorarvolumen je Arzt**

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



## **7.5 Arztpraxisbezogene Festsetzung des Honorarvolumens**

### **7.5.1 Arztpraxisbezogene Ermittlung des Honorarvolumens**

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

### **7.5.2 Änderungen des Teilnahmestatus einer Praxis**

Nimmt eine Praxis nicht das ganze Quartal als Einzelpraxis, in derselben personellen Zusammensetzung oder demselben Tätigkeitsumfang (im Folgenden „Teilnahmestatus“) an der vertragsärztliche Versorgung teil, wird das Honorarvolumen für jeden Teilnahmestatus separat berechnet - 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 Praxisausrichtung, 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.

## **8. Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen**

### **8.1 Anwendungsbereich**

Für

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

gelten zeitbezogene Kapazitätsgrenzen je Quartal. Die Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen bis zur zeitbezogenen Kapazitätsgrenze erfolgt auf der Basis der gemäß § 87a Abs. 2 Satz 5 SGB V zum jeweiligen Zeitpunkt gültigen regionalen Euro-Gebührenordnung unter Berücksichtigung der Vergütungsregelung nach Ziffer 5.9. Überschreitet die abgerechnete ärztliche bzw. therapeutische Zuwendungszeit gemessen nach den Prüfzeiten der Leistungen des Anhangs 3 zum EBM in der gültigen Fassung die gemäß Ziffer 8.2 festgelegte zeitbezogene Kapazitätsgrenze je Arzt, so werden diese Leistungen maximal bis zur 1,5-fachen zeitbezogenen Kapazitätsgrenze mit den abgestaffelten Preisen nach Ziffer 5.10 vergütet.

### **8.2 Festsetzung der zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen**

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

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

## **Abschnitt III – Sonstige Bestimmungen**

### **1. Kalkulationssicherheit**

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

Die Berechnung der RLV- und QZV-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 7.4.4 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 4a, Nr.1 bzw. 4b, 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 7.4.4, 7.7, 7.8, Anlage 3, Nr. 1 und Anlage 6, Nr. 2.2.

### **5. Inkrafttreten**

Dieser Honorarverteilungsmaßstab tritt zum 01.10.2013 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 Nervenheilkunde<sup>2</sup>
- 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

---

<sup>2</sup> 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 und 7.4.3**

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

- Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören
- Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin
- Fachärzte für Anästhesiologie
- Fachärzte für Augenheilkunde
- Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie, für Herzchirurgie, für Gefäßchirurgie
- Fachärzte für Neurochirurgie
- Fachärzte für Frauenheilkunde
- Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde
- Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie
- Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/ Onkologie
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Nephrologie
- Übrige Fachärzte für Innere Medizin (z. B. ohne Schwerpunkt)
- Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
- Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
- Fachärzte für Nervenheilkunde<sup>3</sup>, für Neurologie, für Psychiatrie und Psychotherapie
- Fachärzte für Orthopädie
- Fachärzte für Diagnostische Radiologie
- Fachärzte für Nuklearmedizin
- Fachärzte für Urologie
- Fachärzte für Physikalisch-Rehabilitative Medizin

---

<sup>3</sup> 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 7.4.4

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

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

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
<b>Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören</b>	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
<b>Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin</b>	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
<b>Fachärzte für Anästhesiologie</b>	Akupunktur	30790, 30791
	Narkosen	05330, 05331, 05340, 05341, 05350
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
<b>Fachärzte für Augenheilkunde</b>	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
<b>Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie, für Neurochirurgie, für Gefäßchirurgie</b>	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	
<b>Fachärzte für Frauenheilkunde</b>	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
<b>Fachärzte für Hals-Nasen- Ohren-Heilkunde und für Phoniatrie und Pädaudiologie</b>	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
<b>Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten</b>	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
<b>Übrige Fachärzte für Innere Medizin (z.B. ohne Schwerpunkt)</b>	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
<b>Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie</b>	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
<b>Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/ Onkologie</b>	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
<b>Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie</b>	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
<b>Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie</b>	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
<b>Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie</b>	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
<b>Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie</b>	Neurophysiologische Übungsbehandlung	30300, 30301
<b>Fachärzte für Nervenheilkunde</b>	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
<b>Fachärzte für Neurologie</b>	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
<b>Fachärzte für Orthopädie</b>	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
<b>Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie</b>	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
<b>Fachärzte für Diagnostische Radiologie / Nuklearmedizin</b>	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
<b>Fachärzte für Urologie</b>	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
<b>Fachärzte für Physikalisch-Rehabilitative Medizin</b>	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<sup>I</sup>: Arztgruppen, die nicht in § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V genannt sind

AG<sup>II</sup>: 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 und abzüglich des ausgezahlten Vergütungsvolumens aus dem Vorjahresquartal für die Leistungen der Abschnitte 4.5.4, 13.3.6 EBM und die Versichertenpauschalen 04110, 04111, 04112, 04120, 04121 und 04122, wenn in demselben Behandlungsfall Leistungen des Abschnitts 4.5.4 EBM abgerechnet wurden.



$APT_{AG^I}_{2012}$  : 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 <sup>1</sup>
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 <sup>2</sup>	0,905
Überführung der Leistungen des Abschnitts 13.3.6 EBM in die extrabudgetäre Vergütung außerhalb der MGV	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Nephrologie	1. - 4. Quartal	0,1396

<sup>1</sup> 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)

<sup>2</sup> Mit Wirkung der EBM-Änderung ab dem 01.04.2013

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

**1. Berechnung des arztgruppenspezifischen Vergütungsbereichs für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der Regelleistungsvolumina (RLV<sub>AGHÄ</sub>)**

$$RLV_{AGHÄ} = \frac{LB_{AG\_RLV}}{LB_{AG\_RLV} + LB_{AG\_VHP} + LB_{AG\_GSP}} * RLV_{AGHÄ}^I$$

wobei

$$RLV_{AGHÄ}^I = \frac{RLV_{AGHÄ\_BQ}}{VV_{AGHÄ\_BQ}^I} * VV_{AGHÄ}^I$$

$RLV_{AGHÄ\_BQ}$ : Summe aller zugewiesenen RLV einer Arztgruppe des hausärztlichen Versorgungsbereichs 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

$VV_{AGHÄ\_BQ}^I$ : Summe aller zugewiesenen RLV und QZV einer Arztgruppe des hausärztlichen Versorgungsbereichs 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

$VV_{AGHÄ}^I$ : Arztgruppenspezifisches Verteilungsvolumen einer Arztgruppe des hausärztlichen Versorgungsbereichs nach Anlage 3 abzüglich der Leistungen nach Nr. 6.1a)

$LB_{AG\_VHP}$ : arztgruppenspezifischer Leistungsbedarf der Zusatzpauschale für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrags gemäß § 73 Abs. 1 SGB V nach GOP 03040 und 04040 EBM im aktuellen Quartal bewertet mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung

- $LB_{AG\_RLV}$ : arztgruppenspezifischer Leistungsbedarf für Leistungen, die innerhalb des Regelleistungsvolumens vergütet werden, im aktuellen Quartal, bewertet mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung
- $LB_{AG\_GSP}$ : arztgruppenspezifischer Leistungsbedarf für die Gespräche nach den GOP 03230, 04230 EBM im aktuellen Quartal, bewertet mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung
- AGHÄ: Arztgruppe gemäß Anlage 1, Nr. 1

### 1.a Differenzierung nach Altersklassen

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

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

- $LB_{AKi}$ : arztgruppenspezifischer Leistungsbedarf im aktuellen Quartal aus Leistungen, die innerhalb des Regelleistungsvolumens vergütet werden, für Versicherte der Altersklasse i
- $LB_{AGHÄ}$ : arztgruppenspezifischer Leistungsbedarf im aktuellen Quartal aus Leistungen, die innerhalb des Regelleistungsvolumens vergütet werden, für alle Versicherte
- AKi: Altersklasse der Versicherten mit folgenden Ausprägungen:  
 i = 1: Versicherte bis zum vollendeten 4. Lebensjahr  
 i = 2: Versicherte ab dem 5. bis zum vollendeten 18. Lebensjahr  
 i = 3: Versicherte ab dem 19. bis zum vollendeten 54. Lebensjahr  
 i = 4: Versicherte ab dem 55. bis zum vollendeten 75. Lebensjahr  
 i = 5: Versicherte ab dem 76. Lebensjahr

**2. Berechnung des arztgruppenspezifischen Vergütungsbereichs für die Vergütung der Zusatzpauschale für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrags gemäß § 73 Abs. 1 SGB V nach GOP 03040 und 04040 EBM (VV<sub>AG\_VHP</sub>)**

$$VV_{AG\_VHP} = \frac{LB_{AG\_VHP}}{LB_{AG\_RLV} + LB_{AG\_VHP} + LB_{AG\_GSP}} * RLV_{AGH\ddot{A}}^I$$

**LB<sub>AG\_VHP</sub>**: arztgruppenspezifischer Leistungsbedarf der Zusatzpauschale für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrags gemäß § 73 Abs. 1 SGB V nach GOP 03040 und 04040 EBM im aktuellen Quartal bewertet mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung

**LB<sub>AG\_RLV</sub>**: arztgruppenspezifischer Leistungsbedarf für Leistungen, die innerhalb des Regelleistungsvolumens vergütet werden, im aktuellen Quartal, bewertet mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung

**LB<sub>AG\_GSP</sub>**: arztgruppenspezifischer Leistungsbedarf für die Gespräche nach den GOP 03230, 04230 EBM im aktuellen Quartal, bewertet mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung

**RLV<sub>AGH\ddot{A}}</sub><sup>I</sup>**: arztgruppenspezifisches Vergütungsvolumen, das sich aus dem Anteil aller zugewiesenen RLV einer Arztgruppe an der Summe der zugewiesenen RLV und QZV der Arztgruppe im jeweiligen Bezugsquartal des Zeitraumes 3/2011 - 2/2012 ergibt.

**3. Berechnung des arztgruppenspezifischen Vergütungsbereichs für die Vergütung der ausführlichen ärztliche Gespräche nach GOP 03230 und 04230 EBM (VV<sub>AG\_GSP</sub>)**

$$VV_{AG\_GSP} = \frac{LB_{AG\_GSP}}{LB_{AG\_RLV} + LB_{AG\_VHP} + LB_{AG\_GSP}} * RLV_{AGH\ddot{A}}^I$$

- $LB_{AG\_VHP}$ : arztgruppenspezifischer Leistungsbedarf der Zusatzpauschale für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrags gemäß § 73 Abs. 1 SGB V nach GOP 03040 und 04040 EBM im aktuellen Quartal bewertet mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung
- $LB_{AG\_RLV}$ : arztgruppenspezifischer Leistungsbedarf für Leistungen, die innerhalb des Regelleistungsvolumens vergütet werden, im aktuellen Quartal, bewertet mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung
- $LB_{AG\_GSP}$ : arztgruppenspezifischer Leistungsbedarf für die Gespräche nach den GOP 03230, 04230 EBM im aktuellen Quartal, bewertet mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung
- $RLV_{AGH\ddot{A}}^I$ : arztgruppenspezifisches Vergütungsvolumen, das sich aus dem Anteil aller zugewiesenen RLV einer Arztgruppe an der Summe der zugewiesenen RLV und QZV der Arztgruppe im jeweiligen Bezugsquartal des Zeitraumes 3/2011 - 2/2012 ergibt.

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

$$QZV_{AGH\ddot{A}} = VV_{AGH\ddot{A}}^I - RLV_{AGH\ddot{A}} - VV_{AG\_VHP} - VV_{AG\_GSP}$$

- $VV_{AGH\ddot{A}}^I$ : Arztgruppenspezifisches Verteilungsvolumen für die Arztgruppen des hausärztlichen Versorgungsbereichs gemäß Ziffer 3
- $RLV_{AGH\ddot{A}}$ : Arztgruppenspezifischer Vergütungsbereich für die Arztgruppen des hausärztlichen Versorgungsbereichs für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der Regelleistungsvolumina gemäß 1
- $VV_{AG\_VHP}$ : Arztgruppenspezifischer Vergütungsbereich für die Vergütung der Zusatzpauschale für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrags gemäß § 73 Abs. 1 SGB V nach GOP 03040 und 04040 EBM
- $VV_{AG\_GSP}$ : Arztgruppenspezifischer Vergütungsbereich für die Vergütung der ausführlichen ärztliche Gespräche nach GOP 03230 und 04230 EBM

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

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

$$RLV_{AGFÄ} = \frac{RLV_{AGFÄ\_BQ}}{VV_{AGFÄ\_BQ}^I} * VV_{AGFÄ}^I$$

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

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

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

AGFÄ: Arztgruppe gemäß Anlage 1, Nr.2

#### 1.a Differenzierung nach Altersklassen

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

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

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

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

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

## 2. Berechnung des Vergütungsbereichs für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina ( $QZV_{AGFÄ}$ )

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

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

$RLV_{AGFÄ}$ : 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 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

$$RLV_{AGF\ddot{A}} = \frac{RLV_{Aug\_BQ}}{VV_{Aug\_BQ}^I} * VV_{Aug}^I - (0,2277 * VV_{Aug}^I)$$

$RLV_{Aug\_BQ}$ : 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 4a, Nr. 1a bzw. Anlage 4b, Nr. 1a

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

$AKi$ : Altersklasse der Versicherten mit folgenden Ausprägungen:

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

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

## 2. Berechnung des Regelleistungsvolumens je Arzt

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

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

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

$AKi$ : Altersklasse der Versicherten mit folgenden Ausprägungen:

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

**Anlage 6: Berechnung der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina (QZV) gemäß Ziffer 7.4.4**

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

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

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

$QZV_{AG}$ : 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**

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

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

$\text{QZV}_{AG}^i$  : Vergütungsbereich für ein qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen einer Arztgruppe gemäß 1

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

$\text{QZVVJQ}_{Arzt}^i$  : 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 4/12	Ø RLV-Fallzahl 1/13
Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören	969	1.052
Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	1.150	1.268
Fachärzte für Anästhesiologie	324	335
Fachärzte für Augenheilkunde	1.584	1.655
Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie, für Herzchirurgie, für Neurochirurgie, für Gefäßchirurgie	891	929
Fachärzte für Frauenheilkunde	1.049	1.074
Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, für Phoniatrie und Pädaudiologie	1.311	1.489
Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten	1.672	1.795
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie	977	1.017
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/ Onkologie	669	644
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie	1.033	1.071
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie	1.365	1.461
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie	1.086	1.140
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Nephrologie	183	190
Übrige Fachärzte für Innere Medizin (z. B. ohne Schwerpunkt)	991	1.037
Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	162	167
Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie mit Teilnahme an der SPV-Vereinbarung	461	487
Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	126	127
Fachärzte für Nervenheilkunde <sup>4</sup>	1.167	1.200
Fachärzte für Neurologie	1.052	1.099
Fachärzte für Orthopädie	1.368	1.382
Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie	589	612
Fachärzte für Diagnostische Radiologie, für Nuklearmedizin	1.333	1.390
Fachärzte für Urologie	1.168	1.211
Fachärzte für Physikalisch-Rehabilitative Medizin	815	816

<sup>4</sup> 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, 16.05.2013, 25.06.2013, 01.07.2013 und 03.09.2013 (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, 16. Mai 2013, 25. Juni 2013  
und 1. Juli 2013  
**mit Wirkung vom 1. Oktober 2013**

---

- Teil A**      Vorgaben zu den Honorarverteilungsmaßstäben der Kassenärztlichen Vereinigungen gemäß § 87b Abs. 2 Satz 1 SGB V  
*(Stand: Anpassung durch Beschluss des Vorstandes am 25. Juni 2013)*
- Teil B**      Vorgabe zur Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung – Berechnung des Verteilungsvolumens eines Versorgungsbereichs (VV<sub>VB</sub>)  
*(Stand: Neufassung durch Beschluss des Vorstandes am 1. Juli 2013)*
- Teil C**      Vorgaben zur angemessenen Vergütung psychotherapeutischer Leistungen  
*(Stand: Anpassung durch Beschluss des Vorstandes am 21. November 2012)*
- Teil D**      Vorgaben zur Berücksichtigung kooperativer Behandlung von Patienten in dafür gebildeten Versorgungsformen  
*(Stand: Beschluss des Vorstandes am 15. Dezember 2011)*
- Teil E**      Vorgaben zur Vergütung laboratoriumsmedizinischer Leistungen  
*(Stand: Anpassung durch Beschluss des Vorstandes am 25. Juni 2013)*
- Teil F**      Vorgaben zu den Grundsätzen der Bereinigung des zu erwartenden Honorars gemäß § 87b Abs. 4 Satz 2 SGB V  
*(Stand: Anpassung durch Beschluss des Vorstandes am 25. Juni 2013)*
- Teil G**      Vorgaben zur Vergütung von Leistungen der Humangenetik (genetisches Labor)  
*(Stand: Aufnahme durch Beschluss des Vorstandes am 25. Juni 2013, Anpassung durch Beschluss des Vorstandes am 3. September 2013)*
- Teil H**      Vorgabe zur Ermittlung des versorgungsbereichsspezifischen Grundbetrags für die Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung (PFG)  
*(Stand: Aufnahme durch Beschluss des Vorstandes am 25. Juni 2013)*

## 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 H, 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., 2.5.,
  - f. 2.6, 3 (3.1.1 bis 3.9), einschließlich der Anlagen 1 bis 3 und 5 bis 8.
7. Bei der Festlegung des Honorarverteilungsmaßstabs ab dem 4. Quartal 2013 ist die Einführung der Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung „PFG“ zu berücksichtigen.

## Teil B

im Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenverband

---

### Vorgabe zur Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung

mit Wirkung ab 1. Oktober 2013

#### 1. Definition von Kategorien der Trennungsbeträge je Versicherten und Vorwegabzüge

Diese Vorgabe zur Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung sieht die Bildung verschiedener **Grundbeträge je Versicherten** sowie **bedarfsabhängige Vorwegabzüge** und die Art deren Bestimmung - sofern die entsprechenden Leistungen gemäß den regionalen Gesamtverträgen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu vergütet sind - verpflichtend vor:

- 1.1 Vorwegabzüge** sind für gesetzliche und vertragliche Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigung **bedarfsabhängig** aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu bildende Vergütungsvolumina, die insbesondere auch zur Sicherstellung der Versorgung und Erfüllung gesetzlicher Aufgaben nach der Festlegung der haus- und fachärztlichen Grundbeträge innerhalb des haus- und fachärztlichen Versorgungsbereichs gebildet werden können, sofern nicht Rückstellungen im Grundbetrag „Labor“ oder Grundbetrag „ärztlicher Bereitschaftsdienst“ zu bilden sind.
- 1.2 Grundbeträge** sind **je Versicherten** zu bildende Beträge, die für laboratoriumsmedizinische Leistungen (Grundbetrag „Labor“), den ärztlichen Bereitschaftsdienst (Grundbetrag „ärztlicher Bereitschaftsdienst“) sowie für den haus- (hausärztlicher Grundbetrag) und fachärztlichen Versorgungsbereich (fachärztlicher Grundbetrag) **verpflichtend** bestimmt werden. Zum Zeitpunkt der erstmaligen Festsetzung ist die Höhe dieser Grundbeträge abschließend bestimmt.
- 1.3 Versorgungsbereichsspezifische Grundbeträge** sind **je Versicherten verpflichtend** im fachärztlichen Versorgungsbereich zu bestimmende Beträge, die für den Leistungsbereich Humangenetik gemäß KBV-Vorgaben, Teil G (Grundbetrag „genetisches Labor“) und für die Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung (Grundbetrag „PFG“) zu bilden sind. Die Bereitstellung der Finanzmittel für die versorgungsbereichsspezifischen Grundbeträge erfolgt aus dem fachärztlichen Grundbetrag. Zum Zeitpunkt der erstmaligen Festsetzung ist die Höhe dieser versorgungsbereichsspezifischen Grundbeträge abschließend bestimmt.

Damit sind die zu bildenden Vergütungsbereiche abschließend beschrieben.

## **Festlegung der Ausgangswerte für die Grundbeträge (Zeitraum 1. Oktober 2013 bis 30. September 2014)**

### **2. Erstmalige Bestimmung der Höhe und Feststellung der Ausgangswerte für die Grundbeträge**

#### **2.1 Feststellung der Ausgangswerte für die Grundbeträge**

Die Ausgangswerte für die Bildung der **Grundbeträge „Labor“** und **„ärztlicher Bereitschaftsdienst“** in einem Abrechnungsquartal stellen die gemäß den im jeweiligen Vorjahresquartal gültigen KBV-Vorgaben, Teil B unter Berücksichtigung der im Vorjahresquartal tatsächlich verwendeten Anzahl der Versicherten bestimmten Vorwegabzüge für laboratoriumsmedizinische Leistungen (TVG<sub>2</sub> gemäß Schritt 18.) und den von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung organisierten Not(fall)dienst (TVG<sub>3</sub> gemäß Schritt 19.) dar.

Die Ausgangswerte für die Bildung der **haus- und fachärztlichen Grundbeträge** in einem Abrechnungsquartal sind das gemäß den im jeweiligen Vorjahresquartal gültigen KBV-Vorgaben, Teil B auf Basis der von den Krankenkassen tatsächlich gezahlten Gesamtvergütungen bestimmte hausärztliche Verteilungsvolumen (VV<sub>HÄ</sub> gemäß Schritt 22.) und das fachärztliche Verteilungsvolumen (VV<sub>FÄ</sub> gemäß Schritt 23.) jeweils zzgl. eines Anteils der im Vorjahresquartal vor Trennung in den Versorgungsbereichen gebildeten Rückstellungen in Höhe des Betrages, der nach den im Vorjahresquartal angewandten Trennungsfaktoren auf den Versorgungsbereich entfällt. Ggf. gebildete versorgungsbereichsspezifische Rückstellungen sind Bestandteil des jeweiligen Verteilungsvolumens. Zusätzlich sind im fachärztlichen Versorgungsbereich für die Quartale 1/2014 bis 3/2014 die Finanzmittel aus der Erhöhung des Behandlungsbedarfs zur Förderung der fachärztlichen Grundversorgung in Abzug zu bringen.

Es werden zudem in jedem Abrechnungsquartal die **versorgungsbereichsspezifischen Grundbeträge für „genetisches Labor“** und **„PFG“** verpflichtend im fachärztlichen Versorgungsbereich gebildet. Die Bestimmung der Ausgangswerte erfolgt für den Grundbetrag „genetisches Labor“ gemäß den KBV-Vorgaben, Teil G und für den Grundbetrag „PFG“ gemäß den KBV-Vorgaben, Teil H.

#### **2.2 Korrektur der Ausgangswerte der Grundbeträge im aktuellen Abrechnungsquartal**

**2.2.1** Für den Fall, dass im jeweiligen Vorjahresquartal im Rahmen der Vergütung von antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM der in § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppen Finanzmittel vom hausärztlichen Verteilungsvolumen abgezogen wurden oder überschüssige Finanzmittel dem hausärztlichen Verteilungsvolumen zugeführt wurden, ist folgende Korrektur vorzunehmen:

Übersteigen im 4. Quartal 2012 die an die betroffenen Ärzte für die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM der in § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppen ausgezahlten Honorare den entsprechend des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 218. Sitzung am 26. März 2010, Teil F, Anhang 1 zu Anlage 4, Schritt 17.) im 4. Quartal 2010 gebildeten Vor-



wegabzug „Psychotherapie“, gesteigert um die vereinbarten Veränderungsraten der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für die Jahre 2011 und 2012 zzgl. FKZ-Saldo, wird der Anteil in Höhe des Betrages, der nach dem im Vorjahresquartal (4. Quartal 2012) angewandten Trennungsfaktor gemäß KBV-Vorgaben, Teil B, Schritt 15.) auf den hausärztlichen Versorgungsbereich entfällt, dem Ausgangswert für den fachärztlichen Grundbetrag entnommen und dem Ausgangswert für den hausärztlichen Grundbetrag zugeführt.

Unterschreiten im 4. Quartal 2012 die an die betroffenen Ärzte für die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM der in § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppen ausbezahlten Honorare den entsprechend des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 218. Sitzung am 26. März 2010, Teil F, Anhang 1 zu Anlage 4, Schritt 17.) im 4. Quartal 2010 gebildeten Vorwegabzug „Psychotherapie“, gesteigert um die vereinbarten Veränderungsraten der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für die Jahre 2011 und 2012 zzgl. FKZ-Saldo, wird der Anteil in Höhe des Betrages, der nach dem im Vorjahresquartal (4. Quartal 2012) angewandten Trennungsfaktor gemäß KBV-Vorgaben, Teil B, Schritt 15.) auf den hausärztlichen Versorgungsbereich entfällt, dem Ausgangswert für den hausärztlichen Grundbetrag entnommen und dem Ausgangswert für den fachärztlichen Grundbetrag zugeführt.

Übersteigt im 1. bis 3. Quartal 2013 das Ausdeckelungsvolumen<sup>5</sup> der antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM der in § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppen den entsprechend des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 218. Sitzung am 26. März 2010, Teil F, Anhang 1 zu Anlage 4, Schritt 17.) im jeweiligen Quartal (1. Quartal 2011, 2. Quartal 2011 und 3. Quartal 2010) gebildeten Vorwegabzug „Psychotherapie“, gesteigert um die vereinbarten Veränderungsraten der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für die Jahre 2011 (nur 3. Quartal 2010), 2012 und 2013, wird der Anteil in Höhe des Betrages, der nach dem im Vorjahresquartal (1. bis 3. Quartal 2013) angewandten Trennungsfaktor gemäß KBV-Vorgaben, Teil B, Schritt 15.) auf den hausärztlichen Versorgungsbereich entfällt, dem Ausgangswert für den fachärztlichen Grundbetrag entnommen und dem Ausgangswert für den hausärztlichen Grundbetrag zugeführt.

Unterschreitet im 1. bis 3. Quartal 2013 das Ausdeckelungsvolumen<sup>1</sup> der antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM der in § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppen den entsprechend des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 218. Sitzung am 26. März 2010, Teil F, Anhang 1 zu Anlage 4, Schritt 17.) im jeweiligen Quartal (1. Quartal 2011, 2. Quartal 2011 und 3. Quartal 2010) gebildeten Vorwegabzug „Psychotherapie“, gesteigert um die vereinbarten Veränderungsraten der morbiditätsbedingten Ge-

---

<sup>5</sup> Das Ausdeckelungsvolumen ist der für das jeweilige Quartal (1/2013 bis 3/2013) gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses, Teil A, *Vorgaben für ein Verfahren zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs und zur Ermittlung der Aufsatzwerte und der Anteile der einzelnen Krankenkassen sowie Empfehlungen zur Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für das Jahr 2013* in seiner 288. Sitzung am 22. Oktober 2012, Nr. 2.2.1 ermittelte abzuziehende Behandlungsbedarf multipliziert mit dem für das Jahr 2013 regional vereinbarten Punktwert. Für den Fall, dass die Ausdeckelung nicht in allen Quartalen erfolgte, ist in diesen analog das Verfahren, wie für das 4. Quartal beschrieben, anzuwenden.

samtvergütung für die Jahre 2011 (nur 3. Quartal 2010), 2012 und 2013, wird der Anteil in Höhe des Betrages, der nach dem im Vorjahresquartal (1. bis 3. Quartal 2013) angewandten Trennungsfaktor gemäß KBV-Vorgaben, Teil B, Schritt 15.) auf den hausärztlichen Versorgungsbereich entfällt, dem Ausgangswert für den hausärztlichen Grundbetrag entnommen und dem Ausgangswert für den fachärztlichen Grundbetrag zugeführt.

**2.2.2** Die Finanzmittel, die aufgrund des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 297. Sitzung zur Änderung des Wirtschaftlichkeitsbonus nach der Gebührenordnungsposition 32001 eingespart werden, sind nach dem jeweiligen Anteil, der entsprechend dem angewandten Trennungsfaktor gemäß der bis zum 30. September 2013 gültigen KBV-Vorgaben, Teil B, Schritt 15.) auf den hausärztlichen bzw. fachärztlichen Versorgungsbereich entfällt, dem hausärztlichen Grundbetrag und dem versorgungsbereichsspezifischen Grundbetrag „PFG“ gemäß den KBV-Vorgaben, Teil H zuzuführen. Der Ausgangswert für den Grundbetrag „Labor“ wird entsprechend verringert.

**2.2.3** Für das 4. Quartal 2013 ist der Ausgangswert für den hausärztlichen Grundbetrag um den Anteil an dem je KV-Bezirk bereitgestellten Betrag gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 295. Sitzung zu erhöhen, der gemäß dem im Vorjahresquartal angewandten Trennungsfaktor gemäß KBV-Vorgaben, Teil B, Schritt 15.) auf den hausärztlichen Versorgungsbereich entfallen ist.

**2.3** Die gemäß 2.1. und 2.2. festgelegten Ausgangswerte für die Grundbeträge des aktuellen Abrechnungsquartals werden durch die bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs im Vorjahresquartal tatsächlich verwendete Anzahl der Versicherten dividiert, sodass sich versichertenbezogene Grundbeträge ergeben.

## **Anpassung der Grundbeträge**

### **3. Fortschreibung der Grundbeträge**

Nach der Ermittlung der Grundbeträge für das aktuelle Abrechnungsquartal gemäß 2. erfolgt die Fortschreibung nach folgendem Verfahren.

**3.1** Jeder Grundbetrag des aktuellen Abrechnungsquartals wird unter Verwendung der vereinbarten Veränderungsrate gemäß § 87a Abs. 4 Satz 3 SGB V und einer gegebenenfalls zusätzlich erfolgten Steigerung gemäß § 87a Abs. 4 Satz 4 SGB V gesteigert. Die Veränderungsrate gemäß § 87a Abs. 4 Satz 3 SGB V ist im Zeitraum vom 1. Oktober 2013 bis 30. September 2014 nicht auf den fachärztlichen Grundbetrag und die Grundbeträge „Labor“, „genetisches Labor“ sowie „PFG“ anzuwenden. Gegebenenfalls zusätzlich erfolgte Steigerungen gemäß § 87a Abs. 4 Satz 4 SGB V werden nicht auf die Grundbeträge „Labor“, „genetisches Labor“ sowie „PFG“ angewendet, es sei denn, gesamtvertragliche Regelungen stehen dem entgegen. Eine Anpassung des regionalen Punktwerts gemäß § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V ist bei in Punkten bewerteten Gebührenordnungspositionen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs analog zu berücksichtigen.

- 3.2** Zusätzliche spezifische Veränderungen eines Grundbetrags des aktuellen Abrechnungsquartals ergeben sich aufgrund der entsprechend für den jeweiligen Grundbetrag vereinbarten Anpassungen gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 bis 5 SGB V. Diese Regelung ist im Zeitraum vom 1. Oktober 2013 bis 30. September 2014 nicht auf den fachärztlichen Grundbetrag anzuwenden, ausgenommen gesamtvertraglich für bestimmte Verwendungen vereinbarte Steigerungen bzw. Beträge.
- 3.3** Der sich entsprechend 3.1 rechnerisch ergebende Betrag aus der Multiplikation der Veränderungsrate gemäß § 87a Abs. 4 Satz 3 SGB V mit dem Grundbetrag „Labor“ wird im Zeitraum vom 1. Oktober 2013 bis 30. September 2014 nach dem jeweiligen Anteil, der entsprechend dem angewandten Trennungsfaktor gemäß der bis zum 30. September 2013 gültigen KBV-Vorgaben, Teil B, Schritt 15.) auf den hausärztlichen bzw. fachärztlichen Versorgungsbereich entfällt, dem hausärztlichen und dem fachärztlichen Grundbetrag zugeführt. Der sich entsprechend 3.1 rechnerisch ergebende Betrag aus der Multiplikation gegebenenfalls zusätzlich erfolgter Steigerungen gemäß § 87a Abs. 4 Satz 4 SGB V mit dem Grundbetrag „Labor“ wird nach dem jeweiligen Anteil, der entsprechend dem angewandten Trennungsfaktor gemäß der bis zum 30. September 2013 gültigen KBV-Vorgaben, Teil B, Schritt 15.) auf den hausärztlichen bzw. fachärztlichen Versorgungsbereich entfällt, dem hausärztlichen und dem fachärztlichen Grundbetrag zugeführt.
- 3.4** Der sich entsprechend 3.1 ergebene Betrag aus der Multiplikation gegebenenfalls zusätzlich erfolgter Steigerung gemäß § 87a Abs. 4 Satz 4 SGB V mit dem Grundbetrag „genetisches Labor“ wird dem fachärztlichen Grundbetrag zugeführt.
- 3.5** Der sich entsprechend 3.1 ergebene Betrag aus der Multiplikation der Veränderungsrate gemäß § 87a Abs. 4 Satz 3 SGB V und gegebenenfalls zusätzlich erfolgter Steigerungen gemäß § 87a Abs. 4 Satz 4 SGB V
- im 4. Quartal 2013 mit dem gemäß 2.2.2 auf den fachärztlichen Versorgungsbereich in diesem Quartal entfallenden Betrag,
  - im Zeitraum vom 1. Januar 2014 bis zum 30. Juni 2014 mit der Summe aus dem gemäß 2.2.2 auf den fachärztlichen Versorgungsbereich in diesen Quartalen entfallenden Betrag und dem in diesen Quartalen für den fachärztlichen Versorgungsbereich bereitgestellten Betrag gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 295.<sup>6</sup> Sitzung sowie
  - im 3. Quartal 2014 mit der Summe aus dem gemäß 2.2.2 auf den fachärztlichen Versorgungsbereich in diesem Quartal entfallenden Betrag und den in diesem Quartal für den fachärztlichen Versorgungsbereich bereitgestellten Beträgen gemäß den Beschlüssen des Bewertungsausschusses in seiner 295.2 und 302.7 Sitzung
- wird dem fachärztlichen Grundbetrag zugeführt.

<sup>6</sup> Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 295. Sitzung zur Anpassung der kassenspezifischen Aufsatzwerte des bereinigten Behandlungsbedarfs.

<sup>7</sup> Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 302. Sitzung zu 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 sowie zur Anpassung der kassenspezifischen Aufsatzwerte des bereinigten Behandlungsbedarfs gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 SGB V und der Anteile der einzelnen Krankenkassen gemäß § 87a Abs. 4 Satz 2 SGB V.

Der sich entsprechend 3.1 ergebende Betrag aus der Multiplikation gegebenenfalls zusätzlich erfolgter Steigerungen gemäß § 87a Abs. 4 Satz 4 SGB V mit dem Grundbetrag „PFG“ wird ab dem 1. Oktober 2014 dem fachärztlichen Grundbetrag zugeführt.

- 3.6** Aus der Multiplikation der Grundbeträge „Labor“ und „ärztlicher Bereitschaftsdienst“ sowie des haus- und fachärztlichen Grundbetrags mit der Anzahl der Versicherten, die im aktuellen Abrechnungsquartal bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs verwendet werden, entstehen die jeweiligen Vergütungsvolumina.
- 3.7** In den Vergütungsvolumina der jeweiligen Grundbeträge sind im aktuellen Abrechnungsquartal die notwendigen Bereinigungen, die durch das SGB V vorgesehen sind, sowie Änderungen in der Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu berücksichtigen. Die Umsetzung erfolgt anteilig aus dem bzw. in den jeweiligen betroffenen Vergütungsvolumen des jeweiligen Grundbetrags in der Höhe der gemäß dem gesamtvertraglich vereinbarten Verfahren der Bereinigung bzw. Ein- oder Ausdeckelung bestimmten Beträge. Mit Ausnahme der Bereinigung aufgrund von Ausdeckelungen oder der Addition aufgrund von Eindeckelung bleiben die Bereinigungen in den Ausgangswerten gemäß 8. der jeweiligen Grundbeträge für das Folgejahr unberücksichtigt.

*Anmerkung:*

*Zur Ermittlung der Höhe der notwendigen Bereinigung aufgrund von Selektivverträgen ab dem 1. Januar 2014 wird die notwendige Anpassung der Vorgaben zur Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung durch eine Arbeitsgruppe aus Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenärztlicher Bundesvereinigung erarbeitet.*

#### **4. Angleichung an die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung**

Soweit die Summe der gemäß 2. bis 3. sowie gemäß KBV-Vorgaben, Teil G und Teil H gebildeten Vergütungsvolumina aller Grundbeträge, die die gemäß 6. ermittelten Vorwegabzüge beinhalten, nicht der Summe der vereinbarten bereinigten morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen des aktuellen Abrechnungsquartals entspricht, wird folgende Korrektur vorgenommen: Die Differenz zwischen der vereinbarten bereinigten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und der Summe der Vergütungsvolumina aller Grundbeträge wird ermittelt und entsprechend der Anteile der gemäß 2. bestimmten Ausgangswerte eines jeden Grundbetrags dem jeweiligen Grundbetrag zugeführt oder entnommen.

#### **5. Berücksichtigung von Wechsel zwischen den Versorgungsbereichen**

Beim Wechsel des Versorgungsbereichs durch einen Vertragsarzt sind die Vergütungsvolumina der haus- und fachärztlichen Grundbeträge mit Ausnahme der nachfolgenden Regelung nicht anzupassen:

- 5.1** Vertragsärzte, die gemäß § 73 SGB V dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören und aus Gründen der Sicherstellung nach dem 1. Juli 2010 eine Genehmigung erhalten haben, in den Vereinbarungen gemäß § 6 Abs. 2 des Vertrages über die hausärztliche Versorgung genannte Leistungen abzu-

rechnen, erhalten die Vergütungen für den abgerechneten Leistungsbedarf dieser Leistungen aus dem Vergütungsvolumen des fachärztlichen Grundbetrags.

- 5.2** Für 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 basiswirksam die Vergütungen für den abgerechneten Leistungsbedarf dieser Leistungen, soweit sie im Zeitraum vom 1. Januar 2009 bis zum 30. Juni 2010 infolge des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschuss in seiner 7. Sitzung vom 27. und 28. August 2008 aus dem versorgungsbereichsspezifischen Leistungsvolumen des hausärztlichen Vergütungsbereichs gezahlt werden, quartalsweise auf der Basis des Vorjahresquartals im Vergütungsvolumen des hausärztlichen Grundbetrags zu bereinigen und dem Vergütungsvolumen des fachärztlichen Grundbetrags zuzuführen.

## **6. Ermittlung von Vorwegabzügen für gesetzliche und vertragliche Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigung**

Die Bereitstellung der benötigten Vergütungsvolumen für Vorwegabzüge gemäß 1.1 erfolgt aus dem jeweiligen Vergütungsvolumen des betroffenen Grundbetrags.

## **Ausgleich von Unter- und Überschüssen**

### **7. Ausgleich von Unter- und Überschüssen in Bezug auf die Vergütungsvolumina der Grundbeträge „Labor“, „ärztlicher Bereitschaftsdienst“, „genetisches Labor“ und „PFG“**

Soweit in der Quartalsabrechnung Unter- und Überschüsse in Bezug auf die gemäß 2. bis 6. abschließend bestimmten Vergütungsvolumina der Grundbeträge „Labor“ und „ärztlicher Bereitschaftsdienst“ sowie der versorgungsbereichsspezifischen Grundbeträge „genetisches Labor“ und „PFG“ festgestellt werden, werden diese wie nachfolgend dargestellt angepasst und die dafür notwendigen Finanzmittel wie folgt bereitgestellt:

- 7.1** Eine ggf. notwendige quartalsbezogene Finanzierung eines Unterschusses gemäß KBV-Vorgaben, Teil E, Nr. 3.5 erfolgt nach dem jeweiligen Anteil, der entsprechend dem angewandten Trennungsfaktor gemäß der bis zum 30. September 2013 gültigen KBV-Vorgaben, Teil B, Schritt 15.) auf den hausärztlichen bzw. fachärztlichen Versorgungsbereich entfällt. Im Falle von Überschüssen erfolgt die Aufteilung auf die Vergütungsvolumina des haus- und fachärztlichen Grundbetrags nach dem gleichen Verfahren gemäß Satz 1. Diese ggf. erfolgenden Anpassungen bleiben im Ausgangswert des Grundbetrags „Labor“ sowie den Ausgangswerten der haus- und fachärztlichen Grundbeträge für das Folgejahr unberücksichtigt.

- 7.2** Eine ggf. notwendige quartalsbezogene Finanzierung eines Unterschusses im Vergütungsvolumen des Grundbetrags „ärztlicher Bereitschaftsdienst“ erfolgt entsprechend der Anzahl der Vertragsärzte entsprechend in den jeweiligen Versorgungsbereichen im Abrechnungsquartal der Zählung gemäß der bis zum 30. September 2013 gültigen KBV-Vorgaben, Teil B, Schritt 11.). Im Falle von Überschüssen erfolgt die Aufteilung auf die Vergütungsvolumina des haus- und fachärztlichen Grundbetrags nach dem gleichen Verfahren gemäß Satz 1. Diese ggf. erfolgenden Anpassungen bleiben im Ausgangswert des Grundbetrags „ärztlicher Bereitschaftsdienst“ sowie in den Ausgangswerten der haus- und fachärztlichen Grundbeträge für das Folgejahr unberücksichtigt.
- 7.3** Eine ggf. notwendige quartalsbezogene Finanzierung eines Unterschusses im Vergütungsvolumen des Grundbetrags „genetisches Labor“ erfolgt aus dem Vergütungsvolumen des fachärztlichen Grundbetrags. Im Falle von Überschüssen erfolgt die Zuführung dieses Überschusses zum Vergütungsvolumen des fachärztlichen Grundbetrags. Diese ggf. erfolgenden Anpassungen bleiben in den Ausgangswerten des Grundbetrags „genetisches Labor“ sowie des fachärztlichen Grundbetrags für das Folgejahr unberücksichtigt.
- 7.4** Eine ggf. notwendige quartalsbezogene Finanzierung eines Unterschusses im Vergütungsvolumen des Grundbetrags „PFG“ erfolgt aus dem Vergütungsvolumen des fachärztlichen Grundbetrags. Im Falle von Überschüssen erfolgt die Zuführung dieses Überschusses zum Vergütungsvolumen des fachärztlichen Grundbetrags. Diese ggf. erfolgenden Anpassungen bleiben in den Ausgangswerten des Grundbetrags „PFG“ sowie des fachärztlichen Grundbetrags für das Folgejahr unberücksichtigt.

Darüber hinausgehende Anpassungen dürfen nicht durchgeführt werden.

## **Festlegung der Ausgangswerte für die Grundbeträge (Zeitraum ab 1. Oktober 2014)**

### **8. Regelverfahren zur Ermittlung der Ausgangswerte für Grundbeträge**

Ab dem 1. Oktober 2014 bilden die Grundbeträge nach 3. bis 6. im Vorjahresquartal die Ausgangswerte für die Anpassung der Grundbeträge. Dabei sind Beträge aus dem Vorjahresquartal, die gemäß den Ziffern 3.7. und 7 nicht basiswirksam sind, entsprechend nicht zu berücksichtigen. Auf der Basis dieser Ausgangswerte werden in jedem aktuellen Abrechnungsquartal die entsprechenden Grundbeträge gemäß den Verfahren gemäß 3. bis 6. festgelegt.

### **9. Überprüfung der Umsetzung**

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung wird zeitnah, jedoch spätestens 6 Monate nach Ablauf des entsprechenden Quartals im Zeitraum vom 1. Oktober 2013 bis zum 30. September 2014, die Umsetzung dieser Vorgaben in den Honorarverteilungsmaßstäben der Kassenärztlichen Vereinigungen in Zusammenarbeit mit einer Arbeitsgruppe der Kassenärztlichen Vereinigungen überprüfen. Die Kassen-

ärztlichen Vereinigungen stellen die hierfür erforderlichen Daten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Verfügung.

*Anmerkungen:*

- 1. Zum jetzigen Zeitpunkt sind keine wissenschaftlich evaluierten Indikatoren zur Berücksichtigung von Leistungsverlagerungen zwischen dem haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich bekannt. Sobald diese vorliegen, werden diese Vorgaben entsprechend angepasst.*
- 2. Bis zum 30. September 2015 ist zu überprüfen, ob der Grundbetrag „Labor“ anteilig in den hausärztlichen und fachärztlichen Grundbetrag überführt werden kann.*

## **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 = (relevante Arztfallzahl der Arztpraxis im Vorjahresquartal / 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. schwerpunktgleicher 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 2012<sup>8910</sup>

Die Vergütung von Leistungen und Kostenpauschalen der Laboratoriumsmedizin erfolgt innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV). Im Rahmen der Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung ist unter anderem ein Grundbetrag je Versicherten für die Vergütung von Leistungen und Kostenpauschalen der Laboratoriumsmedizin (Grundbetrag „Labor“) 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** Bei der Bereitstellung des Vergütungsvolumens wird in den Quartalen 4/2013 und 3/2014 wie folgt verfahren: Ermittlung der Summe der gemäß den im jeweiligen Vorjahresquartal gültigen KBV-Vorgaben, Teil B, bestimmten Vorwegabzüge für laboratoriumsmedizinische Leistungen (TVG2 gemäß Schritt 18.) über alle Kassenärztlichen 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.

---

<sup>8</sup> 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.

<sup>9</sup> 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.

<sup>10</sup> 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.

Ab dem Quartal 4/2014 gilt für die Bereitstellung des Vergütungsvolumens Folgendes: In den Quartalen 4/2014 bis 3/2015 erfolgt die Ermittlung des Vergütungsvolumens auf Basis der Summe der für das jeweilige Vorjahresquartal gemäß Teil B, Nrn. 2.1 bis 4. gebildeten Vergütungsvolumina für den Grundbetrag „Labor“ über alle Kassenärztlichen Vereinigungen. Ab dem Quartal 4/2015 wird die Summe der gemäß Teil B, Nr. 8 gebildeten Vergütungsvolumina für den Grundbetrag „Labor“ aller Kassenärztlichen Vereinigungen zugrunde gelegt.

**1.1.2** Vom Vergütungsvolumen gemäß 1.1.1 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.

**1.1.3** 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.

**1.1.4** Ermittlung der Abstaffelungsquote Q durch Division des gemäß 1.1.2 reduzierten Vergütungsvolumens nach 1.1.1 durch das Volumen nach 1.1.3.

**1.1.5** Auf Basis von Halbjahreswerten wird entsprechend der Rechensystematik gemäß 1.1.1 bis 1.1.4 eine Abstaffelungsquote für das jeweilige Halbjahr ermittelt.

**1.1.6** Die für die Berechnung gemäß 1.1.5 benötigten Werte gemäß 1.1.1, 1.1.2 und 1.1.3 werden durch die Kassenärztlichen Vereinigungen für das Abrechnungshalbjahr jeweils am 15. Arbeitstag des 2. Monats vor Halbjahresbeginn 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 jedoch mindestens in Höhe von 0,9158 für die beiden Abrechnungsquartale 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

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

**2.1** Im Zeitraum vom 4. Quartal 2013 bis 3. Quartal 2014 wird das Vergütungsvolumen für den Grundbetrag „Labor“ gemäß Teil B, Nrn. 2.1 bis 4. zugrunde gelegt. Ab dem 4. Quartal 2014 wird das Vergütungsvolumen für den Grundbetrag „Labor“ gemäß Teil B, Nr. 8 verwendet. (=VG<sub>1</sub>)

**2.2** Dem gemäß 2.1 gebildeten Vergütungsvolumen für den Grundbetrag „Labor“ wird der voraussichtliche Saldo des Fremdkassenzahlungsausgleichs (FKZ-Saldo) für die Gebührenordnungspositionen 12210 und 12220 EBM sowie Leistungen und Kostenpauschalen des Kapitels 32 EBM hinzugefügt, um das für bereichseigene Ärzte zur Verfügung stehende Finanzvolumen zu bestimmen.

$$VG_2 = VG_1 + LFKZ_{\text{voraussichtlich}}$$

## 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<sub>2</sub> gemäß 2.2 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<sub>2</sub> gemäß 2.3 vergütet.

### 3.3 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<sub>2</sub> 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. 3.4 mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung multipliziert mit der bundeseinheitlichen Abstufungsquote Q gemäß 1.1.5 aus dem Vergütungsvolumen VG<sub>23</sub> gemäß 2.2 vergütet. Für Abschnitt 32.2 ist die Regelung für Laborgemeinschaften in Ziffer 1 Satz 2 zum Abschnitt 32.2 EBM zu berücksichtigen.

### 3.4 Vergütung der speziellen Laboratoriumsuntersuchungen bei „Nicht-Laborärzten“

**3.4.1** 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. 3.3 zu vergüten.

**3.4.2** Die Höhe der Budgets ergibt sich aus dem Produkt des für die Arztgruppe vorgegebenen, mit der bundeseinheitlichen Abstufungsquote Q gemäß 1.1.5 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 3.4.2

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

Die Kassenärztliche Vereinigung kann für jede der genannten Arztgruppen einen KV-spezifischen Referenzfallwert festsetzen, maximal jedoch in Höhe des für die jeweilige Arztgruppe genannten Wertes.

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.

**3.4.4** Die Kassenärztliche Vereinigung kann darüber hinaus Praxen mit Ärzten aus nicht in 3.4.3 genannten Arztgruppen einer Referenz-Fallwertgruppe nach 3.4.3 zuordnen und eine entsprechende Budgetierung nach 3.4.1 durchführen.

**3.4.5** Die Regelungen nach 3.4.1 bis 3.4.3 sind für alle Nicht-Laborärzte verbindlich anzuwenden, es sei denn, betroffene Ärzte weisen der Kassenärztlichen Vereinigung nach, dass sie die Anforderungen der Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen erfüllen. In diesem Fall kann die Kassenärztliche Vereinigung das Budget nach 3.4.2 erweitern, aussetzen oder bedarfsgerecht anpassen<sup>11</sup>

### **3.5 Finanzierung der Leistungen**

Im Falle eines Unter- oder Überschusses des Vergütungsvolumens  $VG_2$  durch die Vergütungen nach 3.1 bis 3.4 ist die Regelung nach Teil B, Nr. 7.1 anzuwenden.

#### *Anmerkung:*

*Der Mindestpunktwert für die Abstaffelungsquote in Höhe von 0,9158 gemäß Nr. 1.2 entspricht der zum Zeitpunkt des Beschlusses zur Anpassung des Teils E der Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zuletzt bekanntgegebenen Quote für das zweite Halbjahr 2013. Bis zum 30. September 2015 ist in Zusammenhang mit der Prüfung des Grundbetrages „Labor“ gemäß KBV-Vorgabe, Teil B auch die Mindestquote zu überprüfen.*

<sup>11</sup> Sofern die Änderung von einer Kassenärztlichen Vereinigung nicht mehr mit Wirkung zum 1. Oktober 2013 berücksichtigt werden kann, ist die Regelung Nr. 3.4.5 spätestens mit Wirkung zum 1. Januar 2014 umzusetzen.

## 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. Oktober 2013 bis 31. Dezember 2013**

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 Vergütungsvolumen der (versorgungsbereichsspezifischen) Grundbeträge 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.
8. Bei Ärzten und Psychotherapeuten, die einer Kapazitätsgrenze unterliegen wird abweichend von den vorherigen Regelungen wie folgt bereinigt.



- a. Zunächst werden die für eine betroffene Arztgruppe zur Verfügung stehenden Finanzmittel entsprechend der Höhe der auf die psychotherapeutischen Leistungen entfallenden 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.

## Teil G

im Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband

---

### Vorgaben zur Vergütung von Leistungen der Humangenetik (genetisches Labor)

Die Vergütung der Leistungen der Humangenetik (GOP 11220 sowie 11320 bis 11322 und Abschnitt 11.4), erfolgt innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV). Jede Kassenärztliche Vereinigung bildet jeweils einen versorgungsbereichsspezifischen Grundbetrag „genetisches Labor“ im fachärztlichen Versorgungsbereich, aus dem das Vergütungsvolumen für bereichseigene Versicherte für genetisches Labor bestimmt wird.

Für die Vergütung der Leistungen des genetischen Labors (GOP 11220 sowie 11320 bis 11322 und Abschnitt 11.4) wird durch die Kassenärztliche Vereinigung der Grundbetrag „genetisches Labor“ und das Vergütungsvolumen wie folgt ermittelt.

Auswirkungen der Selektivverträge auf die Höhe des Vergütungsvolumens des Grundbetrages „genetisches Labor“ werden entsprechend berücksichtigt.

#### 1. **Erstmalige Bestimmung des Ausgangswertes und des Vergütungsvolumens für genetisches Labor (im Zeitraum vom 4. Quartal 2013 bis 3. Quartal 2014)**

1.1 Für die erstmalige Bestimmung des Ausgangswertes für den Grundbetrag „genetisches Labor“ wird im Zeitraum vom 4. Quartal 2013 bis zum 3. Quartal 2014 die für das Vorjahresquartal zutreffende morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV für die entsprechende Behandlung bzw. Untersuchung von Material bereichseigener Versicherter durch bereichseigene und bereichsfremde Vertragsärzte) für die Leistungen des genetischen Labors (GOP 11320 bis 11322 und Abschnitt 11.4 EBM) ermittelt. Soweit der im entsprechenden Vorjahresquartal für die Behandlung und Untersuchung bereichseigener Versicherter angeforderte Leistungsbedarf gemäß Euro-Gebührenordnung multipliziert mit dem Faktor 0,85 den gemäß Satz 1 ermittelten Ausgangswert unterschreitet, wird dieser entsprechend gemindert.

1.2 Aus der Division des gemäß 1.1 bestimmten Ausgangswertes durch die im Vorjahresquartal tatsächlich verwendete Anzahl der Versicherten ergibt sich je Abrechnungsquartal der Grundbetrag „genetisches Labor“.

1.3 Aus der Multiplikation des Grundbetrags „genetisches Labor“ mit der Anzahl der Versicherten, die im aktuellen Abrechnungsquartal bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs verwendet werden, entsteht das Vergütungsvolumen für die Leistungen des genetischen Labors.

## **2. Regelhafte Bestimmung des Ausgangswertes und Bildung des Vergütungsvolumens für genetisches Labor (ab dem Quartal 4/2014)**

2.1 Nach der erstmaligen Bestimmung des Grundbetrags und des Vergütungsvolumens „genetisches Labor“ im Zeitraum vom 4. Quartal 2013 bis 3. Quartal 2014 gemäß 1. erfolgt ab dem 4. Quartal 2014 die Bestimmung durch Fortschreibung des Grundbetrags „genetisches Labor“ des Vorjahresquartals mittels Multiplikation mit der vereinbarten Veränderungsrate gemäß § 87a Abs. 4 Satz 3 SGB. Für den Fall einer Anpassung des regionalen Punktwerts gemäß § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V ist diese analog zu berücksichtigen.

2.2 Zusätzliche spezifische Steigerungen des Grundbetrags „genetisches Labor“ für das aktuelle Abrechnungsquartal ergeben sich aufgrund der entsprechend für Leistungen dieses Grundbetrags vereinbarten Anpassungen gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 bis 5 SGB V.

2.3 Aus der Multiplikation des Grundbetrages „genetisches Labor“ mit der Anzahl der Versicherten, die im aktuellen Abrechnungsquartal bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs verwendet werden, entsteht das Vergütungsvolumen für die Leistungen des genetischen Labors.

### *Anmerkungen:*

- 1. Die Bewertungen der Leistungen des genetischen Labors gemäß 1. sollen zeitgleich durch Beschluss des Bewertungsausschusses um 25 % abgewertet werden.*
- 2. Die gemäß Nr. 1.1 für die Leistungen des genetischen Labors zutreffende morbiditätsbedingte Gesamtvergütung entspricht dem diesen Bereich zugeordneten Honorar abzüglich des Saldos aus den Forderungen für Leistungen dieses Bereichs bei bereichsfremden Versicherten durch bereichseigene Vertragsärzte und den Verbindlichkeiten für Leistungen dieses Bereichs bei bereichseigenen Versicherten durch bereichsfremde Vertragsärzte.*

## Teil H

im Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband

---

### **Vorgabe zur Ermittlung des versorgungsbereichsspezifischen Grundbetrags für die Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung „PFG“**

#### **1. Erstmalige Bestimmung des versorgungsbereichsspezifischen Grundbetrags „PFG“**

**(Zeitraum 1. Oktober 2013 bis 30. September 2014)**

Für die erstmalige quartalsweise Bestimmung des versichertenbezogenen versorgungsbereichsspezifischen Grundbetrags im fachärztlichen Versorgungsbereich für die Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung (Grundbetrag „PFG“) werden vom 1. Oktober 2013 bis 30. September 2014 die folgenden Finanzmittel verwendet:

- 1.1 Für das 4. Quartal 2013 wird die Höhe des auf den fachärztlichen Versorgungsbereich entfallenden Anteils an dem je KV-Bezirk quartalsweise bereitgestellten Betrags gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses zur Anpassung der kassenspezifischen Aufsatzwerte des bereinigten Behandlungsbedarfs in seiner 295. Sitzung verwendet.
- 1.2 Die Höhe des je KV-Bezirk quartalsweise bereitgestellten Betrags gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 302. Sitzung<sup>12</sup>.
- 1.3 Die Finanzmittel, die aufgrund des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 297. Sitzung zur Änderung des Wirtschaftlichkeitsbonus nach der Gebührenordnungsposition 32001 eingespart werden, soweit sie gemäß Teil B (gültig ab dem 1. Oktober 2013), Nr. 2.2.2 dem Grundbetrag „PFG“ zugeführt werden.
- 1.4 Aus dem fachärztlichen Versorgungsbereich sind im Zeitraum vom 1. Oktober 2013 bis 30. September 2014 die gesamten Finanzmittel, die sich aus der Anwendung der Veränderungsrate gemäß § 87a Abs. 4 Satz 3 SGB V auf die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung des fachärztlichen Versorgungsbereichs ergeben, zu verwenden.
- 1.5 Es besteht die Möglichkeit, zusätzliche Finanzmittel aus gesamtvertraglichen Regelungen für die Bestimmung des Grundbetrags „PFG“ zu verwenden. Soweit diese Finanzmittel im Rahmen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und nicht ausdrücklich für die Finanzierung der PFG vereinbart werden, erfolgt die Verwendung ausschließlich zu Lasten des fachärztlichen Grundbetrags.

---

<sup>12</sup> Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 302. Sitzung zu 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 sowie zur Anpassung der kassenspezifischen Aufsatzwerte des bereinigten Behandlungsbedarfs gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 SGB V und der Anteile der einzelnen Krankenkassen gemäß § 87a Abs. 4 Satz 2 SGB V.

Das sich ergebene Vergütungsvolumen wird durch die bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs im aktuellen Abrechnungsquartal verwendete Anzahl der Versicherten dividiert, sodass sich der versichertenbezogene Grundbetrag „PFG“ ergibt.

## **2. Fortschreibung des Grundbetrags „PFG“**

**(ab 1. Oktober 2014)**

Der Grundbetrag „PFG“ wird ab dem 1. Oktober 2014 nach dem folgenden Verfahren basiswirksam fortgeschrieben:

- 2.1 Der Grundbetrag „PFG“ des aktuellen Abrechnungsquartals wird unter Verwendung der vereinbarten Veränderungsrate gemäß § 87a Abs. 4 Satz 3 SGB V gesteigert. Für den Fall einer Anpassung des regionalen Punktwerts gemäß § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V ist diese analog zu berücksichtigen.
- 2.2 Zusätzliche spezifische Steigerungen des Grundbetrags „PFG“ des aktuellen Abrechnungsquartals ergeben sich aufgrund der entsprechend für den Grundbetrag vereinbarten Anpassungen gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 bis 5 SGB V.
- 2.3 Das Vergütungsvolumen ergibt sich durch die Multiplikation des Grundbetrags „PFG“ mit der bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs im aktuellen Abrechnungsquartal verwendeten Anzahl der Versicherten.

Auswirkungen der Selektivverträge auf die Höhe des Vergütungsvolumens des versorgungsbereichsspezifischen Grundbetrags „PFG“ werden entsprechend berücksichtigt.