

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

gültig ab 01. Oktober 2014



Inhaltsverzeichnis:

ABSCHNITT I - ALLGEMEINE BESTIMMUNGEN	6
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
ABSCHNITT II - VERTEILUNG DER VERTRAGSÄRZTLICHEN VERGÜTUNG	7
1. Vergütung von Leistungen außerhalb der haus- und fachärztlichen Vergütungsvolumina .	7
1.1 Leistungen und Kosten der Laboratoriumsmedizin.....	8
1.2 Leistungen des organisierten Notfalldienstes	10
2. Bildung der Vergütungsvolumina für die haus- und fachärztliche Versorgung.....	11
3. Verteilung innerhalb des hausärztlichen Versorgungsbereichs	11
3.1 Bildung von Vorwegabzügen zur Ermittlung des hausärztlichen (versorgungsbereichsspezifischen) Verteilungsvolumens (VV _{VB}).....	11
3.2 Bildung der arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumina (VV _{AG})	12
4. Verteilung innerhalb des fachärztlichen Versorgungsbereichs	12
4.1 Bildung von Vorwegabzügen zur Ermittlung des angepassten fachärztlichen Vergütungsvolumens	12
4.2 Bildung von Vorwegabzügen zur Ermittlung des fachärztlichen (versorgungsbereichsspezifischen) Verteilungsvolumens (VV _{VB}).....	13
4.3 Bildung der arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumina (VV _{AG})	14
5. Vergütung der Leistungen der haus- und fachärztlichen Vorwegabzüge	14
5.1 Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung („PFG“)	14
5.2 Leistungen der Humangenetik (genetisches Labor) nach den GOP 11220, 11320-11322 EBM und Abschnitt 11.4 EBM	15
5.3 Kostenpauschalen nach Kapitel 40 EBM.....	15
5.4 Haus- und Heimbesuche.....	15
5.5 Humangenetische Leistungen des Abschnitts 11.2 EBM (ohne GOP 11220 EBM) sowie die GOP 11230-11312 EBM	15
5.6 Pathologische Leistungen nach Kapitel 19 EBM	16
5.7 Leistungen in nicht RLV-relevanten Fällen	16
5.8 Radiologen und Nuklearmediziner	16
5.9 Ermächtigte Ärzte und Einrichtungen	16

5.10	Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie andere ausschließlich psychotherapeutisch tätiger Vertragsärzte gemäß den Kriterien der Bedarfsplanungsrichtlinien (ab dem 01.04.2013)	17
5.11	Leistungen von Arztgruppen ohne RLV (außer den in 4.2 g), h) und i) genannten Arztgruppen), die nicht in Ziffer 4.1 b) oder 4.2 a) - f) genannt sind ...	17
5.12	Überschreitungsvolumen	17
5.13	Leistungen der hausärztlichen geriatrischen Versorgung nach Abschnitt 3.2.4 EBM, der sozialpädiatrischen Versorgung nach Abschnitt 4.2.4 EBM sowie der palliativmedizinischen Versorgung nach den Abschnitten 3.2.5 und 4.2.5 EBM..	18
6.	Verteilung und Vergütung innerhalb der arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumina (VV_{AG}).....	18
6.1	Vorwegabzüge innerhalb der arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumina	18
6.2	Vergütung der Leistungen der Vorwegabzüge innerhalb der arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumina	19
7.	Honorarvolumen	19
7.1	Definition.....	19
7.2	Ärzte und Arztgruppen	20
7.3	Bezugsgrößen.....	20
7.3.1	Quartalsbezug.....	20
7.3.2	Arztbezug.....	20
7.3.3	Tätigkeitsumfang.....	21
7.4.	Ermittlung des Honorarvolumens je Arzt	21
7.4.1	Regelleistungsvolumen	21
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.....	22
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.....	24
7.4.4	Qualifikationsgebundene Zusatzvolumina	26
7.4.5	Honorarvolumen je Arzt	26
7.5	Arztpraxisbezogene Festsetzung des Honorarvolumens.....	27
7.5.1	Arztpraxisbezogene Ermittlung des Honorarvolumens	27
7.5.2	Änderungen des Teilnahmestatus einer Praxis	27

7.6	Für Regelleistungsvolumina und qualifikationsgebundene Zusatzvolumina relevante Fälle (RLV-Fälle).....	27
7.7	Praxisbesonderheiten	28
7.8	Härtefallregelung.....	29
8.1	Anwendungsbereich	29
8.2	Festsetzung der zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen	30
ABSCHNITT III – SONSTIGE BESTIMMUNGEN.....		30
1.	Kalkulationssicherheit.....	30
2.	Rückstellungen.....	31
3.	Selektivverträge.....	31
4.	Schlussbestimmungen	32
5.	Inkrafttreten	32
ANLAGEN:		33
Anlage 1:	RLV-Arztgruppen.....	33
Anlage 1a:	Arztgruppendifferenzierung für BAG-Zuschläge nach Abschnitt II, Ziffer 7.4.2 und 7.4.3	34
Anlage 2:	Zuordnung der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina (QZV) nach Abschnitt II, Ziffer 7.4.4	35
Anlage 3:	Berechnung des arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumens nach Abschnitt II, Ziffer 3.2 bzw. Ziffer 4.3	41
1.	Berechnung des arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumens (VV_{AG}).....	41
2.	Berücksichtigung von Veränderungen der Bewertung ärztlicher Leistungen des EBM durch Anpassungsfaktoren.....	42
Anlage 4a:	Berechnung der arztgruppenspezifischen Vergütungsbereiche für die Arztgruppen des hausärztlichen Versorgungsbereiches (Anlage 1 Nr. 1)	43
1.	Berechnung des arztgruppenspezifischen Vergütungsbereichs für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der Regelleistungsvolumina ($RLV_{AGHÄ}$).....	43
1.a	Differenzierung nach Altersklassen	44
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}).....	45

3.	Berechnung des arztgruppenspezifischen Vergütungsbereichs für die Vergütung der ausführlichen ärztliche Gespräche nach GOP 03230 und 04230 EBM (VV _{AGGSP}).....	45
4.	Berechnung des Vergütungsbereichs für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina (QZV _{AGHÄ}).....	46
Anlage 4b:	Berechnung der arztgruppenspezifischen Vergütungsbereiche für die Arztgruppen des fachärztlichen Versorgungsbereiches (Anlage 1 Nr. 2)	47
1.	Berechnung des arztgruppenspezifischen Vergütungsbereichs für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der Regelleistungsvolumina (RLV _{AGFÄ}).....	47
1.a	Differenzierung nach Altersklassen	48
2.	Berechnung des Vergütungsbereichs für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina (QZV _{AGFÄ})	48
3.	Berechnung der arztgruppenspezifischen Vergütungsbereiche für die Arztgruppe der Augenärzte	49
Anlage 5:	Berechnung des Regelleistungsvolumens (RLV) je Arzt gemäß Abschnitt II, Ziffer 7.4.1	50
1.	Berechnung der arztgruppenspezifischen Fallwerte	50
2.	Berechnung des Regelleistungsvolumens je Arzt.....	51
Anlage 6:	Berechnung der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina (QZV) gemäß Abschnitt II, Ziffer 7.4.4	52
1.	Berechnung des Vergütungsbereichs je qualifikationsgebundenem Zusatzvolumen für jede Arztgruppe gemäß Anlage 2	52
2.	Berechnung des qualifikationsgebundenen Zusatzvolumens	53
2.1	Berechnung des Fallwertes für ein qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	53
2.2	Berechnung der arztindividuell volumenbezogenen qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina	53
Anlage 7:	Verteilung und Vergütung innerhalb des Vergütungsvolumens für Radiologen und Nuklearmediziner nach Abschnitt II, Ziffer 4.2 g).....	56
1.	Verteilung.....	56
2.	Vergütung	56
Anlage 8:	Vergütung im Organisierten Notfalldienst.....	57
Anlage 9:	Vergütung der Besuche nach den Gebührenordnungspositionen	58
	01410, 01413 und 01415 EBM	58
Anlage 10:	KBV-Vorgaben gemäß § 87b Abs. 4 SGB V	59

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.¹

2. Grundsätze der Vergütung der Ärzte

2.1 Vergütung vertragsärztlicher Leistungen

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

2.2 Leistungsabgrenzung

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

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

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

2.3 Mengensteuerung und Kalkulationssicherheit

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

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

Abschnitt II - Verteilung der vertragsärztlichen Vergütung

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

In Umsetzung der Vorgabe der KBV gemäß § 87b Abs. 4 SGB V, Teil B (vgl. Anlage 10) erfolgt die Vergütung für 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

Die Vergütung der Laborleistungen und -kosten nach a) - e) erfolgt - in Umsetzung der Vorgabe der KBV gemäß § 87b Abs. 4 SGB V, Teil E (vgl. Anlage 10) - aus dem Vergütungsvolumen, das sich nach Ziffer 2.1 dieser Vorgabe (vgl. Anlage 10) 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 Euro-Gebührenordnung vergütet. Die weiteren Laboratoriumsuntersuchungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM werden mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung multipliziert mit der bundeseinheitlichen Abstufungsquote Q gemäß der Vorgabe der KBV nach § 87b Abs. 4 SGB V Teil E, Ziffer 1.1.5 (vgl. Anlage 10) vergütet. Für Abschnitt 32.2 ist die Regelung für Laborgemeinschaften in Ziffer 1 Satz 2 zum Abschnitt 32.2 EBM zu berücksichtigen.

e) Vergütung der speziellen Laboratoriumsuntersuchungen bei „Nicht-Laborärzten“

- i. 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 d) zu vergüten.
- ii. Die Höhe der Budgets ergibt sich aus dem Produkt des für die Arztgruppe vorgegebenen, mit der bundeseinheitlichen Abstufungsquote Q gemäß der Vorgabe der KBV nach § 87b Abs. 4 SGB V Teil E, Ziffer 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.

iii. Referenz-Fallwerte für die Ermittlung des Budgets nach ii.

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

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

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

1.2 Leistungen des organisierten Notfalldienstes

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

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

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

3. Verteilung innerhalb des hausärztlichen Versorgungsbereichs

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

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

- a) Zahlungen im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 75 Abs. 7 und 7a SGB V auf Basis des Vorjahresquartals
- b) Rückstellungen nach Abschnitt III, Ziffer 2
- c) Vergütung der innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanzierten Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM
- d) Vergütung für die Haus- und Heimbefuche (GOP 01410, 01413, 01415 EBM) gemäß Anlage 9
- 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 bereitgestell-

ten 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_{AG})

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

4. Verteilung innerhalb des fachärztlichen Versorgungsbereichs

4.1 Bildung von Vorwegabzügen zur Ermittlung des angepassten fachärztlichen Vergütungsvolumens

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

- a) Vergütung für die Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung („PFG“) der GOP 05220, 06220, 07220, 08220, 09220, 10220, 13220, 14214, 16215, 18220, 20220, 21218, 22216, 23216, 26220, 27220 EBM
- b) Vergütungsvolumen nach Teil G, Nr. 1.3 der Vorgabe der KBV gemäß § 87b Abs. 4 SGB V für die Leistungen des genetischen Labors (GOP 11220, 11320 - 11322 und Abschnitt 11.4 EBM)
- c) Für einen Strukturfonds nach § 105 Abs. 1a SGB V ggf. erforderliche Beträge

Es verbleibt das angepasste fachärztliche Vergütungsvolumen.

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

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

- a) Rückstellungen nach Abschnitt III, Ziffer 2
- b) Vergütung der innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanzierten Kostenpauschalen des Kapitels 40
- c) Vergütung für die Haus- und Heimbefuche (GOP 01410, 01413, 01415 EBM) gemäß Anlage 9
- d) Prozentualer Vergütungsanteil für humangenetische Leistungen des Abschnitts 11.2 EBM (ohne GOP 11220 EBM) sowie die GOP 11230 - 11312 EBM am fachärztlichen Verteilungsvolumen im entsprechenden Quartal des Zeitraums 3/2011 - 2/2012
- e) Prozentualer Vergütungsanteil für pathologische Leistungen des Kapitels 19 EBM am fachärztlichen Verteilungsvolumen im entsprechenden Quartal des Zeitraums 3/2011 - 2/2012
- f) Leistungen, die in Behandlungsfällen erbracht werden, die nicht in Ziffer 7.6 genannt sind und nicht in Ziffer 1, Ziffer 4.1 a) - b) oder 4.2 b) - e) genannt sind
- g) Prozentualer Vergütungsanteil der Radiologen und Nuklearmediziner am fachärztlichen Verteilungsvolumen im entsprechenden Quartal des Zeitraums 3/2011 - 2/2012 für Leistungen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, die nicht in Ziffer 1, Ziffer 4.1 a) - b) oder Ziffer 4.2 b) - f) genannt sind, multipliziert mit einem Faktor von 0,94 zur Berücksichtigung der Änderungen des EBM zum 01.04.2013 hinsichtlich der CT- gesteuerten Interventionen
- 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, Ziffer 4.1 a) - b) oder 4.2 b) - f) 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, Ziffer 4.1 a) - b) oder 4.2 b) - f) genannt sind
- j) Leistungen von Arztgruppen ohne RLV (außer den in g), h) und i) genannten Arztgruppen), die nicht in Ziffer 4.1 a) - b) oder 4.2 b) - f) genannt sind
- k) Prozentualer Vergütungsanteil der abgestaffelt vergüteten Leistungen nach Ziffer 7.1 am fachärztlichen Verteilungsvolumen im entsprechenden Quartal des Zeitraums 3/2011 - 2/2012

4.3 Bildung der arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumina (VV_{AG})

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

5. Vergütung der Leistungen der haus- und fachärztlichen Vorwegabzüge

5.1 Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung („PFG“)

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

5.2 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 b) vergütet. Übersteigt das angeforderte Leistungsvolumen in Euro das zur Verfügung stehende Vergütungsvolumen, werden die Leistungen nach Satz 1 gleichmäßig an alle Leistungserbringer in dem Verhältnis vergütet, das sich aus der Gegenüberstellung des Vergütungsvolumens zum Anforderungsvolumen ergibt.

5.3 Kostenpauschalen nach Kapitel 40 EBM

Kostenpauschalen nach Kapitel 40 EBM werden je Versorgungsbereich nach Ziffer 3.1 c) bzw. 4.2 b) mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet.

5.4 Haus- und Heimbesuche

Haus- und Heimbesuche nach den GOP 01410, 01413, 01415 EBM werden je Versorgungsbereich nach Ziffer 3.1 d) bzw. 4.2 c) nach Maßgabe der Regelungen in Anlage 9 vergütet.

5.5 Humangenetische Leistungen des Abschnitts 11.2 EBM (ohne GOP 11220 EBM) sowie die GOP 11230-11312 EBM

Humangenetische Leistungen des Abschnitts 11.2 EBM (ohne GOP 11220 EBM) sowie die GOP 11230-11312 EBM Kapitel 11 EBM werden aus dem Vergütungsvolumen vergütet, das sich nach Ziffer 4.2 d) ergibt. Unterschreitungen werden bei der Kalkulation des nächstmöglichen Quartals berücksichtigt. Übersteigt das angeforderte Leistungsvolumen in Euro das zur Verfügung stehende Vergütungsvolumen, werden die Leistungen nach Satz 1 gleichmäßig an alle Leistungserbringer in dem Verhältnis vergütet, das sich aus der Gegenüberstellung des Vergütungsvolumens zum Anforderungsvolumen ergibt. Es ist sicherzustellen, dass das angeforderte Leistungsvolumen mindestens zu einem Anteil von 70 % vergütet wird.

5.6 Pathologische Leistungen nach Kapitel 19 EBM

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

5.7 Leistungen in nicht RLV-relevanten Fällen

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

5.8 Radiologen und Nuklearmediziner

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

5.9 Ermächtigte Ärzte und Einrichtungen

Die innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanzierten Leistungen ermächtigter Ärzte und Einrichtungen, die nicht in Ziffer 3.1 c) - d), Ziffer 4.1 a) - b) oder 4.2 b) - f) genannt sind, werden je Versorgungsbereich aus dem Vergütungsvolumen nach Ziffer 3.1. e) oder 4.2 h) vergütet. 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.

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

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

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

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

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

5.12 Überschreitungsvolumen

Die die Honorarvolumina nach Ziffer 7.1 überschreitenden Leistungen werden je Versorgungsbereich aus dem Vergütungsvolumen gemäß Ziffer 3.1 g) oder 4.2 k) vergütet. 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.

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

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

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

6.1 Vorwegabzüge innerhalb der arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumina

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

- a) Schriftliche Berichte auf besonderes Verlangen der Krankenkassen (GOP 01620 - 01622 EBM)
- b) 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 04230 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 5.12 vergütet.

7.2 Ärzte und Arztgruppen

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

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

7.3 Bezugsgrößen

7.3.1 Quartalsbezug

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

7.3.2 Arztbezug

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

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

7.3.3 Tätigkeitsumfang

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

Die Tätigkeit angestellter Ärzte im Rahmen des Job-Sharing sowie von Weiterbildungs-, Entlastungs- und Sicherstellungsassistenten begründet kein zusätzliches 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 Bedarfplanung berücksichtigt werden, multipliziert.

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

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

Bei Abschluss von Selektivverträgen nach §§ 73b, 73c, 140a ff. SGB V kann der Vorstand der KVWL die 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. Anlage 10) - mit nachstehender Zuschlagsregelung Rechnung getragen:

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

Das nach Ziffer 7.4.1 berechnete Regelleistungsvolumen wird

- für Ärzte in nicht standortübergreifenden arztgruppen- und schwerpunktgleichen Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten derselben Arztgruppe/desselben Schwerpunktes um 16 % erhöht, sofern die in der Berufsausübungsgemeinschaft/Praxis tätigen Ärzte insgesamt mindestens mit dem Faktor 2 bei der Bedarfsplanung berücksichtigt werden. Für den Fall, dass die in der Berufsausübungsgemeinschaft/Praxis tätigen Ärzte insgesamt mit einem geringeren Faktor als 2 in der Bedarfsplanung berücksichtigt werden, erfolgt eine 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. Anlage 10) - mit nachstehender Zuschlagsregelung Rechnung getragen:

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

Das nach Ziffer 7.4.1 berechnete Regelleistungsvolumen wird

- für Ärzte in nicht standortübergreifenden arztgruppen- und schwerpunktgleichen Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten derselben Arztgruppe/desselben Schwerpunktes um 10% erhöht, sofern die in der Berufsausübungsgemeinschaft/Praxis tätigen Ärzte insgesamt mindestens mit dem Faktor 2 bei der Bedarfsplanung berücksichtigt werden. Für den Fall, dass die in der

Berufsausübungsgemeinschaft/Praxis tätigen Ärzte insgesamt mit einem geringeren Faktor als 2 in der Bedarfsplanung berücksichtigt werden, erfolgt eine entsprechende Quotierung des Zuschlags. Ärzte in Praxen, deren Ärzte insgesamt mit einem Faktor von 1 oder weniger bei der Bedarfsplanung berücksichtigt werden, erhalten keinen Zuschlag auf das Regelleistungsvolumen.

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

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

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

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

Analog zur Förderung der arztgruppen- und schwerpunktgleichen Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten derselben Arztgruppe/desselben Schwerpunktes wird für Ärzte derselben Arztgruppe/desselben

Schwerpunktes (am gleichen Standort) der Zuschlag in Höhe von 10% auch dann gewährt, wenn der Kooperationsgrad den Wert von 10% unterschreitet.

7.4.4 Qualifikationsgebundene Zusatzvolumina

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

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

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

Die Berechnung der QZV erfolgt gemäß Anlage 6.

7.4.5 Honorarvolumen je Arzt

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

7.5 Arztpraxisbezogene Festsetzung des Honorarvolumens

7.5.1 Arztpraxisbezogene Ermittlung des Honorarvolumens

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

7.5.2 Änderungen des Teilnahmestatus einer Praxis

Nimmt eine Praxis nicht das ganze Quartal als Einzelpraxis, in derselben personellen Zusammensetzung oder demselben Tätigkeitsumfang (im Folgenden „Teilnahmestatus“) an der vertragsärztliche Versorgung teil, wird das Honorarvolumen für jeden Teilnahmestatus separat berechnet - 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 5.10 Überschreitet die abgerechnete ärztliche bzw. therapeutische Zuwendungszeit gemessen nach den Prüfzeiten der Leistungen des Anhangs 3 zum EBM in der gültigen Fassung die gemäß Ziffer 8.2 festgelegte zeitbezogene Kapazitätsgrenze je

Arzt, so werden diese Leistungen maximal bis zur 1,5-fachen zeitbezogenen Kapazitätsgrenze mit den abgestaffelten Preisen nach Ziffer 5.12 vergütet.

8.2 Festsetzung der zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen

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

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

Abschnitt III – Sonstige Bestimmungen

1. Kalkulationssicherheit

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

Die Berechnung der RLV- und QZV-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 ver-

bindlich 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 Abschnitt II, Ziffern 7.4.4, 7.7, 7.8, Anlage 3, Nr. 1 und Anlage 6, Nr. 2.2.

5. Inkrafttreten

Dieser Honorarverteilungsmaßstab tritt zum 01.10.2014 in Kraft.

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

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

1. Hausärztlicher Versorgungsbereich:

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

2. Fachärztlicher Versorgungsbereich:

- Fachärzte für Anästhesiologie
- Fachärzte für Augenheilkunde
- Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie, für Herzchirurgie, für Neurochirurgie, für Gefäßchirurgie
- Fachärzte für Frauenheilkunde
- Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, für Phoniatrie und Pädaudiologie
- Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato- / Onkologie
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Nephrologie
- Übrige Fachärzte für Innere Medizin (z. B. ohne Schwerpunkt)
- Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
- Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
- Fachärzte für Nervenheilkunde²
- Fachärzte für Neurologie
- Fachärzte für Orthopädie
- Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie
- Fachärzte für Urologie
- Fachärzte für Physikalisch-Rehabilitative Medizin

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

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

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

- Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören
- Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin
- Fachärzte für Anästhesiologie
- Fachärzte für Augenheilkunde
- Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie, für Herzchirurgie, für Gefäßchirurgie
- Fachärzte für Neurochirurgie
- Fachärzte für Frauenheilkunde
- Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde
- Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie
- Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/ Onkologie
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Nephrologie
- Übrige Fachärzte für Innere Medizin (z. B. ohne Schwerpunkt)
- Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
- Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
- Fachärzte für Nervenheilkunde³, für Neurologie, für Psychiatrie und Psychotherapie
- Fachärzte für Orthopädie
- Fachärzte für Urologie
- Fachärzte für Physikalisch-Rehabilitative Medizin

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

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

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

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

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören	Akupunktur	30790, 30791
	Chirotherapie	30200, 30201
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092
	Sonographie III	33060, 33061, 33062
Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	Akupunktur	30790, 30791
	Hyposensibilisierungsbehandlung	30130, 30131
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092
	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040
	Psychometrische Testverfahren	35301
Fachärzte für Anästhesiologie	Akupunktur	30790, 30791
	Narkosen	05330, 05331, 05340, 05341, 05350
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
Fachärzte für Augenheilkunde	Elektroophthalmologie	06312
	Zusatzpauschale Schielbehandlung bis 5. Lebensjahr	06320
	Fluoreszenzangiographie	06331
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Sonographie I	33000, 33001, 33002, 33011

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie, für Neurochirurgie, für Gefäßchirurgie	Akupunktur	30790, 30791
	Chirotherapie	30200, 30201
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503
Fachärzte für Frauenheilkunde	Kurative Mammographie	34270, 34271, 34272, 34273, 34275
	Mamma-Sonographie, Stanzbiopsie	08320, 33041
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
Fachärzte für Hals-Nasen- Ohren-Heilkunde und für Phoniatrie und Pädaudiologie	Bronchoskopie	09315, 09316
	Kardiorespiratorische Polygraphie	30900
	Polysomnographie	30901
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten	Dermatologische Lasertherapie	10320, 10322, 10324
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Sonographie I	33080, 33081
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
Übrige Fachärzte für Innere Medizin (z.B. ohne Schwerpunkt)	Kardiorespiratorische Polygraphie	30900
	Kontrolle Herzschrittmacher	13552
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/ Onkologie	Praxisklinische Betreuung	01510, 01511, 01512
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie	Herzkatheteruntersuchung	34291, 34292, 01520, 01521
	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie	Bronchoskopie	13662, 13663, 13664, 13670
	Polysomnographie	30901
	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie	Chirotherapie	30200, 30201
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503
Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	Neurophysiologische Übungsbehandlung	30300, 30301
Fachärzte für Nervenheilkunde	Akupunktur	30790, 30791
	Kardiorespiratorische Polygraphie	30900
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
Fachärzte für Neurologie	Kardiorespiratorische Polygraphie	30900
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
Fachärzte für Orthopädie	Akupunktur	30790, 30791
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092
	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
Fachärzte für Urologie	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Stoßwellenlithotripsie	26330
	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503
Fachärzte für Physikalisch-Rehabilitative Medizin	Akupunktur	30790, 30791
	Chirotherapie	30200, 30201
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503

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

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

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

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

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

AG: Arztgruppe gemäß Anlage 1

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

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

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

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 ¹
Einführung neuer Gebührenordnungspositionen in das Kapitel 9 EBM	Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	1. Quartal	1,0406
		2. Quartal	1,0000
		3. und 4. Quartal	1,1120
Einführung der neuen Gebührenordnungsposition 06225 in das Kapitel 6 EBM	Augenärzte	1. - 4. Quartal	1,0901
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

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

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 ($RLV_{AGH\ddot{A}}$)

$$RLV_{AGH\ddot{A}} = \frac{LB_{AG_RLV}}{LB_{AG_RLV} + LB_{AG_VHP} + LB_{AG_GSP}} * RLV_{AGH\ddot{A}}^I$$

wobei

$$RLV_{AGH\ddot{A}}^I = \frac{RLV_{AGH\ddot{A}_BQ}}{VV_{AGH\ddot{A}_BQ}^I} * VV_{AGH\ddot{A}}^I$$

$RLV_{AGH\ddot{A}_BQ}$: 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

$VV_{AGH\ddot{A}_BQ}^I$: 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

$VV_{AGH\ddot{A}}^I$: 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_{AG_VHP})

$$VV_{AG_VHP} = \frac{LB_{AG_VHP}}{LB_{AG_RLV} + LB_{AG_VHP} + LB_{AG_GSP}} * RLV_{AGH\ddot{A}}^I$$

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.

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

$$VV_{AG_GSP} = \frac{LB_{AG_GSP}}{LB_{AG_RLV} + LB_{AG_VHP} + LB_{AG_GSP}} * RLV_{AGH\ddot{A}}^I$$

- 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 ($RLV_{AGF\ddot{A}}$) unter Berücksichtigung der Versicherten nach Altersklassen in drei RLV-Vergütungsbereiche (RLV_{AK1} , RLV_{AK2} , RLV_{AK3}) zu differenzieren.

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

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

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

AKi : Altersklasse der Versicherten mit folgenden Ausprägungen:
 i = 1: Versicherte bis zum vollendeten 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 ($QZV_{AGF\ddot{A}}$)

$$QZV_{AGF\ddot{A}} = VV_{AGF\ddot{A}}^I - RLV_{AGF\ddot{A}}$$

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

$RLV_{AGF\ddot{A}}$: 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 Abschnitt II, Ziffer 7.4.1

1. Berechnung der arztgruppenspezifischen Fallwerte

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

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

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

AKi: Altersklasse der Versicherten mit folgenden Ausprägungen:

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

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

2. Berechnung des Regelleistungsvolumens je Arzt

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

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

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

AKi : Altersklasse der Versicherten mit folgenden Ausprägungen:

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

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

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

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

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

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

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

b) Berechnung des qualifikationsgebundenen Zusatzvolumens je Arzt

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

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

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

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

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

i: qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen einer Arztgruppe

c) Berechnung des qualifikationsgebundenen Zusatzvolumens Polysomnographie

Abweichend von b) wird das qualifikationsgebundene Zusatzvolumen Polysomnographie je Arzt in derselben Höhe festgesetzt wie in dem entsprechenden Quartal des Zeitraumes 3/2010 - 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 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 entspre-

chende QZV-Leistungsvolumen aus dem aktuellen Abrechnungsquartal zugrunde gelegt und mit der arztgruppenspezifischen Quote multipliziert.

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

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

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

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

1. Verteilung

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

- 1.1 Leistungen der interventionellen Radiologie nach den GOP 01530, 01531, 34283, 34284, 34285, 34286, 34287 EBM werden als Vorwegabzug berücksichtigt.
- 1.2 Prozentualer Vergütungsanteil für MRT-Leistungen nach den GOP 34410 - 34460 EBM an den innerhalb des Vergütungsanteils für Radiologen und Nuklearmediziner zu vergütenden Leistungen ohne die in 1.1 genannten Leistungen im entsprechenden Quartal des Zeitraums 3/2011 - 2/2012.
- 1.3 Prozentualer Vergütungsanteil für nuklearmedizinische Leistungen nach den GOP 17310 - 17373 EBM an den innerhalb des Vergütungsanteils für Radiologen und Nuklearmediziner zu vergütenden Leistungen ohne die in 1.1 genannten Leistungen im entsprechenden Quartal des Zeitraums 3/2011 - 2/2012 multipliziert mit dem Faktor 1,06.
- 1.4 Verbleibender Vergütungsanteil für Radiologen und Nuklearmediziner nach Berücksichtigung von 1.1 – 1.3.

2. Vergütung

- 2.1 Leistungen der interventionellen Radiologie nach den GOP 01530, 01531, 34283, 34284, 34285, 34286, 34287 EBM werden mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet.
- 2.2 MRT-Leistungen nach den GOP 34410 - 34460 EBM werden aus dem Vergütungsvolumen nach 1.2 vergütet. Übersteigt das angeforderte Leistungsvolumen in Euro das zur Verfügung stehende Vergütungsvolumen, werden die Leistungen nach Satz 1 - ggf. unter Berücksichtigung von 2.3 - gleichmäßig an alle Leistungserbringer quotiert vergütet in dem Verhältnis, das sich aus der Gegenüberstellung des Vergütungsvolumens zum Anforderungsvolumen ergibt.
- 2.3 Nuklearmedizinische Leistungen nach den GOP 17310 - 17373 EBM werden aus dem Vergütungsvolumen nach 1.3 vergütet. Übersteigt das angeforderte Leistungsvolumen in Euro das zur Verfügung stehende Vergütungsvolumen,

werden die Leistungen nach Satz 1 gleichmäßig an alle Leistungserbringer quotiert vergütet in dem Verhältnis, das sich aus der Gegenüberstellung des Vergütungsvolumens zum Anforderungsvolumen ergibt. Liegt diese Vergütungsquote unter 90 %, so werden dem Vergütungsvolumen nach 1.2 Finanzmittel in der Höhe entnommen, so dass sich eine Vergütungsquote von 90 % ergibt. Diese Regel gilt nur, solange die Vergütungsquote nach 2.2 nicht unter 60 % liegt.

- 2.4 Die verbleibenden, innerhalb des Vergütungsanteils für Radiologen und Nuklearmediziner zu vergütenden Leistungen werden aus dem Vergütungsvolumen nach 1.4 vergütet. Übersteigt das angeforderte Leistungsvolumen in Euro das zur Verfügung stehende Vergütungsvolumen, werden die Leistungen nach Satz 1 gleichmäßig an alle Leistungserbringer quotiert vergütet in dem Verhältnis, das sich aus der Gegenüberstellung des Vergütungsvolumens zum Anforderungsvolumen ergibt.

Anlage 8: Vergütung im Organisierten Notfalldienst

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 9: 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 10: KBV-Vorgaben gemäß § 87b Abs. 4 SGB V

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