

Vereinbarung
über die
Honorierung vertragsärztlicher Leistungen auf der Grundlage der
regionalen Euro-Gebührenordnung in Verbindung mit
Regelleistungsvolumina

vereinbart zwischen

der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe,
(im Folgenden KVWL genannt)

und

der AOK NordWest
– jeweils handelnd als Landesverband –

dem BKK Landesverband NORDWEST (BKK-LV NW)

der Vereinigten IKK (IKK)
– jeweils handelnd als Landesverband –

der Landwirtschaftlichen Krankenkasse Nordrhein-Westfalen (LKK NRW)
– jeweils handelnd als Landesverband –

Knappschaft (KBS) und

den Ersatzkassen:

- BARMER GEK
- Techniker Krankenkasse (TK)
- Deutsche Angestellten-Krankenkasse (Ersatzkasse)
- KKH-Allianz (Ersatzkasse)
- HEK - Hanseatische Krankenkasse
- hkk

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek),
vertreten durch den Leiter/in der vdek-Landesvertretung Nordrhein-Westfalen

– nachfolgend Krankenkassen genannt –

Präambel

Mit Wirkung ab dem 01.01.2009 werden vertragsärztliche Leistungen mit den Preisen der regional geltenden Euro-Gebührenordnung vergütet. Die Menge der zu diesen Preisen zu vergütenden Leistungen wird durch das gesetzlich vorgeschriebene Instrument des Regelleistungsvolumens und der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina begrenzt; überschreitende Leistungen werden mit abgestaffelten Preisen vergütet.

Leistungen, die besonders gefördert werden sollen oder bei denen dies medizinisch geboten ist, unterliegen keiner Mengenbegrenzung und werden ohne Einschränkung mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung vergütet.

Der Gesetzgeber hat den Bewertungsausschuss beauftragt, dieses neue Vergütungssystem durch verbindliche Vorgaben, insbesondere die Festlegung der nicht mengenbegrenzten Leistungen, für die regionale Ebene zu strukturieren. Der Bewertungsausschuss hat zur Erfüllung dieses gesetzlichen Auftrages am 27./28.08.2008 den notwendigen Beschluss sowie in späteren Beschlüssen dessen Anpassungen und Ergänzungen gefasst.

1. Vertragsgegenstand und Geltungsbereich

- a) Auf der Grundlage der vom Bewertungsausschuss getroffenen Beschlüsse, die Bestandteil dieser Vereinbarung sind, vereinbaren die Vertragspartner ergänzend die zur Einführung und Umsetzung dieses neuen Vergütungssystems maßgeblichen Einzelheiten, insbesondere die Anwendung des Formelwerks für die Berechnung und Zuweisung der Regelleistungsvolumina und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina (§ 87 b Abs. 4 Satz 3 SGB V).
- b) Diese Vereinbarung gilt für alle im Bereich der KVWL an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden zugelassenen Vertragsärzte, Psychologischen Psychotherapeuten und medizinischen Versorgungszentren, auch soweit sie an einer KV-bereichsübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaft teilnehmen. Sie gilt auch für die bei den zuvor genannten Leistungserbringern angestellten Ärzten und Psychologischen

Psychotherapeuten. Sie 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 Vertrages unterliegen, werden in diesem Vertrag als „Ärzte“ bezeichnet.¹

2. Grundsatz der Vergütung der Ärzte

2.1 Vergütung für vertragsärztliche Leistungen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach § 87 c Abs. 4 SGB V

Die Leistungen, die Bestandteil der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung sind, werden – vorbehaltlich den nachfolgenden Regelungen – auf der Basis der gemäß § 87 a Abs. 2 Satz 6 SGB V zum jeweiligen Zeitpunkt gültigen regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet. Die Menge der nach den Preisen der Euro-Gebührenordnung zu vergütenden Leistungen wird durch quartalsbezogene Regelleistungsvolumina (RLV) und qualifikationsgebundene Zusatzvolumina (QZV) begrenzt, mit Ausnahme der in Ziffer 3.2, 3.4.1, 3.4.2, 3.4.3 und 3.5 genannten Leistungen.

Wenn eine Arztpraxis die in Ziffer 4.3 i. V. m. Anlage 3 genannten Voraussetzungen erfüllt, kann sie unter Beachtung der Abrechnungsbestimmungen des EBM weitere vertragsärztliche Leistungen in qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV) abrechnen, die mit den in der Euro-Gebührenordnung gemäß § 87a Abs. 2 SGB V enthaltenen Preisen zu vergüten sind.

Überschreitet die Summe der Leistungen einer Praxis im Quartal die quartalsweise geltende Summe aus Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina (Honorarvolumen), werden die das Honorarvolumen überschreitenden Leistungen mit einem abgestaffelten Preis vergütet. Der abgestaffelte Preis wird je Versorgungsbereich ermittelt: Für die das Honorarvolumen überschreitenden Leistungen steht ein Eurobetrag in Höhe von 2% des ver-

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

sorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumens (Ziffer 4.1.1 i. V. m. Anlage 4) zur Verfügung. Dieser Betrag wird durch die Summe der das Honorarvolumen überschreitenden Leistungen in Euro dividiert und ergibt eine Quote. Mit dieser Quote wird die jeweilige das Honorarvolumen überschreitende Leistungsmenge in Euro multipliziert. Hieraus ergibt sich der Gesamtpreis in Euro für die das Honorarvolumen überschreitenden Leistungen der Praxis. Diese Quote beträgt maximal 100 %. Die aus dem Abstufungsbereich nicht ausgeschöpften Mittel stehen der Honorarverteilung zur Verfügung. Die Vertragspartner verständigen sich über deren Verwendung.

Bei versorgungsbereichsübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften / Kooperationen werden die das Honorarvolumen überschreitenden Leistungen der Praxis entsprechend dem Anteil der Versorgungsbereiche am insgesamt abgerechneten, dem Honorarvolumen unterliegenden Leistungsvolumen mit der versorgungsbereichsspezifischen Abstufungsquote vergütet.

2.2 Vergütung für vertragsärztliche Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach § 87 c Abs. 4 SGB V

Die Vergütung für diese Leistungen ergibt sich aus der regionalen Euro-Gebührenordnung sowie ergänzend abgeschlossenen Vereinbarungen.²

2.3 Bezugsgrößen der Regelleistungsvolumina

2.3.1 Quartalsbezug

Die Regelleistungsvolumina und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina werden nach Maßgabe von Ziffer 3 und 4 für das jeweilige Abrechnungsquartal ermittelt. Nicht ausgeschöpfte Anteile eines Regelleistungsvolumens oder qualifikationsgebundenen Zusatzvolumens einer Praxis sind nicht auf andere Quartale übertragbar.

² Eine Übersicht über diese Leistungen wird aktualisiert auf der Homepage der KVWL eingestellt.

2.3.2 Arztbezogene Ermittlung

Die Regelleistungsvolumina und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina werden nach Maßgabe von Ziffer 3 und 4 je Arzt 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.

2.3.3 Tätigkeitsumfang eines Arztes

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

Für Praxen, in denen Ärzte unter Jobsharing-Bedingungen tätig sind, erfolgt die Ermittlung der Regelleistungsvolumina und ggf. der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina nach entsprechenden Berechnungsgrundsätzen nach Ziffer 3 und 4. Dabei wird die Tätigkeit des Jobsharing-Arztes bei der Ermittlung der Regelleistungsvolumina nicht zusätzlich berücksichtigt.

2.4 Zuweisung

2.4.1 Arztpraxisbezogene Zuweisung der Regelleistungsvolumina

Die Zuweisung der Regelleistungsvolumina erfolgt praxisbezogen. Dabei ergibt sich die Höhe des Regelleistungsvolumens einer Arztpraxis aus der Addition der Regelleistungsvolumina je Arzt, die in der Arztpraxis tätig sind.

2.4.2 Zuschläge zum Regelleistungsvolumen für Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten

Soweit im Folgenden der Kooperationsgrad berücksichtigt wird, ist dieser wie folgt definiert: Kooperationsgrad (KG) je Abrechnungsquartal in Prozent = $((\text{RLV-relevante Arztfallzahl in der Arztpraxis im Vorjahresquartal} / \text{Zahl der Behandlungsfälle nach Ziffer 3.6, Satz 1 im Vorjahresquartal}) - 1) * 100$.

Das nach Ziffer 2.4.1 berechnete Regelleistungsvolumen wird

- für nicht standortübergreifende arztgruppen- und schwerpunktgleiche 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. 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.
- für Ärzte in arztgruppen- und schwerpunktübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinische Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten, in denen mehrere Ärzte unterschiedlicher Arztgruppen gemäß Anlage 2a 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 15	10
15 bis unter 20	15
20 bis unter 25	20
25 bis unter 30	25
30 bis unter 35	30
35 bis unter 40	35
40 und größer	40

2.4.3 Arztpraxisbezogene Zuweisung qualifikationsgebundener Zusatzvolumina

Die Zuweisung der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina erfolgt praxisbezogen, wenn mindestens einer der Ärzte, die in der Arztpraxis tätig sind, über die Voraussetzung gemäß Ziffer 4.3 i. V. m. Anlage 3 für das jeweilige qualifikationsgebundene Zusatzvolumen verfügt. Dabei ergibt sich die Höhe des jeweiligen qualifikationsgebundenen Zusatzvolumens aus der Addition der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen je zur Abrechnung der entsprechenden Leistungen berechtigtem Arzt, der in der Arztpraxis tätig ist.

2.4.4 Änderungen des Teilnahmestatus einer Praxis

Nimmt eine Praxis nicht das ganze Quartal als Einzelpraxis, in derselben personellen Zusammensetzung oder demselben Tätigkeitsumfang (im Folgenden „Teilnahmestatus“) an der vertragsärztliche Versorgung teil, wird das Honorarvolumen für jeden Teilnahmestatus separat berechnet und zugewiesen, ggf. auch im Nachhinein. Die Zuweisung ist 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.

Ändert sich der Teilnahmestatus einer Praxis zwischen dem Zeitpunkt der Zuweisung des Honorarvolumens und dem Beginn des Quartals, wird das Honorarvolumen entsprechend des veränderten Teilnahmestatus neu berechnet und zugewiesen.

2.5 Abrechnung

Den einer Arztpraxis zugewiesenen Regelleistungsvolumina und ggf. zugewiesenen qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina steht die in der Arztpraxis abgerechnete Leistungsmenge insgesamt gegenüber, d. h. sofern das einer Arztpraxis zugewiesene Regelleistungsvolumen nicht ausgeschöpft ist, kann der noch zur Verfügung stehende Teil des Honorarvolumens mit Leistungen aus dem zugewiesenen qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen ausgefüllt werden und umgekehrt. Es sind auch die Leistungen zu berücksichtigen, die von den beteiligten Vertragsärzten ggf. in Teilberufsausübungsgemeinschaften erbracht werden.

3. Benennung der Ärzte, Leistungen und Fälle, die von der Steuerung durch Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen erfasst sind

3.1 Ärzte und Arztgruppen

Eine Zuweisung von Regelleistungsvolumina erfolgt für die in Anlage 2 genannten Arztgruppen.

Qualifikationsgebundene Zusatzvolumina kommen für die in Anlage 3 aufgeführten Arztgruppen und Leistungen zur Anwendung.

Dies gilt auch für ermächtigte Krankenhausärzte sowie ermächtigte Krankenhäuser, Einrichtungen und Institutionen unter Berücksichtigung des mit der Ermächtigung begründeten Versorgungsauftrages.

Bei Ärzten, die mehreren der in Anlage 2 genannten Arztgruppen zugeordnet werden können (z. B. Doppelzulassung), werden die arztgruppenspezifischen Werte der Regelleistungsvolumina und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina gemittelt.

3.2 Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

Die Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen nach Ziffer 2.2, die nach dem regional vereinbarten Honorarvertrag nicht Gegenstand der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung sind, unterliegen nicht dem Regelleistungsvolumen und den qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina.

3.3 Besonders förderungswürdige Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen

Nachfolgend aufgeführte Leistungen und Leistungsbereiche werden nach Ziffer 4.1.4 außerhalb der Regelleistungsvolumina und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina vergütet:

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

3.4 Vergütung und Steuerung psychotherapeutischer Leistungen

3.4.1 Antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM von Ärzten der in § 87b Abs. 2 Satz 6 SGB V genannten Arztgruppen

Die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM von Ärzten der in § 87b Abs. 2 Satz 6 SGB V genannten Arztgruppen werden aus dem Vergütungsanteil gemäß Anlage 4, Anhang 1, Schritt 17 unter Berücksichtigung der für diesen Leistungsbereich im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung erfolgenden Zahlungen mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung vergütet, wobei für die in Ziffer 6.1 genannten Arztgruppen, bei denen diese Leistungen der Steuerung durch die zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen unterliegen, nur die Leistungen bis zur zeitbezogenen Kapazitätsgrenze gemäß Ziffer 6.2.1 zu berücksichtigen sind.

Unterschreitet das angeforderte Leistungsvolumen in Euro das zur Verfügung stehende Vergütungsvolumen, so wird das verbleibende Vergütungsvolumen zur Vergütung der nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM der Arztgruppen nach Ziffer 6.1 verwendet. Überschreitungen des Vergütungsvolumens werden bei der Kalkulation des nächstmöglichen Quartals im fachärztlichen Versorgungsbereich berücksichtigt.

3.4.2 Antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM von Ärzten aus nicht in § 87b Abs. 2 Satz 6 SGB V genannten Arztgruppen

Die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM von Ärzten aus nicht in § 87b Abs. 2 Satz 6 SGB V genannten Arztgruppen werden aus dem arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen gemäß Ziffer 4.1.3 mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung vergütet.

3.4.3 Nicht antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen von Ärzten nach Ziffer 6.1

Die nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen von Ärzten nach Ziffer 6.1 werden innerhalb der zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen aus dem entsprechenden arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen gemäß 4.1.3 vergütet. Wird die Höhe der arztgruppenspezifischen zeitbezogenen Kapazitätsgrenze überschritten, erfolgt die Vergütung mit abgestaffelten Preisen gemäß Ziffer 2.1.

3.4.4 Nicht antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen der Abschnitte 35.1 und 35.3 EBM von Ärzten aus nicht in Ziffer 6.1 aufgeführten Arztgruppen

Die nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der Abschnitte 35.1 und 35.3 EBM von Ärzten aus nicht in 6.1 aufgeführten Arztgruppen werden im Regelleistungsvolumen bzw. mit qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina aus dem entsprechenden arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen gemäß Ziffer 4.1.3 vergütet. Wird die Höhe des einer Arztpraxis zugewiesenen Regelleistungsvolumens und der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina überschritten, erfolgt die Vergütung mit abgestaffelten Preisen gemäß Ziffer 2.1.

3.5 Vergütung und Steuerung von Leistungen im Vorwegabzug

3.5.1 Vergütung und Steuerung der Labor-Konsiliar- und -Grundpauschale (Gebührenordnungspositionen 12210 und 12220), der Grundpauschale für zur Abrechnung von Leistungen und Kostenerstattungen des Kapitels 32 ermächtigte Ärzte, Einrichtungen, Krankenhäuser und Institutionen (GOP 01320) sowie laboratoriumsmedizinischer Leistungen und Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM

Die Konsiliar- und Grundpauschale für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin und ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin bei Probeneinsendungen (Gebührenordnungspositionen 12210 und 12220), der Grundpauschale für zur Abrechnung von Leistungen und Kostenerstattungen des Kapitels 32 ermächtigte Ärzte, Einrichtungen, Krankenhäuser und Institutionen (GOP 01320) sowie Leistungen und Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM werden aus dem Vergütungsvolumen gemäß Anlage 4, Anhang 1, Schritt 18 unter Berücksichtigung der für diesen Leistungsbereich im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung erfolgenden Zahlungen vergütet. Über- und Unterschreitung des Vergütungsvolumens werden bei der Kalkulation des nächstmöglichen Quartals berücksichtigt.

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

3.5.2 Vergütung und Steuerung von 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 10 aus dem Vergütungsvolumen gemäß Anlage 4, Anhang 1, Schritt 19 unter Berücksichtigung der für diesen Leistungsbereich im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung erfolgenden Zahlungen vergütet. Über- und Unterschreitung des Vergütungsvolumens werden bei der Kalkulation des nächstmöglichen Quartals berücksichtigt.

3.5.3 Vergütung und Steuerung pathologischer Leistungen des Kapitels 19 EBM

Pathologische Leistungen des Kapitels 19 EBM werden aus dem Vergütungsvolumen gemäß 4.1.2, dritter Spiegelstrich 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.

3.5.4 Vergütung und Steuerung humangenetischer Leistungen des Kapitels 11 EBM

Humangenetische Leistungen des Kapitels 11 EBM werden aus dem Vergütungsvolumen gemäß 4.1.2, vierter Spiegelstrich 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.

3.5.5 Vergütung und Steuerung der Kostenpauschalen gemäß Kapitel 40 EBM

Die innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanzierten Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM werden je Versorgungsbereich aus den Vergütungsvolumina gemäß 4.1.2 fünfter Spiegelstrich vergütet.

3.5.6 Vergütung und Steuerung der Besuche nach den Gebührenordnungspositionen 01410, 01413, 01415 EBM

Haus- und Heimbesuche nach den Gebührenordnungspositionen 01410, 01413 und 01415 EBM werden nach Maßgabe der Regelungen in Anlage 11 aus dem Vergütungsvolumen gemäß 4.1.2, neunter Spiegelstrich vergütet.

3.6 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 gemäß Ziffer 3.2 nicht dem Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina unterliegen, abgerechnet werden.

Zur Umsetzung des Arztbezugs nach Ziffer 2.3.2 ist die Bemessung des Regelleistungsvolumens und der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina nach Anlage 8, 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.

4. Ermittlung und Festsetzung der Regelleistungsvolumina und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina

4.1.1 Versorgungsbereichsspezifisches Verteilungsvolumen

Grundlage für die Ermittlung und Festsetzung der Regelleistungsvolumina und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina ist die vorhersehbare morbiditätsbedingte Gesamtvergütung. Diese Ausgangsgröße wird auf den haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich gemäß Anlage 4 verteilt. Es entsteht jeweils ein haus- bzw. fachärztliches (versorgungsbereichsspezifisches) Verteilungsvolumen.

4.1.2 Versorgungsbereichsspezifisches RLV-Verteilungsvolumen

Für den jeweiligen Versorgungsbereich wird als weitere Ausgangsgröße das versorgungsbereichsspezifische RLV-Verteilungsvolumen (VV_{VB}^{RLV}) gebildet

- Unter Berücksichtigung der zu erwartenden Zahlungen im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 75 Abs. 7 und 7a SGB V,
- unter Abzug der gemäß Ziffer 8 gebildeten Rückstellungen
- unter Abzug des mit dem regional geltenden Orientierungspunktwert bewerteten Punktzahlvolumens 2008 für pathologische Leistungen des Kapitels 19 EBM,
- unter Abzug des mit dem regional geltenden Orientierungspunktwert bewerteten Punktzahlvolumens 2008 für humangenetische Leistungen des Kapitels 11 EBM
- unter Abzug der zu erwartenden Vergütung für innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanzierten Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM
- unter Abzug der zu erwartenden Zahlungen für den Aufschlag bei Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Arztpraxen mit angestellten Ärzten
- unter Abzug von 2 % des versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumens für abgestaffelt zu vergütenden Leistungen sowie
- unter Abzug des Bereinigungsvolumens für selektivvertragliche Versorgung entsprechend der Vereinbarungen der Vertragspartner auf Grundlage des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 16.12.2009 und ergänzenden Beschlüssen des Bewertungsausschusses.
- unter Abzug der zu erwartenden Vergütung für die Gebührenordnungspositionen 01410, 01413, 01415 EBM gemäß Anlage 11.

4.1.3 Arztgruppenspezifisches Verteilungsvolumen

Das versorgungsbereichsspezifische RLV-Verteilungsvolumen wird nach Anlage 5 jeweils auf die entsprechenden Arztgruppen nach Anlage 2 und Ziffer 6.1 verteilt. Es entsteht jeweils ein arztgruppenspezifisches Verteilungsvolumen (VV_{AG}).

4.1.4 Arztgruppenspezifische Vergütungsbereiche

Aus dem arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen werden zunächst die Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen nach Ziffer 3.3 und 3.4.2 vergütet. Anschließend wird das verbleibende arztgruppenspezifische Verteilungsvolumen nach Anlage 6 jeweils auf nachfolgende arztgruppenspezifische Vergütungsbereiche aufgeteilt:

- Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der Regelleistungsvolumina und
- Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina

4.2 Ermittlung des Regelleistungsvolumens je Arzt

4.2.1 Regelleistungsvolumen (RLV)

Jeder Arzt einer Arztgruppe gemäß Anlage 2 erhält ein arztgruppenspezifisches Regelleistungsvolumen. Die Höhe des Regelleistungsvolumens eines Arztes ergibt sich für die in Anlage 2 benannten Arztgruppen aus der Multiplikation des zum jeweiligen Zeitpunkt gültigen arztgruppenspezifischen Fallwertes (FW_{AG}) gemäß Anlage 7 und der RLV-Fallzahl des Arztes im Vorjahresquartal entsprechend Ziffer 3.6.

Der für einen Arzt zutreffende arztgruppenspezifische Fallwert nach Satz 2 wird 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.

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

Aus Sicherstellungsgründen kann im Einzelfall von der Minderung des Fallwertes abgewichen werden. Über das Verfahren der Umsetzung einigen sich die Vertragspartner.

Für Ärzte, die ihre vertragsärztliche Tätigkeit in Planungsbereichen ausüben, in denen gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung (Bedarfsplanungs-Richtlinie) für die jeweilige Arztgruppe Unterversorgung festgestellt worden ist bzw. die von Unterversorgung bedroht sind findet die Fallzahlabstaffelung gemäß Absatz 1 keine Anwendung.

4.2.2 Berücksichtigung der Morbidität

Zur Berücksichtigung des Morbiditätskriteriums Alter ist das Regelleistungsvolumen gemäß Ziffer 4.2.1 unter Berücksichtigung der Versicherten nach Altersklassen nach Anlage 7 Nr. 3 zu ermitteln.

4.3 Ermittlung der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina (QZV) je Arzt

Für die in Anlage 3 aufgeführten Leistungsbereiche werden qualifikationsgebundene Zusatzvolumina (QZV) gebildet. Ein Arzt hat Anspruch auf die arztgruppenspezifischen qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina, wenn

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

Erbringt ein Arzt Leistungen aus einem der in Anlage 8, Nr. 2.2 aufgeführten QZV, das nach Anlage 3 für seine Arztgruppe nicht vorgesehen ist, erhält er dieses QZV auf Antrag im Nachhinein als Praxisbesonderheit.

Die Berechnung der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina erfolgt gemäß Anlage 8.

4.4 Zuschläge auf das Regelleistungsvolumen und ggf. qualifikationsgebundene Zusatzvolumina

Bei einer außergewöhnlich starken Erhöhung der RLV-Fallzahl nach Ziffer 3.6 kann die bei der Ermittlung des Regelleistungsvolumens und der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina zugrunde gelegte RLV-Fallzahl auf Antrag – beschränkt auf das Antragsquartal – im Nachhinein erhöht werden, wenn die Erhöhung auf einen der nachfolgenden Tatbestände zurückzuführen ist:

- a) Urlaubs- und krankheitsbedingte Vertretung eines Arztes der eigenen Berufsausübungsgemeinschaft,
- b) Urlaubs- und krankheitsbedingte Vertretung eines Arztes einer Arztpraxis in der näheren Umgebung der Arztpraxis,
- c) Aufgabe einer Zulassung oder genehmigten Tätigkeit eines Arztes der eigenen Berufsausübungsgemeinschaft,
- d) Aufgabe einer Zulassung oder genehmigten Tätigkeit eines Arztes in der näheren Umgebung der Arztpraxis,
- e) niedrigere RLV-Fallzahl des Arztes im Vorjahresquartal aufgrund eines außergewöhnlichen und/oder durch den Arzt nicht verschuldeten Grundes. Hierzu zählt z. B. eine Krankheit des Arztes,
- f) niedrigere RLV-Fallzahl im Vorjahresquartal wegen quartalsversetzten Urlaubs.
- g) der Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit in einem Planungsbereich, der für diese Arztgruppe von Unterversorgung betroffen bzw. von Unterversorgung bedroht ist und in dem die Sicherstellung der medizinischen Versorgung – auch nach Anwendung der Regelung gemäß Ziffer 4.2.1, vierter Absatz – nicht in ausreichendem Maße gewährleistet ist.

Eine außergewöhnlich starke Erhöhung der RLV-Fallzahl nach Ziffer 3.6 liegt vor, wenn der arztgruppenspezifische Durchschnitt des Anstiegs der Behandlungsfälle um mehr als 15 Prozentpunkte überschritten wird. Zeiten von Urlaub, Vertretung oder Krankheit werden nur berücksichtigt, wenn sie einen Zeitraum – zusammenhängend – von mindestens vier Wochen überschreiten. Die Aufgabe einer Zulassung erfordert, dass die Praxis ohne Nachfolger – ggf. auch als Angestellter – fortgeführt wird.

4.5 Praxisbesonderheiten

Der Arzt kann für Praxisbesonderheiten Zuschläge auf den durchschnittlichen Fallwert für RLV und QZV-relevante Leistungen der Arztgruppe beantragen. Der Antrag muss die Leistungen unter Angabe der EBM-Gebührenordnungspositionen benennen, in denen sich die Praxisbesonderheit ausdrückt. Als Praxisbesonderheiten gelten ein besonderer Versorgungsauftrag oder eine besondere, für die Versorgung bedeutsame fachliche Spezialisierung, soweit hieraus eine Überschreitung des durchschnittlichen Fallwertes der Arztgruppe von mindestens 30% resultiert.

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. Er kann im Einzelfall abweichend von der Vorgabe des Grenzwertes nach Satz 3 eine Praxisbesonderheit feststellen, obwohl die vorgegebene Überschreitung von mindestens 30% nicht vorliegt. Dies gilt insbesondere für die Anerkennung eines Versorgungsschwerpunktes für die Durchführung und Abrechnung von Besuchen.

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.

4.6 Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundene Zusatzvolumina bei Neuzulassung, Ärzten im 5. - 12. Quartal nach Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit und bei Übernahme eines Vertragsarztsitzes

4.6.1 Neu an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte (1. - 4. Quartal)

a) Regelleistungsvolumen

Für Ärzte, die im Vorjahresquartal noch nicht unter Anrechnung auf die Bedarfsplanung an der vertragsärztlichen Versorgung teilgenommen haben, wird grundsätzlich die eigene RLV-Fallzahl nach Ziffer 3.6 im jeweiligen Abrechnungsquartal angesetzt. Die Zuweisung nach Ziffer 2.4.1 erfolgt zunächst durch ein kalkulatorisches Regelleistungsvolumen in Höhe von 30 % des fachgruppendurchschnittlichen Regelleistungsvolumens, das unter dem Vorbehalt der Abänderung gemäß den nachfolgenden Regelungen steht. Der Altersanpassungsfaktor (Anlage 3, Nr. 6) erhält den Wert 1. Bei teilzeittätigen Ärzten wird der nach Satz 2 ermittelte Wert mit dem Faktor, mit dem sie bei der Bedarfsplanung berücksichtigt werden, multipliziert.

Nach Ablauf des Abrechnungsquartals wird die zur Berechnung des zugewiesenen Regelleistungsvolumens herangezogene Fallzahl von Amts wegen nachträglich durch die RLV-Fallzahl des Abrechnungsquartals ersetzt, maximal aber durch die durchschnittliche RLV-Fallzahl der Arztgruppe aus dem Vorjahresquartal. Das hieraus resultierende neu berechnete Regelleistungsvolumen wird zugewiesen und bildet die Grundlage für die Endabrechnung und die Ermittlung des Gesamthonorars.

Für neu zugelassene Ärzte in arztgruppen- und schwerpunktgleichen Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten der gleichen Arztgruppe ist die RLV-Fallzahl nach Satz 1 zusätzlich begrenzt auf den Fallzahlzuwachs der Praxis gegenüber dem Vorjahresquartal. In arztgruppen- und schwerpunktübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften wird diese Regelung auf den Fallzahlzuwachs von arztgruppen- oder schwerpunktgleichen Ärzten angewandt.

Bei Übernahme eines Vertragsarztsitzes können abweichend von Satz 5 auf Antrag die RLV-Fallzahlen des Vorgängers als Obergrenze für die RLV-Fallzahl nach Satz 1 zugrunde gelegt werden, soweit dies günstiger ist.

Für neu zugelassene Ärzte in Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten, wird das Regelleistungsvolumen unter Berücksichtigung des Kooperationsgrades der Praxis im aktuellen Abrechnungsquartal gemäß Ziffer 2.4.2 erhöht.

b) Qualifikationsgebundene Zusatzvolumina

Die Zuweisung der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina nach Ziffer 2.4.3 erfolgt zunächst mit dem Wert 0 und steht unter dem Vorbehalt der Abänderung nach dem in a) festgelegten Verfahren. Nach Ablauf des Abrechnungsquartals erfolgt die Ermittlung und Zuweisung von qualifikationsgebundene Zusatzvolumina nachträglich, wenn ein Arzt die Voraussetzungen nach Ziffer 4.3 für das abgerechnete Quartal erfüllt. Berechnungsgrundlage bildet die nach a) ermittelte RLV-Fallzahl. Für qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina nach Anlage 8, Nr. 2.2 wird das entsprechende QZV-Leistungsvolumen aus dem 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 4 ermittelte, qualifikationsgebundene Zusatzvolumen nur in dem Maße anerkannt, in dem es das bisherige Leistungsvolumen der Praxis in diesem QZV übersteigt.

4.6.2 Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundene Zusatzvolumina für Ärzte im 5. bis 12. Quartal nach Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit („Jungärzte“)

Für Ärzte im 5. bis 12. Quartal nach Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit („Jungärzte“) wird die zur Berechnung des zugewiesenen Regelleistungsvolumens und der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina herangezogene Fallzahl von Amts wegen nachträglich durch die RLV- Fallzahl des Abrechnungsquartals ersetzt, falls diese höher ist, maximal aber durch die durchschnittliche RLV-Fallzahl der Arztgruppe aus dem Vorjahresquartal. Für qualifikationsgebundene Zusatzvolumina nach Anlage 8, Nr. 2.2 erfolgt eine Anpassung um denselben Faktor,

um den die RLV-Fallzahl erhöht wurde. Das hieraus resultierende, angepasste Honorarvolumen wird neu zugewiesen und bildet die Grundlage für die Endabrechnung und die Ermittlung des Gesamthonorars.

Für Jungärzte in arztgruppen- und schwerpunktgleichen Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten der gleichen Arztgruppe ist die RLV-Fallzahl nach Satz 1 zusätzlich begrenzt auf den Fallzahlzuwachs der Praxis gegenüber dem Vorjahresquartal. In arztgruppen- und schwerpunktübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften wird diese Regelung auf den Fallzahlzuwachs von arztgruppen- oder schwerpunktgleichen Ärzten angewandt.

4.7 Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten

Verringert sich sowohl das Honorar insgesamt als auch das Honorar je Fall einer Praxis um mehr als 15 % gegenüber dem entsprechenden Quartal des Jahres 2008, kann der Vorstand der KVWL im Einzelfall auf Antrag eine Ausgleichszahlung an die Praxis gewähren, wenn die Honorarminderung

- mit der Umstellung der Mengensteuerung auf die neue Systematik oder
- dadurch begründet ist, dass bis zum Quartal 4/2008 vereinbarte Einzelleistungsvergütungen oder Kostenerstattungen entfallen sind.

Durch die Zahlung nach Satz 1 wird der Honorarverlust bis 85 % des Fallwertes des entsprechenden Quartals des Jahres 2008, höchstens jedoch bis 85 % des Gesamthonorars des entsprechenden Quartals des Jahres 2008 ausgeglichen.

Als Honorar ist dabei das in den Honorarbescheiden der KVWL für das entsprechende Quartal des Jahres 2008 anerkannte Honorar für alle ambulanten und stationären Behandlungsfälle des Arztes bezeichnet.

4.8 Unvorhersehbarer Anstieg der Morbidität

Soweit die Gesamtvergütung auf der Grundlage des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses wegen eines nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 4 Nr. 1 SGB V nachträglich erhöht wird, führt dies gegen-

über den Ärzten ggf. zu Nachzahlungen im Rahmen der Honorarbescheidung der Abrechnungsquartale für diese Leistungen.

4.9 Information durch die KVWL

Die KVWL informiert quartalsweise die Krankenkassen über die Zuweisung und Auslastung der Regelleistungsvolumina und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina an den Arzt oder die Arztpraxis nach den Vorgaben des Beschlusses des Bewertungsausschusses (Teil F, Abschnitt III) vom 26.03.2010 und den ergänzenden Beschlüssen des Bewertungsausschusses sowie über Entscheidungen nach Ziffer 4.5 und 4.7 dieses Vertrages.

5. Konvergenzphase für die Steuerung der Auswirkungen durch die Einführung von Regelleistungsvolumina

5.1 Verfahren zur Beschränkung von Umsatzverlusten

Sofern es nach Anwendung der differenzierenden Regelungen nach den Ziffern 4.5, 4.7, Anlage 2 und Anlage 3 nachweislich weiterhin zu überproportionalen Umsatzverlusten und zu Problemen der Sicherung der flächendeckenden Versorgung mit vertragsärztlichen Leistungen kommt, wird das nachfolgende Verfahren angewendet.

Danach wird für die Höhe des Umsatzverlustes einer Praxis gegenüber dem entsprechenden Quartal des Jahres 2008 ein prozentualer Grenzwert festgelegt. Für Praxen, deren Umsatz sich unterhalb dieser Untergrenze errechnet, erfolgt ein Ausgleich des Umsatzverlustes auf diese Untergrenze.

5.2 Anwendung des Ausgleichsverfahrens

- a) Die Regelungen nach Ziffer 5.2 b) bis d) finden Anwendung auf die RLV-relevanten Arztgruppen nach Anlage 2. Ausgenommen sind Praxen, deren Kooperationsform sich gegenüber dem Aufsatzzeitraum geändert hat.
- b) Grundlage für die Bildung der praxisindividuellen Untergrenze nach Ziffer 5.1 ist der aus den Leistungen, die innerhalb der vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet werden, erwirtschaftete Umsatz aus dem entsprechenden Quartal des Jahres

2008 ohne Kostenpauschalen der Kapitel 32 und 40 EBM sowie Leistungen des Organisierten Notfalldienstes.

- c) Zur Bildung der Untergrenze für die Quartale 1 - 4/2011 wird der nach Ziffer 5.2 b) ermittelte Betrag aus dem 1. Quartal 2008 um 12 % vermindert (aus dem 2. Quartal 2008 um 13 %, aus dem 3. Quartal 2008 um 14 %, aus dem 4. Quartal 2008 um 15 %).
- d) Unterschreitet der nach Ziffer 5.2 b) definierte Umsatz einer Praxis nach Abrechnung des jeweiligen Abrechnungsquartals 2011 die Untergrenze nach Ziffer 5.2 c), wird der Umsatzverlust bis zum Erreichen der Untergrenze ausgeglichen, höchstens jedoch bis der entsprechende Umsatz je RLV-Fall zu 88 % erreicht ist (im 2. Quartal zu 87 %, im 3. Quartal zu 86 %, im 4. Quartal zu 85 %).

Gegebenenfalls bestehende Umsatzsteigerungen der jeweiligen Praxis aus Vergütungen für Leistungen, die bei der Bemessung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung unberücksichtigt bleiben, sind mit dem Ausgleichsbetrag zu verrechnen.

6. Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen

6.1 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 § 87 a Abs. 2 Satz 6 SGB V zum jeweiligen Zeitpunkt gültigen regionalen Euro-Gebührenordnung. 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 6.2 ermittelte zeitbezogene Kapazitätsgrenze je Arzt, so werden diese Leistungen maximal bis zur 1,5-fachen zeitbezogenen Kapazitätsgrenze mit den abgestaffelten Preisen nach Ziffer 2.1 vergütet.

6.2 Ermittlung und Festsetzung der Kapazitätsgrenzen

6.2.1 Antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen der Psychotherapie

Als Anteil der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze für die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der in Ziffer 6.1 genannten Arztgruppen werden je Arzt 27.090 Minuten je Abrechnungsquartal festgelegt.

6.2.2 Nicht antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen

Als Anteil der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze für die nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der in Ziffer 6.1 genannten Arztgruppen wird die arztgruppenspezifische, durchschnittlich abgerechnete ärztliche bzw. therapeutische Zuwendungszeit je Arzt gemessen nach den Prüfzeiten der Leistungen des Anhangs 3 zum EBM in der gültigen Fassung ermittelt.

Die Kapazitätsgrenzen für diese Leistungen werden auf der Grundlage des entsprechenden Quartals des Jahres 2008 berechnet.

6.2.3 Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen

Je Arzt bzw. Psychotherapeut der in Ziffer 6.1 genannten Arztgruppen ergibt sich die zeitbezogene Kapazitätsgrenze aus der Addition der Werte in Ziffern 6.2.1 und 6.2.2.

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

Die sich aus dieser Regelung ergebenden Kapazitätsgrenzen werden von der KVWL quartalsweise ermittelt und sind in Anlage 9 ausgewiesen.

7. Selektivverträge

Praxisindividuelle Bereinigungen der Regelleistungsvolumina und ggf. qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina wegen Teilnahme an Selektivverträgen nach §§ 73 b, 73 c, 140 a ff. SGB V erfolgen nach der zwischen den Vertragspartnern auf Grundlage des Beschlusses des Er-

weiterten Bewertungsausschusses vom 16.12.2009 und den ergänzenden Beschlüssen des Bewertungsausschusses geschlossenen Vereinbarung.

8. Grundsätze zur Bildung von Rückstellungen

Auf der Grundlage der Beschlüsse des Bewertungsausschusses werden folgende Grundsätze zur Bildung von Rückstellungen nach § 87 b Abs. 3 Satz 5 SGB V vereinbart:

- a)** Von der vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung werden, nach Berechnung der versorgungsbereichsspezifischen RLV-Verteilungsvolumina, Anteile für die Bildung von Rückstellungen versorgungsbereichsspezifisch verwendet:
- zur Berücksichtigung einer Zunahme von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten,
 - für Sicherstellungsaufgaben (u. a. nachträglich erfolgende Honorarkorrekturen aus Vorquartalen),
 - zum Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten,
 - für Praxisbesonderheiten gem. § 87 b Abs. 3 Satz 3 SGB V und
 - zum Ausgleich von Fehlschätzungen für Vorwegabzüge gemäß Ziffer 4.1.4.
- b)** Die Bildung der Rückstellungen und ihre Auflösung bzw. Rückführung in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung erfolgt versorgungsbereichsspezifisch durch die KVWL im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen.
- c)** Eine Über- oder Unterdeckung wird im Folgequartal in der Honorarverteilung berücksichtigt.

9. Schlussbestimmungen

- a)** Das Nähere zur Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen regelt die KVWL in Abrechnungsrichtlinien auf der Grundlage von § 87 b Abs. 5 Satz 3 SGB V. Die bisherigen Abrechnungsrichtlinien gelten unter Beachtung der aktuellen Rechtslage bis dahin fort. Die-

se Richtlinien sind für alle an der Honorarverteilung teilnehmenden Leistungserbringer verbindlich.

- b) Der Vorstand der KVWL regelt in Durchführungsbestimmungen ergänzende Einzelheiten zu den Ziffern 3.1, 4.4, 4.5, 4.6 und 4.7. Die KVWL informiert die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen regelmäßig über die Durchführungsbestimmungen und deren Anpassungen.

Laufzeit

Dieser Vertrag gilt für die Zeit vom 1. Juli 2011 bis 31. Dezember 2011.

Bochum, Dortmund, Essen, Münster, den 15.04.2011

Es folgen die Unterschriften der Vertragspartner

gez. Dr. Gerhard Nordmann
2. Vorsitzender der KVWL

Dortmund, 15.04.2011

Anlage 1

Ermittlung des abgestaffelten Preises zur Vergütung der die Regelleistungsvolumina und qualifikationsgebundene Zusatzvolumina überschreitenden Leistungen nach Ziffer 2.1.

1. Im jeweiligen Quartal werden versorgungsbereichsspezifisch die über die Regelleistungsvolumina und die qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina hinausgehenden Vergütungen festgestellt.
2. In demselben Quartal wird versorgungsbereichsspezifisch das Vergütungsvolumen für abgestaffelte Preise gemäß Ziffer 4.1.2 in Höhe von 2 % des versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumens ermittelt.
3. Die Vergütung aus 2. wird durch die Vergütung aus 1. dividiert. Es entsteht eine Quote für die abgestaffelt zu vergütenden Leistungen.
4. Die über die Regelleistungsvolumina und die qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina hinausgehenden Vergütungen werden mit der Quote nach 3. multipliziert.

Anlage 2

Für nachfolgende Arztgruppen werden Regelleistungsvolumina gemäß § 87 b Abs. 2 und 3 SGB V ermittelt und festgesetzt:

- 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 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 Nervenheilkunde³
- Fachärzte für Neurologie
- Fachärzte für Orthopädie
- Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie
- Fachärzte für Diagnostische Radiologie, für Nuklearmedizin
- Fachärzte für Urologie
- Fachärzte für Physikalisch-Rehabilitative Medizin

Zur Berechnung des Regelleistungsvolumens nach Ziffer 4.2.1 wird die für die Fallwertabstufung heranzuziehende durchschnittliche RLV-Fallzahl für Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie differenziert zwischen Ärzten mit und ohne Teilnahme an der Vereinbarung zur Sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen.

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

Anlage 2a

Die nachfolgende Arztgruppendifferenzierung ist Grundlage für die Bestimmung der Zuschläge zum Regelleistungsvolumen für Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten nach Ziffer 2.4.2:

- Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören
- Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin
- Fachärzte für Anästhesiologie
- Fachärzte für Augenheilkunde
- Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie, für Herzchirurgie, für Gefäßchirurgie
- Fachärzte für Neurochirurgie
- Fachärzte für Frauenheilkunde
- Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde
- Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie
- Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/ Onkologie
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Nephrologie
- Übrige Fachärzte für Innere Medizin (z. B. ohne Schwerpunkt)
- Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
- Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
- Fachärzte für Nervenheilkunde⁴, für Neurologie, für Psychiatrie und Psychotherapie
- Fachärzte für Orthopädie
- Fachärzte für Diagnostische Radiologie
- Fachärzte für Nuklearmedizin
- Fachärzte für Urologie
- Fachärzte für Physikalisch-Rehabilitative Medizin

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

Anlage 3

Zuordnung der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina (QZV) nach Ziffer 2.1

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

Nachfolgende qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV) setzen sich systematisch für alle Arztgruppen aus denselben Gebührenordnungspositionen zusammen. 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
	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
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
	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
Fachärzte für Frauenheilkunde	Kurative Mammographie	34270, 34271, 34272, 34273
	Mamma-Sonographie, Stanzbiopsie	08320, 33041
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde und für Phoniatrie und Pädaudiologie	Bronchoskopie	09315, 09316
	Kardiorespiratorische Polygraphie	30900
	Polysomnographie	30901
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503

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

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

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

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
Fachärzte für Diagnostische Radiologie / Nuklearmedizin	CT	34310, 34311, 34312, 34320, 34321, 34322, 34330, 34340, 34341, 34342, 34343, 34344, 34345, 34350, 34351, 34360, 34502
	Kurative Mammographie	34270, 34271, 34272, 34273
	Interventionelle Radiologie	01530, 01531, 34283, 34284, 34285, 34286, 34287
	MRT	34410, 34411, 34420, 34421, 34422, 34430, 34431, 34440, 34441, 34442, 34450, 34451, 34452, 34460
	MRT-Angiographie	34470, 34475, 34480, 34485, 34486, 34489, 34490, 34492
	Nuklearmedizin	17310, 17311, 17312, 17320, 17321, 17330, 17331, 17332, 17333, 17340, 17341, 17350, 17351, 17360, 17361, 17362, 17363, 17371, 17372, 17373
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092
	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503

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

Anlage 4

Berechnung des Verteilungsvolumens eines Versorgungsbereichs (VV_{VB})

1. Das haus- und fachärztliche Verteilungsvolumen wird gemäß Anhang 1 zu dieser Anlage ermittelt.
2. Beim Wechsel des Versorgungsbereichs durch einen Vertragsarzt sind die Verteilungsvolumen der Versorgungsbereiche unbeschadet der Regelung nach 4. nicht anzupassen.
3. Vertragsärzte, die gemäß § 73 SGB V dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören und aus Gründen der Sicherstellung nach dem 1. Juli 2010 eine Genehmigung erhalten, in den Vereinbarungen gemäß § 6 Abs. 2 des Vertrages über die hausärztliche Versorgung genannte Leistungen abzurechnen, erhalten die Vergütungen für den abgerechneten Leistungsbedarf dieser Leistungen aus dem fachärztlichen Vergütungsanteil.
4. Vertragsärzte, die gemäß § 73 SGB V dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören, aus Gründen der Sicherstellung eine Genehmigung besitzen, nach dem 1. Januar 2003 in den Vereinbarungen gemäß § 6 Abs. 2 des Vertrages über die hausärztliche Versorgung genannte Leistungen abzurechnen, und den Versorgungsbereich wechseln, sind die Vergütungen für den abgerechneten Leistungsbedarf dieser Leistungen, soweit sie im Zeitraum vom 1. Januar 2009 bis zum 30. Juni 2010 aus dem Vergütungsvolumen des hausärztlichen Vergütungsbereich gezahlt werden, quartalsweise auf der Basis des Vorjahresquartals im Vergütungsvolumen des hausärztlichen Versorgungsbereiches zu bereinigen und dem Vergütungsvolumen des fachärztlichen Versorgungsbereichs zuzuführen.

Anlage 5

Berechnung des arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumens nach Ziffer 4.1.3

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

$$VV_{AG} = \frac{LB_{AG}}{LB_{VB}} * VV_{VB}^{RLV}$$

LB_{VB} : Zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannter Leistungsbedarf in Punkten in 2008 ohne Leistungen nach Ziffer 3.4.1 und 3.5, ggf. unter Berücksichtigung der EBM-Anpassungsfaktoren gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 2. September 2009, Beschluss Teil B, Nr. 1.4 sowie gemäß Nr. 2 aller Arztgruppen gemäß Anlage 2 und Ziffer 6.1 des Versorgungsbereichs.

LB_{AG} : Zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannter Leistungsbedarf in Punkten in 2008 ohne Leistungen nach Ziffer 3.4.1 und 3.5, ggf. multipliziert mit den EBM-Anpassungsfaktoren gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 2. September 2009, Beschluss Teil B, Nr. 1.4 sowie gemäß Nr. 2 einer Arztgruppe.

AG: Arztgruppe gemäß Anlage 2 und Ziffer 6.1

VV_{VB}^{RLV} : Versorgungsbereichsspezifisches RLV-Verteilungsvolumen gemäß Ziffer 4.1.2.

2. Berücksichtigung von Veränderungen der Bewertung ärztlicher Leistungen des EBM in 2009 durch Anpassungsfaktoren

Die Anpassungsfaktoren werden wie folgt festgelegt:

Sachverhalt	Arztgruppe	Anpassungsfaktor
Einführung der Grundpauschale für Nervenärzte (GOP 21213 bis 21215)	Fachärzte für Nervenheilkunde	1,1594
Ausgliederung der Entwicklungsdiagnostik (GOP 04350 bis 04354) aus der Versichertenpauschale der Kinder- und Jugendärzte	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	1,0298
Ausgliederung einer Gesprächsleistung	Fachärzte für Neurologie	1,0470
Berücksichtigung höherer Frequenzen von Gesprächsleistungen	Fachärzte für Nervenheilkunde, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	1,2425
Bereinigung der Grundpauschalen aufgrund der Einführung onkologischer Zusatzpauschalen	Fachärzte für - Chirurgie, Kinderchirurgie, Plastische Chirurgie, Neurochirurgie, Gefäßchirurgie	0,9974
	- Frauenheilkunde	0,9761
	- Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	0,9983
	- Haut- und Geschlechtskrankheiten	0,9801
	- Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie	0,9978
	- Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie	0,9989
	- Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	0,9327
	- Urologie	0,9359

3. Ausgleich überproportionaler Honorarverluste auf Arztgruppenebene

Um zu verhindern, dass in einer Arztgruppe überproportionale Honorarverluste in der Weise eintreten, dass mehr als 50 % der Praxen in 2011 Honorarverluste im Bereich der RLV- / QZV-Leistungen gegenüber dem entsprechenden Quartal des Jahres 2008 hinnehmen müssen, wird eine Mindesthöhe des arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumens festgelegt. Unterschreitet das Verteilungsvolumen einer Arztgruppe diese Untergrenze, so wird das arztgruppenspezifische Verteilungsvolumen auf die Untergrenze angehoben. Die Untergrenze des Verteilungsvolumens einer Arztgruppe wird im Sinne einer Konvergenz im 1. Quartal 2011 auf eine Höhe von 2,5 % über dem Honorar der Arztgruppe für die entsprechenden Leistungen aus dem jeweiligen Quartal 2008 (2,0 % im 2. Quartal 2011, 1,5 % im 3. Quartal 2011, 1,0 % im 4. Quartal 2011) festgelegt.

Zum Ausgleich des zum 01.01.2011 entfallenden Punktwertzuschlags für das Hautkrebscreening wird das so ermittelte arztgruppenspezifische Verteilungsvolumen anschließend um das Vergütungsvolumen des Punktwertzuschlags für das Hautkrebscreening aus dem entsprechenden Quartal des Jahres 2010 erhöht.

Anlage 6

Berechnung der arztgruppenspezifischen Vergütungsbereiche nach Ziffer 4.1.4

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

$$RLV_{AG} = \frac{LB_{AG}^{RLV}}{LB_{AG}} * VV_{AG}$$

LB_{AG}^{RLV}: Zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannter (Brutto-)Leistungsbedarf in Punkten in 2008 einer Arztgruppe derjenigen Leistungen, die innerhalb der Regelleistungsvolumina vergütet werden, ggf. unter Berücksichtigung der EBM-Anpassungsfaktoren gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 2. September 2009, Beschluss Teil B, Nr. 1.4 sowie in Anlage 5, Nr. 2.

LB_{AG}: Zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannter (Brutto-)Leistungsbedarf in Punkten in 2008 ohne Leistungen nach Ziffer 3.4.1 und 3.5, ggf. multipliziert mit den EBM-Anpassungsfaktoren gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 2. September 2009, Beschluss Teil B, Nr. 1.4 gemäß 2. einer Arztgruppe.

AG: Arztgruppen gemäß Anlage 2

Der arztgruppenspezifische Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der Regelleistungsvolumina (RLV_{AG}) ist maximal in der Höhe des arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumens gemäß Ziffer 4.1.3 festzulegen.

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

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

VV_{AG}: Arztgruppenspezifisches Verteilungsvolumen gemäß Ziffer 4.1.3

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

Anlage 7

Berechnung des Regelleistungsvolumens je Arzt gemäß Ziffer 4.2

1. Berechnung des arztgruppenspezifischen Fallwertes gemäß 4.2.1

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

RLV_{AG}: Arztgruppenspezifischer Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der Regelleistungsvolumen gemäß Anlage 6, Nr. 1.

FZ_{AG}: Anzahl der RLV-Fälle gemäß Ziffer 3.6 einer Arztgruppe im Vorjahresquartal

2. Berechnung des arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumens nach § 87b Abs. 2 und 3 SGB V

$$RLV_{Arzt} = FW_{AG} * FZ_{Arzt}$$

FW_{AG}: Arztgruppenspezifischer Fallwert gemäß 1.

FZ_{Arzt}: Anzahl der RLV-Fälle eines Arztes gemäß Ziffer 3.6 eines Arztes im Vorjahresquartal

Das praxisbezogene Regelleistungsvolumen ergibt sich gemäß Ziffer 2.4.1 aus der Addition der Regelleistungsvolumina der Ärzte, die in der Arztpraxis tätig sind sowie der entsprechenden Zuschläge für Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinische Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten.

3. Morbiditätsbezogene Differenzierung des Regelleistungsvolumen nach Altersklassen gemäß Ziffer 4.2.2

f = KV-bezogener, arztgruppenspezifischer Leistungsbedarf je RLV-Fall im Vorjahr aus Leistungen, die innerhalb des Regelleistungsvolumens vergütet werden, für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr

g = KV-bezogener, arztgruppenspezifischer Leistungsbedarf je RLV-Fall im Vorjahr aus Leistungen, die innerhalb des Regelleistungsvolumens vergütet werden, für Versicherte ab dem 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr

h = KV-bezogener, arztgruppenspezifischer Leistungsbedarf je RLV-Fall im Vorjahr aus Leistungen, die innerhalb des Regelleistungsvolumens vergütet werden, für Versicherte ab dem 60. Lebensjahr

i = KV-bezogener, arztgruppenspezifischer Leistungsbedarf je RLV-Fall im Vorjahr aus Leistungen, die innerhalb des Regelleistungsvolumens vergütet werden, für alle Versicherten

n_f = Zahl der RLV-Fälle eines Arztes für die Behandlung von Versicherten bis zum vollendeten 5. Lebensjahr im Vorjahr

n_g = Zahl der RLV-Fälle eines Arztes für die Behandlung von Versicherten ab dem 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr im Vorjahr

n_h = Zahl der RLV-Fälle eines Arztes für die Behandlung von Versicherten ab dem 60. Lebensjahr im Vorjahr

n = Zahl der RLV-Fälle eines Arztes im Vorjahr

Das Regelleistungsvolumen gemäß 2 eines Arztes wird mit dem folgenden Faktor multipliziert:

$$\frac{n_f \cdot f/i + n_g \cdot g/i + n_h \cdot h/i}{n}$$

Die Differenzierung nach Altersgruppen entfällt für die Altersgruppen mit weniger als 50 RLV-Fällen pro Jahr in der Arztgruppe.

Anlage 8

Berechnung der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina (QZV) gemäß Ziffer 4.3

Entsprechend Anlage 3 werden je Arztgruppe und je qualifikationsgebundenem Zusatzvolumen die Berechnungen wie folgt durchgeführt:

1. Berechnung des Vergütungsbereichs je qualifikationsgebundenem Zusatzvolumen für jede Arztgruppe gemäß Anlage 3

$$QZV_{AG}^i = QZV_{AG} \times \frac{LB_{AG}^i}{LB_{AG}^{QZV}}$$

QZV_{AG} : Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen in qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina einer Arztgruppe gemäß Anlage 6, Nr. 2

LB_{AG}^i : Zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannter Leistungsbedarf in Punkten in 2008 einer Arztgruppe derjenigen Leistungen, die innerhalb eines qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen i vergütet werden, ggf. multipliziert mit den EBM-Anpassungsfaktoren gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 2. September 2009, Beschluss Teil B, Nr. 1.4 gemäß 2. einer Arztgruppe.

LB_{AG}^{QZV} : Zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannter Leistungsbedarf in Punkten in 2008 derjenigen Leistungen, die innerhalb der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen einer Arztgruppe vergütet werden, ggf. multipliziert mit den EBM-Anpassungsfaktoren gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 2. September 2009, Beschluss Teil B, Nr. 1.4 gemäß 2. einer Arztgruppe.

i : Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen einer Arztgruppe gemäß Anlage 3

AG : Arztgruppe gemäß Anlage 3

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 einer Arztgruppe gemäß 1.

FZ_{AG}^i : Anzahl der RLV-Fälle gemäß Ziffer 3.6 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)
- Stoßwellenlithotripsie (ESWL)
- Fluoreszenzangiographie
- Kurative Mammographie
- Praxisklinische Betreuung
- Koronarangiographie
- Für Fachärzte für Diagnostische Radiologie und Fachärzte für Nuklearmedizin jeweils ein QZV für die in Anlage 3 aufgeführten Leistungsbereiche.

b) Berechnung des qualifikationsgebundenen Zusatzvolumens je Arzt

$$\text{Quote}_{AG}^i = \frac{\text{QZV}_{AG}^i}{\text{QZV2010}_{AG}^i}$$

$$\text{QZV}_{Arzt}^i = \text{QZV2010}_{Arzt}^i * \text{Quote}_{AG}^i$$

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

QZV2010_{AG}^i : Vergütungsvolumen des entsprechenden Quartals des Jahres 2010 für ein qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen einer Arztgruppe nach den jeweils gültigen Preisen der Euro-Gebührenordnung.

QZV2010_{Arzt}^i : Vergütungsvolumen des entsprechenden Quartals des Jahres 2010 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 zugewiesen 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.

Anlage 9

Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen nach Ziffer 6.2.3 für die in Ziffer 6.1 genannten Arztgruppen

Arztgruppe	Kapazitätsgrenze je Quartal (in Minuten)			
	1/2011	2/2011	3/2011	4/2011
Psychologische Psychotherapeuten	30.010	30.111	30.213	30.372
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	30.540	30.762	30.747	30.965
Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	30.175	30.003	29.823	30.943
andere ausschließlich psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte gemäß den Kriterien der Bedarfsplanungsrichtlinien	29.613	29.655	29.795	29.966

Anlage 10

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 Fahrdienst (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 11

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 ergibt sich aus der Summe der Beträge, die sich durch Multiplikation der Abrechnungshäufigkeit der Gebührenordnungspositionen 01410, 01413 und 01415 EBM aus dem entsprechenden Vorjahresquartal mit den jeweils gültigen Preisen der Euro-Gebührenordnung ergeben.
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.

Anhang 1 zu Anlage 4

Die KVWL ermittelt mit Wirkung ab dem 3. Abrechnungsquartal 2010 in jedem Abrechnungsquartal aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (Vergütung für bereichseigene und bereichsfremde Vertragsärzte und -psychotherapeuten) gemäß Beschluss Teil B, 6. des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 2. September 2009 das versorgungsbereichsspezifische Verteilungsvolumen mit folgenden Schritten.

Ermittlung des Trennungsfaktors

Schritt 1.) Feststellung der für die Abrechnungsquartale 1/2009 und 2/2009 insgesamt zutreffenden vorhersehbaren kassenübergreifenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV für bereichseigene und bereichsfremde Vertragsärzte und -psychotherapeuten) gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 2. September 2009, Beschluss Teil B, Nr. 6. insgesamt für die im Abrechnungsquartal zutreffende Anzahl der Versicherten aller Krankenkassen mit Wohnsitz im Bereich des Bezirks der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung, für alle Vertragsärzte und -psychotherapeuten, MVZ, ermächtigten Ärzte, Einrichtungen, Krankenhäuser und Institutionen, für diejenigen ärztlichen Leistungen und Kosten-erstattungen, die in der vorhersehbaren kassenübergreifenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 2. September 2009 enthalten sind.

(= MGV^{2009})

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

(= TVG^{12009})

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

- die Konsiliar- und Grundpauschale für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin, ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin (GOP 12210 und 12220 EBM),

- die Grundpauschale für zur Abrechnung von Kostenerstattungen und Leistungen des Kapitel 32 EBM ermächtigte Laborärzte, Einrichtungen, Krankenhäuser und Institutionen (GOP 01320),
- die wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen des Kapitel 32 (GOP 32001),
- Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM.

$$(= \text{TVG}^2^{2009})$$

Schritt 4.) Feststellung der für die Abrechnungsquartale 1/2009 und 2/2009 insgesamt zutreffenden MGV (MGV für die entsprechende Behandlung bereichseigener Versicherter durch bereichseigene und bereichsfremde Vertragsärzte) für die abgerechneten Leistungen und Kostenerstattungen des EBM ohne die Vergütung, die bereits mit Schritt 3. erfasst ist, für den von der KVWL organisierten Not(fall)dienst.

$$(= \text{TVG}^3^{2009})$$

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

$$(= \text{TVG}^4^{2009})$$

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

$$\text{Trennung}_{\text{VG}} = \text{MGV}^{2009} - \text{TVG}^1^{2009} - \text{TVG}^2^{2009} - \text{TVG}^3^{2009} - \text{TVG}^4^{2009}$$

[Formel 1]

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

$$(= \text{MGV}_{\text{HÄ}}^{2009})$$

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

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

(= LAB²⁰⁰⁷)

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

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

(= LAB²⁰⁰⁹)

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

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

$$\text{LAB}_{\text{HÄ}}^{2007} = \text{VG} (\text{Kosten Kap.32})_{\text{HÄ}}^{2007} + \text{VG} (\text{GOP 32001})_{\text{HÄ}}^{2007}$$

[Formel 2]

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

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

$$\text{TVG}_{\text{HÄ}}^{2009} = \text{LAB}_{\text{HÄ}}^{2007} / \text{LAB}^{2007} \times \text{LAB}^{2009} - \text{LFKZ}_{\text{HÄ}}^{2009}$$

wobei $\text{LFKZ}_{\text{HÄ}}^{2009}$ den Saldo aus den Forderungen für die Behandlung bzw. Untersuchung von Material bereichsfremder Versicherter durch bereichseigene Hausärzte und den Verbindlichkeiten für die Behandlung bzw. Untersuchung von Material bereichseigener Versicherter durch bereichsfremde Hausärzte bezeichnet.

[Formel 3]

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

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

$$\text{TVG}_3^{2009} \text{ je Arzt} = \text{TVG}_3^{2009} / \text{Anzahl der Ärzte gem. Schritt 11.}$$

[Formel 4]

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

$TVG_{3H\ddot{A}}^{2009} = TVG_{3H\ddot{A}}^{2009}$ je Arzt x Anzahl der dem hausärztlichen Versorgungsbereich zuzuordnenden Ärzte gem. Schritt 11.

[Formel 5]

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

$$\text{Trennung}_{VG\ddot{H}\ddot{A}} = \text{MGV}_{H\ddot{A}}^{2009} - \text{TVG}_{2H\ddot{A}}^{2009} - \text{TVG}_{3H\ddot{A}}^{2009}$$

[Formel 6]

Schritt 15.) Ermittlung des Trennungsfaktors.

$$TF = \text{Trennung}_{VG\ddot{H}\ddot{A}} / \text{Trennung}_{VG}$$

[Formel 7]

Ermittlung des trennungsrelevanten versorgungsbereichsübergreifenden Verteilungsvolumens in einem Abrechnungsquartal

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

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

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

Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 2. September 2009 enthalten sind.

$$\text{TVG}^1_{\text{Quartal}} = \text{VG}_{\text{VJQ}} (\text{Kap. 35.2 EBM}) \times \text{VR} + 0,001722 \times \text{MGV}_{\text{KV}}^{\text{Quartal}}$$

[Formel 8]

- Schritt 18.)** Ermittlung der für das Vorjahresabrechnungsquartal zutreffenden und um die für das entsprechende Abrechnungsquartal gültige Veränderungsrate (VR) gemäß Beschluss des (Erweiterten) Bewertungsausschusses gesteigerten MGV (MGV für die entsprechende Behandlung bzw. Untersuchung von Material bereichseigener Versicherter durch bereichseigene und bereichsfremde Vertragsärzte) für
- die Konsiliar- und Grundpauschale für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin, ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin (GOP 12210 und 12220 EBM),
 - die Grundpauschale für zur Abrechnung von Kostenerstattungen und Leistungen des Kapitel 32 EBM ermächtigte Ärzte, Einrichtungen, Krankenhäuser und Institutionen,
 - die GOP 32001,
 - Leistungen und Kostenerstattungen des Kapitel 32 EBM.

$$\text{TVG}^2_{\text{Quartal}} = \text{VG}_{\text{VJQ}} (\text{Labor}) \times \text{VR}$$

[Formel 9]

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

$$\text{TVG}^3_{\text{Quartal}} = \text{VG}_{\text{VJQ}} (\text{NFD}) \times \text{VR}$$

[Formel 10]

- Schritt 20.)** Ermittlung der Teilvergütung in Höhe von 0,1635 vom Hundert aus $\text{MGV}_{\text{KV}}^{\text{Quartal}}$ gemäß Beschluss Teil B, 3.3 gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 2. September 2009.

$$\text{TVG}_4^{\text{Quartal}} = \text{MGV}_{\text{KV}}^{\text{Quartal}} \times 0,001635$$

[Formel 11]

Schritt 21.) Ermittlung des trennungsrelevanten versorgungsbereichsübergreifenden Verteilungsvolumens in einem Abrechnungsquartal gemäß Ziffer 4.1.1

$$\text{VüV}_{\text{KV}}^{\text{Quartal}} = \text{MGV}_{\text{KV}}^{\text{Quartal}} - \text{TVG}_1^{\text{Quartal}} - \text{TVG}_2^{\text{Quartal}} - \text{TVG}_3^{\text{Quartal}} - \text{TVG}_4^{\text{Quartal}}$$

[Formel 12]

Ermittlung des hausärztlichen Verteilungsvolumens gemäß Ziffer 4.1.1 in einem Abrechnungsquartal

Schritt 22.) Ermittlung des hausärztlichen Verteilungsvolumens gemäß Ziffer 4.1.1

$$\text{VV}_{\text{HÄ}}^{\text{Quartal}} = \text{VüV}_{\text{KV}}^{\text{Quartal}} \times \text{TF} + \text{TVG}_4^{\text{Quartal}} \times 0,15$$

[Formel 13]

Ermittlung des fachärztlichen Verteilungsvolumens gemäß Ziffer 4.1.1 in einem Abrechnungsquartal

Schritt 23.) Ermittlung des fachärztlichen Verteilungsvolumens gemäß Ziffer 4.1.1

$$\text{VV}_{\text{FÄ}}^{\text{Quartal}} = \text{VüV}_{\text{KV}}^{\text{Quartal}} - \text{VV}_{\text{HÄ}}^{\text{Quartal}} + \text{TVG}_4^{\text{Quartal}}$$

[Formel 14]