



PRAXISINFORMATIONEN ALS BEILEGER

„Wir sind mit dem Ergebnis der Honorarverhandlungen sehr zufrieden!“

Ein Interview mit dem KVWL-Vorstand zu den Themen Honorar und EBM

> Seite 4

Änderungen in der Honorarverteilung  
zum 1. Oktober 2013 beschlossen

> Seite 8





## Inhalt

---

- 4 „Wir sind mit dem Ergebnis der Honorarverhandlungen sehr zufrieden!“  
Ein Interview mit dem Vorstand der KVWL zu den Themen Honorar und EBM
- 
- 8 Änderungen in der Honorarverteilung  
zum 1. Oktober 2013
- 

### STANDARDS

- 11 Amtliche Bekanntmachungen
- 11 Honorarverteilungsmaßstab der  
Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe (HVM - KVWL)
  - 54 Beendigung der H-Arzt-Tätigkeit
  - 55 Ausschreibungen von Vertragsarzt- /  
Vertragspsychotherapeutenstellen in Westfalen-Lippe
- 63 Impressum

**praxisintern** Nr. 9 | 27. September 2013

mit praxisrelevanten Informationen  
als Heft-Beileger





## Mehr Geld für Westfalen-Lippe

**D**er Honorarabschluss steht: Die Finanzmittel für die ambulante medizinische und psychotherapeutische Versorgung in Westfalen-Lippe werden um sechs Prozent oder 131 Millionen Euro aufgestockt!

Das Ergebnis der diesjährigen Honorarverhandlungen kann sich sehen lassen. Zum einen ist es für Westfalen-Lippe der höchste Honorarzuwachs seit vielen Jahren und zum anderen ist es eines der besten Verhandlungsergebnisse der diesjährigen Honorarrunde im Bundesvergleich. Das war zu Beginn der Verhandlungen mit den Krankenkassen nicht abzusehen, denn unsere Verhandlungspositionen lagen meilenweit auseinander. Nachdem sich jedoch die vollmundigen Versprechen aus dem politischen Lager zur sockelwirksamen Honorarerhöhung als bloße Lippenbekenntnisse entpuppt hatten, waren wir umso entschlossener, in den anstehenden Honorarverhandlungen endlich eine deutlich spürbare Verbesserung der ambulanten Honorare zu erreichen.

Uns als Vorstand der KVWL war schnell klar, dass wir uns auf einen langen und steinigen Weg begeben würden, auf dem wir Unterstützung brauchen würden. Diese fanden wir in

der gelebten Solidarität zahlreicher ärztlicher und psychotherapeutischer Verbände sowie der freien Verbände in Westfalen-Lippe. Unser großer Dank gilt allen Unterstützern!

Besonders wichtig ist uns, dass die Honorarsteigerung nicht an neue Leistungen – oder spezielle Qualifikationen – gebunden ist. Denn unser erklärtes Ziel ist es, vor allem die grundversorgenden Haus- und Fachärzte zu fördern. Diese Absicht deckt sich mit Neuerungen des EBM, die ab dem 1. Oktober 2013 wirksam werden (vgl. praxis intern S. 2). Die (Wieder-)Einführung einer eigenen Gesprächsziffer, die Verbesserung der Chronikerpauschale oder die morbiditätsorientierte Staffelung der Versichertenpauschale sind nur einige Schlagworte, die für das Ziel stehen, die unmittelbare und tägliche Patientenversorgung besser zu honorieren.

Die Erhöhung des Gesamthonorars um sechs Prozent enthält auch einen Bonus von 1,3 Prozent, den wir für die langjährige und gut belegbare wirtschaftliche Verordnung von Arzneimitteln erhalten. Dieser Bonus ist in unseren Augen ein deutliches Zeichen für die Anerkennung der nachweisbaren hohen Qualität der ambulanten Versorgung in Westfalen-Lippe durch die Krankenkassen.

Dr. Wolfgang-Axel Dryden,  
1. Vorsitzender der KVWL

Dr. Gerhard Nordmann,  
2. Vorsitzender der KVWL

Dr. Thomas Kriedel,  
Mitglied des Vorstands

# „Wir sind mit dem Ergebnis der Honorarverhandlungen sehr zufrieden!“

Ein Interview mit dem Vorstand der KVWL zu den Themen Honorar und EBM

**S**isyphos-Arbeit, Marathonlauf, Herkulesaufgabe – es gibt viele Metaphern, die auf die kürzlich erfolgreich abgeschlossenen Honorarverhandlungen zwischen der KVWL und den Krankenkassen zutreffen. Die ersten Gespräche gab es bereits im November 2012. Es folgten zähe Verhandlungen, die zwischenzeitlich

chotherapeutische Versorgung der Patienten in Westfalen-Lippe fließen! Im Interview mit der KVWL kompakt-Redaktion blickt der Vorstand der Körperschaft auf die längsten Honorarverhandlungen in der Geschichte der KVWL zurück und gibt einen Ausblick auf die Veränderungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM), die ab dem 1. Oktober 2013 wirksam werden.

mussten. Genau aus diesem Grund haben wir die derzeit laufende Image-Kampagne der KBV auch noch einmal auf unsere Belange zugespielt (s. Plakatmotiv S. 7). Zudem hatte ich den Eindruck, dass die Krankenkassen lange nicht mit einer Stimme gesprochen haben und Mühe hatten, sich auf ein einheitliches Vorgehen zu verständigen.“

„Uns war wichtig, dass wir uns das Klagerecht gegen die negative Entscheidung des Schiedsamtes zur sockelwirksamen Anhebung der Vergütung nicht haben abkaufen lassen. So steht uns eine zusätzliche Option für die zukünftige Weiterentwicklung der Honorare zur Verfügung.“

Dr. Gerhard Nordmann, 2. KVWL-Vorsitzender



immer wieder festgefahren waren. Auch der Gang vor das Schiedsamt im Februar dieses Jahres brachte nicht den erhofften Durchbruch, so dass die Verhandlungspartner ihre Gespräche wieder aufnahmen. Mit Hilfe der Telefon-Diplomatie, zahlloser persönlicher Gespräche auf allen Ebenen sowie einer gehörigen Portion „westfälischer Sturheit“ gelang es dem KVWL-Vorstand schließlich doch noch, die Honorarverhandlungen zum Abschluss zu bringen. Und das Ergebnis kann sich sehen lassen: Die Erhöhung des Gesamthonorars um insgesamt sechs Prozent bedeutet, dass rund 131 Millionen Euro zusätzlich in die ambulante medizinische und psy-

**KVWL kompakt:** „Warum dauerten die Honorarverhandlungen diesmal so ungewöhnlich lange?“

**Dr. Gerhard Nordmann, 2. KVWL-Vorsitzender:** „Ein wesentlicher Knackpunkt war die Tatsache, dass die Ausgangspositionen sehr weit auseinanderlagen. Nachdem uns die Politik in unserem Bestreben um eine Anhebung der Vergütung mindestens auf den Bundesdurchschnitt komplett im Stich gelassen hatte, war uns klar, dass wir die Chance, die uns die Honorarverhandlungen auf regionaler Ebene liefern, zum Wohle unserer Mitglieder und der Patienten in Westfalen-Lippe nutzen

**Dr. Wolfgang-Axel Dryden, 1. KVWL-Vorsitzender:** „Durch den deutlich niedrigeren Vergütungssockel in Westfalen-Lippe wurde uns häufig – mitunter auch aus den eigenen Reihen – der Vorwurf gemacht, dass wir als KVWL als der „billige Jakob“ dastünden. Als Vorstand der KVWL sehen wir uns in der Pflicht, diesem Eindruck entschieden zu begegnen, denn die Qualität der ambulanten Versorgung ist in unserem Landesteil belegbar hoch – und das bei steigender Morbidität. Ein angemessenes Honorar ist da eine *conditio sine qua non* und kein wohlthätiger Akt!“



„Nicht zuletzt der Bonus für die belegbare wirtschaftliche Arzneimittelverordnung ist eine deutliche Anerkennung der hohen Qualität der ambulanten Versorgung durch die westfälisch-lippischen Ärzte und Psychotherapeuten.“

Dr. Wolfgang-Axel Dryden, 1. Vorsitzender der KVWL

**KVWL kompakt: „Wie beurteilen Sie das Verhandlungsergebnis?“**

**Dr. Gerhard Nordmann:** „Ich bin mit dem Verhandlungsergebnis sehr zufrieden. Natürlich ist ein solcher Honorarabschluss immer ein Kompromiss. Mit einer Anhebung der Gesamtvergütung von insgesamt sechs Prozent haben wir jedoch eines der besten Resultate in der Geschichte der KVWL erzielt. Zudem haben wir uns das Klagerecht bezüglich der Schiedsamtentscheidung nicht abringen lassen. Ich möchte an dieser Stelle aber nicht versäumen, mich noch einmal für die breite Unterstützung zu bedanken. Denn dieses Verhandlungsergebnis ist auch ein Sieg der Solidarität der ärztlichen und psychotherapeutischen Berufsverbände, der freien Verbände sowie zahlreicher Mitglieder der KVWL-Vertreterversammlung und weiterer Personen und Institutionen!“

**Dr. Thomas Kriedel, KVWL-Vorstandsmitglied:** „Für uns war es ganz wichtig, dass wir ein Honorar-Plus aushandeln konnten, das nicht an neue Leistungen oder zusätzliche Qualifikationen gebunden ist. Nur so kommen wir unserem Ziel näher, die grundversorgenden Haus- und Fachärzte besonders zu unterstützen.“

**KVWL kompakt: „Also ein Honorarergebnis ohne Gegenleistung durch die ambulanten Ärzte und Psychotherapeuten?“**

**Dr. Gerhard Nordmann:** „Nein, dieser Eindruck wäre falsch. Allerdings dienen alle Gegenleistungen, die wir zu erbringen haben, unmittelbar der Patientenversorgung. Ein kluges Terminmanagement sowie die bessere Betreuung der Patienten in Pflegeheimen und ländlichen Regionen sind uns ohnehin ein Anliegen und die Krankenkassen sollen wissen, dass wir diese Verpflichtung sehr ernst nehmen. Denn auch das haben wir aus den zurückliegenden Honorarverhandlungen gelernt: Das beste Argument gegenüber den Krankenkassen ist eine wirtschaftliche und qualitativ hochwertige Patientenversorgung. Und die können wir für Westfalen-Lippe gut belegen.“

**Dr. Wolfgang-Axel Dryden:** „Ich möchte noch einmal kurz auf das Verhandlungsergebnis zurückkommen. Wenn man nur die Honorarhöhung betrachtet, verliert man die Details schnell aus dem Blick. Deshalb möchte ich noch einmal explizit darauf hinweisen, dass die Morbiditätsentwicklung in Westfalen-Lippe von den Krankenkassen nun zu 100 Prozent anerkannt worden ist. Damit haben wir das Thema

Finanzierung der zunehmenden Krankheitslast wieder vom Kopf auf die Füße gestellt und verhindert, dass das Morbiditätsrisiko auf die ambulant tätigen Ärzten und Psychotherapeuten abgewälzt wird. Allerdings stehen wir unvermindert in der Pflicht, den durch die steigende Morbidität ausgelösten Mehrbedarf an ambulanter Behandlung auch nachzuweisen. Daher lautet mein Apell: Was wir nicht dokumentieren, kriegen wir nicht bezahlt!“

**KVWL kompakt: „Mehr Geld für die ambulante Versorgung zu erstreiten ist das Eine, dieses Geld zu verteilen die nicht minder schwierige Aufgabe. Welche Auswirkungen erwarten Sie durch die Honorarverteilung und den neue EBM auf die ambulante Versorgung?“**

**Dr. Gerhard Nordmann:** „Es gibt sowohl auf der Bundes-, wie auch auf der regionalen Ebene einen Konsens darüber, dass die grundversorgenden Haus- und Fachärzte gestärkt werden sollen. Den formellen Rahmen bieten uns die Änderungen im EBM. Mit der Ausgliederung von Leistungen aus der Versichertenpauschale bei den Hausärzten sowie der Einführung der Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung (PFG) bei den Fachärzten werden hier die Grundsteine gelegt. Für Westfalen-Lippe haben wir dieses



„Unser Ziel war ein Honorar-Plus, das weder an neue Leistungen noch an zusätzliche Qualifikationen gebunden ist. Dieses Ziel haben wir erreicht.“

Dr. Thomas Kriedel, KVWL-Vorstandsmitglied



Ziel mit dem neuen Honorarverteilungsmaßstab (s. S. 11, Anm. d. Red.), der am 18. September von der Vertreterversammlung verabschiedet wurde, konkretisiert.

Um Unklarheiten zu vermeiden, lassen Sie mich noch hinzufügen, dass die Honorarerhöhung rückwirkend ab dem 1. Januar 2013 gilt. Da aber erst ein Quartal abgerechnet ist, wird es keinen „finanziellen Nachschlag“ geben, sondern das zusätzliche Geld wird auf die drei übrigen Quartale 2013 verteilt.“

**Dr. Wolfgang-Axel Dryden:** „Wir reden in diesem Zusammenhang jetzt sehr viel über die Haus- und Fachärzte – vergessen wir nicht die Psychotherapeuten: Auch sie profitieren von der PFG, da diese auch von Psychotherapeuten abgerechnet werden kann.“

Im hausärztlichen Versorgungsbereich wird der geleistete Behandlungsaufwand durch die Umstellung der Versichertenpauschale von drei auf fünf Altersklassen besser dargestellt. Aus der Sicht der hausärztlichen Grundversorger ist zudem die

Vorhaltepauschale begrüßenswert, die aus der Versichertenpauschale ausgegliedert wird. Damit wird explizit honoriert, dass der (technische) Betrieb und die Geräteausstattung einer Praxis Kosten verursachen, die der Arzt decken muss. Die Wiedereinführung einer eigenen Abrechnungsziffer für das ausführliche Arzt-Patienten-Gespräch sowie die Verbesserung der Chronikerpauschale sind weitere Neuerungen im EBM, die vor allem die Basisversorgung stärken.“

**KVWL kompakt:** „Noch bevor der neue EBM am 1. Oktober eingeführt wird, gab es von einigen KVen heftige Kritik. Manche forderten gar die Rückabwicklung der EBM-Reform. Können Sie diese Kritik nachvollziehen?“

**Dr. Wolfgang-Axel Dryden:** „Ich persönlich kann weder den Zeitpunkt noch die Härte der Kritik verstehen, denn der neue EBM ist nach einer breiten Diskussion und vielen gemeinsamen Beratungen aller Beteiligten verabschiedet worden. Nie-

mand hat behauptet, dass die Weiterentwicklung des EBM mit der Umsetzung der neuesten Änderungen zum 1. Oktober abgeschlossen sei. Das Gegenteil ist der Fall: Natürlich werden wir ungünstige Entwicklungen aufdecken und gegebenenfalls nachjustieren.“

**Dr. Thomas Kriedel:** „In meinen Augen läutet der EBM einen Paradigmenwechsel ein. Wir entfernen uns zunehmend von manchmal sehr unflexiblen Pauschalen und nähern uns einer Vergütung, die die tatsächlich zu versorgende Krankheitslast der Bevölkerung berücksichtigt. Das kann nicht falsch sein. Aber – und da stimme ich Wolfgang Dryden zu – die Einführung neuer Leistungen zum 1. Oktober 2013 ist ein erster Schritt. Meiner Meinung nach ein Schritt in die richtige Richtung.“

**KVWL kompakt:** „Noch einmal zurück zum Honorar. Nach den Honorarverhandlungen ist vor den Honorarverhandlungen. Wagen Sie einen Ausblick auf die kommenden Gespräche mit den Krankenkassen?“

**Dr. Thomas Kriedel:** „Ein Grundproblem, das die Verhandlungen mit den Krankenkassen ganz wesentlich beeinflusst, ist die mangelnde Transparenz der zu Grunde gelegten Daten. Wir haben in den letzten Jahren durch die Morbiditätsmessung einen Zuwachs von 0,7 Prozent verzeichnet. Allerdings haben wir das Gefühl, dass der Morbiditätszuwachs in Westfalen-Lippe deutlich höher ausfällt. Die Zahlen


## Das Honorarergebnis in Zahlen

- Das Gesamthonorar für das Jahr 2013 erhöht sich um sechs Prozent.
- Davon entfallen 4,7 Prozent auf die Erhöhung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.
- Zusätzlich zahlen die Krankenkassen einen Bonus von 1,3 Prozent für die seit Jahren belegbare wirtschaftliche Arzneimittelverordnung in Westfalen-Lippe (zunächst befristet auf drei Jahre).

geben das aber nicht her. Gleichzeitig haben drei andere KV-Regionen Zuwächse von zwei Prozent – das ist schon auffällig.

Genaue Zahlen haben wir aber nicht. Wir als KV befinden uns da immer auf einem Blindflug, weil wir die konkreten Zahlen nicht kennen. Die Kassen liefern sie an das Bundesversicherungsamt (BVA), das BVA verteilt daraufhin das Geld. Wie viel das aber wirklich ist, wissen wir nicht.

Wir als KV haben nur die Schätzwerte, die wir vom Zentralinstitut der KBV erhalten. Die gelten leider nicht als offiziell und sind deshalb für Verhandlungen oder gar gerichtliche Auseinandersetzungen nicht zu gebrauchen. Aber es muss bei Honorarverhandlungen auch eine Art Waffengleichheit geben.“

**Dr. Gerhard Nordmann:** „Die Ausgangsposition im vergangenen November ist nicht mit der jetzigen zu vergleichen. Allerdings haben wir die Honorarverhandlungen in einer sachlichen und kommunikativen Atmosphäre zu Ende geführt und einen Kompromiss gefunden, mit dem beide Seiten gut leben können. Wie ich eingangs schon sagte, wünsche ich mir aus der Sicht des KV-WL-Verhandlungsführers natürlich, dass wir uns unsere Solidarität und Geschlossenheit auch für künftige Verhandlungen bewahren. Ich bin jemand, der gerne klare Kante zeigt und mit offenem Visier kämpft. Das funktioniert aber nur mit der notwendigen Rückendeckung!“  -ms

# Gesund kaufen geht nicht. Krank sparen schon.

Nirgendwo in Deutschland haben wir niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten weniger Budget zur Versorgung unserer Patienten als in Westfalen-Lippe. Demografischer Wandel und der größer werdende Ärztemangel stellen uns vor weitere Herausforderungen. Deshalb verhandeln wir derzeit mit den Krankenkassen über eine Aufstockung unseres Patientenbudgets. [www.ihre-aerzte.de](http://www.ihre-aerzte.de)



## So werden die Honorarzuwächse durch den neuen HVM ab dem 4. Quartal 2013 verteilt

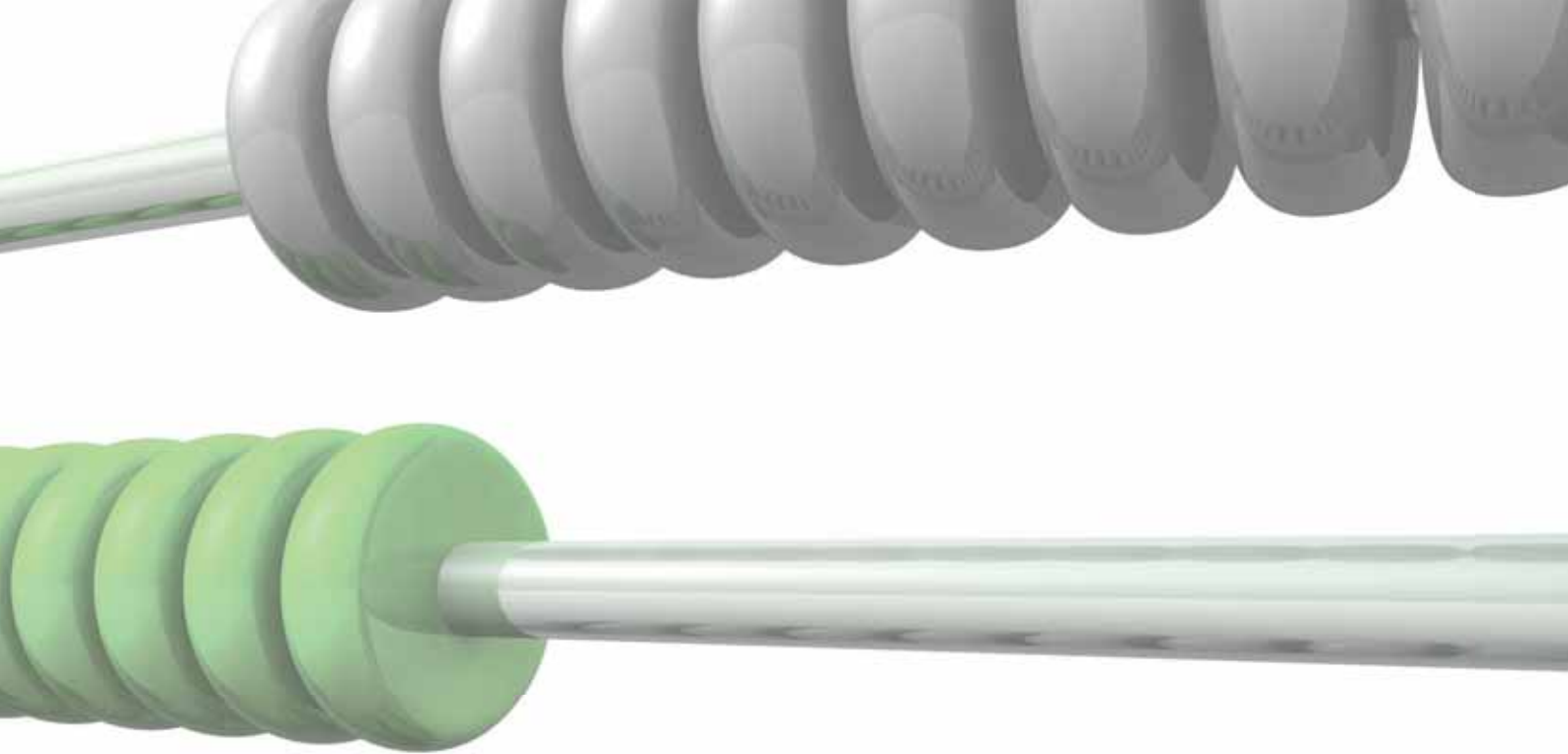
### Im hausärztlichen Versorgungsbereich:

- ▶ Vergütung der Vorhaltepauschale und Gespräche
- ▶ Stärkung der verbleibenden RLV der Hausärzte und Kinderärzte
- ▶ Vergütung der neuen Leistungen der Geriatrie, Sozialpädiatrie und Palliativmedizin

### Im fachärztlichen Versorgungsbereich:

- ▶ Volle Vergütung der Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung (PFG)
- ▶ Erhöhung aller Fachgruppentöpfe im fachärztlichen Versorgungsbereich um zirka drei Prozent

Im 2. und 3. Quartal 2013 werden die Honorarzuwächse nach dem bisher gültigen HVM verteilt und fließen somit in alle Fachgruppentöpfe.



# Änderungen in der Honorarverteilung zum 1. Oktober 2013 beschlossen

Neue Vergütungsstruktur für Hausärzte, volle Vergütung der Pauschale für fachärztliche Grundversorgung

**D**ie Vertreterversammlung der KVWL hat zum 1. Oktober 2013 notwendige Änderungen des Honorarverteilungsmaßstabs (HVM) beschlossen.

Im hausärztlichen Versorgungsbereich ging es im Wesentlichen darum, Regelungen für die Vergütung der aus der Versichertenpauschale herausgelösten und neu in den EBM aufgenommenen Leistungen (s. praxis intern S. 2 ff.) zu schaffen und das Regelleistungsvolumen (RLV) entsprechend anzupassen.

Im fachärztlichen Versorgungsbereich wurde die Vergütung der Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung (PFG, s. praxis intern S. 8 ff.) im HVM geregelt.

Weitere Änderungen betreffen die humangenetischen Leistungen, das Speziallabor bei Nicht-Laborärzten und die Kapazitätsgrenzen für Psychotherapeuten.

## Vergütungsstruktur bei Haus- und Kinderärzten angepasst

Infolge der Ausgliederung der Vorhaltepauschale und der Gesprächsleistungen aus der Versichertenpauschale wird auch die Vergütung dieser Leistungen aus dem RLV herausgelöst. So wird zukünftig – getrennt für Haus- und Kinderärzte – jeweils ein festes Honorarkontingent für die Vorhaltepauschale und für die Gesprächsleistungen bereitgestellt. Aus diesem werden dann die abgerechneten Vorhaltepauschalen und Gespräche (bis zur im EBM verankerten Obergrenze) mit quotierten Preisen vergütet. Die zu erwartenden Quoten liegen jeweils bei etwa 90 bis 95 Prozent.

Für die neuen Leistungen der Geriatrie, Sozialpädiatrie und Palliativmedizin (s. praxis intern S. 5-6) zahlen die Krankenkassen im Bereich der KVWL je Quartal zusätzlich zirka drei Millionen Euro, die als Honorarkontingent für diese Leistungen bereit-

gestellt werden. Reicht das Geld nicht aus, um die abgerechnete Leistungsmenge der Ärzte voll zu bezahlen, werden die Preise quotiert. Wird das bereitgestellte Geld nicht vollständig abgerufen, fließen die verbleibenden Beträge anteilig in die RLV der Haus- und Kinderärzte.

## Neue Bemessungsgrundlagen für das RLV der Haus- und Kinderärzte

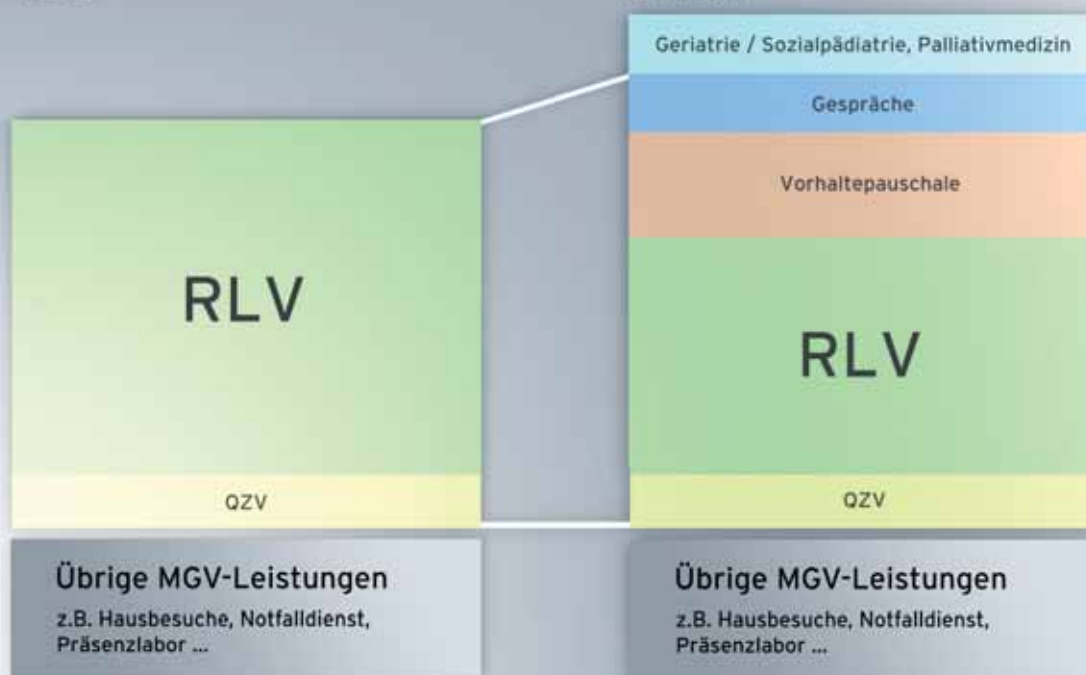
Aufgrund der zukünftig niedriger bewerteten Versichertenpauschale und der aus dem RLV herausgelösten Vergütungsbestandteile (Vorhaltepauschale und Gespräche), wird das verbleibende RLV geringer ausfallen als bisher. Simulationsberechnungen haben ergeben, dass der durchschnittliche RLV-Fallwert zukünftig bei gut 23 Euro liegen wird (bisher zirka 37 Euro). Analog der neuen Altersklassendifferenzierung der Versichertenpauschale wird ab dem 1. Oktober 2013 auch das RLV in fünf Altersklassen differenziert. Es gibt also zukünftig fünf RLV-Fallwerte bei den Haus-



## Vergütungsbestandteile des MGV-Honorars eines Hausarztes zum 1. Oktober 2013

4/2012

ab 4/2013



und Kinderärzten statt bisher drei. Der Zuschlag für fachgleiche Berufsausübungsgemeinschaften auf das RLV wird von zehn Prozent auf 16 Prozent angepasst. Dies führt nicht etwa zu Verschiebungen zwischen Einzel- und Gemeinschaftspraxen, sondern sorgt lediglich dafür dass die durch das geringere RLV entstehende Absenkung des Zuschlags in absoluter Höhe ausgeglichen wird.

Im Jahre 2013 stehen der KVWL nach den erfolgreich abgeschlossenen Honorarverhandlungen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung etwa sechs Prozent mehr Geld zur Verfügung als im Jahre 2012.

Nach Simulationsberechnungen werden auch unter Berücksichtigung der beschriebenen Änderungen in der Gebührenordnung und der Honorarverteilung deutlich über 90 Prozent der westfälischen Haus-

und Kinderärzte im 4. Quartal 2013 ein höheres MGV-Honorar erhalten als im 4. Quartal 2012.

### Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung (PFG) wird voll vergütet

Der HVM der KVWL sieht vor, dass die innerhalb der grundversorgenden Fachgruppen in jedem grundversorgenden Fall abrechnungsfähige PFG (s. praxis intern S. 8 ff.) zu den vollen Preisen der EURO-Gebührenordnung vergütet wird.

Wie viel Honorar der einzelne Arzt zukünftig zusätzlich bekommt, hängt also von der Bewertung der PFG für seine Fachgruppe und von seiner individuellen Anzahl der grundversorgenden Fälle ab.

Die PFG wird ab dem 1. Oktober 2013 aus dem fachärztlichen Anteil der verhandelten MGV-Zuwächse für 2013 finanziert. Der verbleibende Teil dieser Zuwächse fließt anteilig

in die Honorartöpfe der einzelnen Facharztgruppen. Dadurch wachsen alle Fachgruppentöpfe im fachärztlichen Versorgungsbereich noch einmal um zirka drei Prozent.

### Humangenetik: Zukünftig zwei Vergütungstöpfe

In Verbindung mit der Anpassung der EBM-Bewertungen für Leistungen des genetischen Labors und der neu in den EBM aufgenommenen Beratungsziffer sieht eine Vorgabe der Kassenärztlichen Bundesvereinigung die Bildung eines eigenen Honorarkontingents für genau diese Leistungen vor. Sie werden somit aus dem bisherigen Topf für alle humangenetischen Leistungen herausgetrennt.

Infolgedessen gibt es zukünftig zwei Töpfe für humangenetische Leistungen mit zwei getrennten Vergütungsquoten. Das insgesamt für die Humangenetik zur Verfügung stehende Geldvolumen bleibt dabei unverändert.



### Neue Regelung zum Speziallabor bei Nicht-Laborärzten zum 1. Januar 2014

Zur Vergütung von Laborleistungen gibt es bereits seit dem 4. Quartal 2012 einheitliche Regelungen von der Bundesebene, die alle KVen umsetzen und in ihren HVM aufnehmen müssen.

Für die Vergütung des Speziallabors bei Nicht-Laborärzten sieht die Vorgabe der KBV eine Begrenzung durch praxisbezogene Budgets vor.

Den Kassenärztlichen Vereinigungen stand es bisher jedoch frei, diese Budgets einzuführen. In Westfalen-Lippe wurde dieser Spielraum genutzt, um in der Vertreterversammlung der KVWL im September 2012 den Beschluss herbeizuführen, die Budgets nicht umzusetzen.

Die entsprechende Vorgabe der KBV wurde nunmehr dahingehend geändert, dass die Einführung der Budgets für Speziallabor-Leistungen bei Nicht-Laborärzten verbindlich in allen Kassenärztlichen Vereinigungen umzusetzen ist.

Für Westfalen-Lippe sieht der neue HVM die Umsetzung ab dem 1. Januar 2014 vor s. Ziffer 1.2 HVM.

### Ermittlung der Budgets und mögliche Ausnahmen

Die Höhe der Budgets für Speziallabor-Leistungen bei Nicht-Laborärzten ergibt sich aus der Multiplikation des für die Arztgruppe vorgegebenen, mit der bundeseinheitlichen Abstufungsquote Q multiplizierten, Referenz-Fallwertes und der Zahl der Behandlungsfälle der Arztpraxis. Hierbei gelten die folgenden Referenzfallwerte:


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

Es gibt jedoch eine Ausnahmeregelung: Auf Antrag kann die KVWL das Budget individuell erweitern, anpassen oder aussetzen, wenn der betroffene Arzt nachweist, dass er die Anforderungen der Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen erfüllt. Hierzu ist es erforderlich, dass mit dem Antrag für jede abgerechnete Laborziffer des Abschnitts 32.3 EBM, die der Ringversuchspflicht unterliegt, das sog. Ringversuchszertifikat vorgelegt wird.

### Neue zeitbezogene Kapazitätsgrenzen für Psychotherapeuten

Im Hinblick auf die bevorstehende Ausdeckelung der psychotherapeutischen Leistungen zum 1. Januar 2013 wurden die zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen zu Beginn des Jahres aus dem HVM der KVWL gestrichen.

In den nunmehr abgeschlossenen Verhandlungen über die Honorarvereinbarung 2013 haben die Krankenkassen die Ausdeckelung der psychotherapeutischen Leistungen (unter Verweis auf § 87b Abs. 2 SGB V) an die Bedingung geknüpft, eine Regelung zur Leistungsbegrenzung bei hälftigen Versorgungsaufträgen in den HVM aufzunehmen.

Als Kompromiss einigten sich die Vertragspartner darauf, zum 1. Oktober 2013 im HVM neue Zeitgrenzen in Höhe der quartalsbezogenen Plausibilitätsgrenzen festzulegen (s. Ziffer 8 HVM). Diese liegen für alle psychotherapeutischen Fachgruppen einheitlich bei 46.800 Minuten je vollzeittätigem Arzt/Therapeut und damit über 50 Prozent höher als die bis Ende 2012 geltenden Kapazitätsgrenzen. Für eine Arzt/Therapeut mit hälftigem Versorgungsauftrag ergibt sich somit eine Grenze von 23.400 Minuten. 



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

**gültig ab 01. Oktober 2013**

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



**Inhaltsverzeichnis:****ABSCHNITT I - ALLGEMEINE BESTIMMUNGEN..... 6**

1. Geltungsbereich.....	6
2. Grundsätze der Vergütung der Ärzte.....	6
2.1 Vergütung vertragsärztlicher Leistungen.....	6
2.2 Leistungsabgrenzung.....	6
2.3 Mengensteuerung und Kalkulationssicherheit.....	7

**ABSCHNITT II - VERTEILUNG DER VERTRAGSÄRZTLICHEN VERGÜTUNG ..... 7**

1. Vergütung von Leistungen außerhalb der haus- und fachärztlichen Vergütungsvolumina .	7
1.1 Leistungen und Kosten der Laboratoriumsmedizin bis zum 31.12.2013 .....	8
1.2 Leistungen und Kosten der Laboratoriumsmedizin ab dem 01.01.2014.....	9
1.3 Leistungen des organisierten Notfalldienstes.....	9
2. Bildung der Vergütungsvolumina für die haus- und fachärztliche Versorgung .....	9
3. Verteilung innerhalb des hausärztlichen Versorgungsbereichs.....	10
3.1 Bildung von Vorwegabzügen zur Ermittlung des hausärztlichen (versorgungsbereichsspezifischen) Verteilungsvolumens (VV <sub>VB</sub> ).....	10
3.2 Bildung der arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumina (VV <sub>AG</sub> ).....	11
4. Verteilung innerhalb des fachärztlichen Versorgungsbereichs.....	11
4.1 Bildung von Vorwegabzügen zur Ermittlung des fachärztlichen (versorgungsbereichsspezifischen) Verteilungsvolumens (VV <sub>VB</sub> ).....	11
4.2 Bildung der arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumina (VV <sub>AG</sub> ).....	12
5. Vergütung der Leistungen der haus- und fachärztlichen Vorwegabzüge.....	12
5.1 Kostenpauschalen nach Kapitel 40 EBM .....	12
5.2 Leistungen in nicht RLV-relevanten Fällen.....	13
5.3 Leistungen von Arztgruppen ohne RLV (außer den in 4.1 h) und i) genannten Arztgruppen), die nicht in Ziffer 4.1 c) - g) genannt sind.....	13
5.4 Haus- und Heimbesuche .....	13
5.5 CT-gesteuerte Interventionen nach den GOP 34503, 34504 und 34505 EBM der Radiologen und Nuklearmediziner (ab dem 01.04.2013) .....	13
5.6 Humangenetische Leistungen des Abschnitts 11.2 EBM sowie die GOP 11230-11312 EBM.....	13
5.7 Pathologische Leistungen nach Kapitel 19 EBM.....	14
5.8 Ermächtigte Ärzte und Einrichtungen.....	14
5.9 Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie andere ausschließlich psychotherapeutisch tätiger	

Vertragsärzte gemäß den Kriterien der Bedarfsplanungsrichtlinien (ab dem 01.04.2013) .....	14
5.10 Überschreitungsvolumen .....	15
5.11 Leistungen der hausärztlichen geriatrischen Versorgung nach Abschnitt 3.2.4 EBM, der sozialpädiatrischen Versorgung nach Abschnitt 4.2.4 EBM sowie der palliativmedizinischen Versorgung nach den Abschnitten 3.2.5 und 4.2.5 EBM..	15
5.12 Leistungen der Humangenetik (genetisches Labor) nach den GOP 11220, 11320-11322 EBM und Abschnitt 11.4 EBM.....	16
5.13 Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung („PFG“).....	16
6. Verteilung und Vergütung innerhalb der arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumina (VV <sub>AG</sub> ) .....	16
6.1 Vorwegabzüge innerhalb der arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumina .....	16
6.2 Vergütung der Leistungen der Vorwegabzüge innerhalb der arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumina .....	17
7. Honorarvolumen .....	17
7.1 Definition .....	17
7.2 Ärzte und Arztgruppen.....	18
7.3 Bezugsgrößen .....	18
7.3.1 Quartalsbezug .....	18
7.3.2 Arztbezug .....	18
7.3.3 Tätigkeitsumfang .....	19
7.4. Ermittlung des Honorarvolumens je Arzt.....	19
7.4.1 Regelleistungsvolumen.....	19
7.4.2 Zuschläge zum Regelleistungsvolumen für Ärzte des hausärztlichen Versorgungsbereichs (Arztgruppen nach Anlage 1 Nr. 1) in Berufsausübungsgemeinschaften, MVZ und Praxen mit angestellten Ärzten .....	20
7.4.3 Zuschläge zum Regelleistungsvolumen für Ärzte des fachärztlichen Versorgungsbereichs (Arztgruppen nach Anlage 1 Nr. 2) in Berufsausübungsgemeinschaften, MVZ und Praxen mit angestellten Ärzten .....	22
7.4.4 Qualifikationsgebundene Zusatzvolumina.....	24
7.4.5 Honorarvolumen je Arzt.....	24
7.5 Arztpraxisbezogene Festsetzung des Honorarvolumens .....	25
7.5.1 Arztpraxisbezogene Ermittlung des Honorarvolumens.....	25
7.5.2 Änderungen des Teilnahmestatus einer Praxis.....	25
7.6 Für Regelleistungsvolumina und qualifikationsgebundene Zusatzvolumina relevante Fälle (RLV-Fälle).....	25
7.7 Praxisbesonderheiten .....	26
7.8 Härtefallregelung .....	27

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

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

## Abschnitt I - Allgemeine Bestimmungen

### 1. Geltungsbereich

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

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

## 2. Grundsätze der Vergütung der Ärzte

### 2.1 Vergütung vertragsärztlicher Leistungen

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

### 2.2 Leistungsabgrenzung

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

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

### 2.3 Mengensteuerung und Kalkulationssicherheit

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

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

## Abschnitt II - Verteilung der vertragsärztlichen Vergütung

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

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

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

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

Die Vergütung der Laborleistungen und -kosten nach a) - d) erfolgt - in Umsetzung der Vorgabe der KBV gemäß § 87b Abs. 4 SGB V, Teil E (vgl. Anhang zu Anlage 11, Teil E) - aus dem Vergütungsvolumen, das sich nach Ziffer 2.1 dieser Vorgabe (vgl. Anhang zu Anlage 11, Teil E) ergibt.

#### a) Vergütung des Laborwirtschaftlichkeitsbonus

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

#### b) Vergütung der Grundleistungen für Laborärzte

Die Konsiliar- und Grundpauschalen für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin, ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin sowie für zur Abrechnung von Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM ermächtigte Laborärzte, Einrichtungen, Krankenhäuser und Institutionen (GOP 12210 und 12220 EBM) werden zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung multipliziert mit einem Anpassungsfaktor in Höhe von 1,4458 vergütet.

#### c) Vergütung der Laborversandpauschale

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

#### d) Vergütung der Laboratoriumsuntersuchungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM

Die Gebührenordnungspositionen 32025, 32026, 32027, 32035, 32036, 32037, 32038, 32039, 32097 und 32150 werden zum Preis der regionalen Euro-

ro-Gebührenordnung vergütet. Die weiteren Laboratoriumsuntersuchungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM werden mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung multipliziert mit der bundeseinheitlichen Abstufungsquote Q gemäß der Vorgabe der KBV nach § 87b Abs. 4 SGB V Teil E, Ziffer 1.1.5 (vgl. Anhang zu Anlage 11, Teil E) vergütet. Für Abschnitt 32.2 ist die Regelung für Laborgemeinschaften in Ziffer 1 Satz 2 zum Abschnitt 32.2 EBM zu berücksichtigen.

### 1.2 Leistungen und Kosten der Laboratoriumsmedizin ab dem 01.01.2014

Mit Wirkung zum 01.01.2014 erfolgt die Vergütung der Laborleistungen und -kosten - in Umsetzung der Vorgabe der KBV gemäß § 87b Abs. 4 SGB V, Teil E (vgl. Anhang zu Anlage 11, Teil E) - aus dem Vergütungsvolumen, das sich nach Nr. 2.1 dieser Vorgabe ergibt.

### 1.3 Leistungen des organisierten Notfalldienstes

Leistungen des organisierten Notfalldienstes und der Notfallbehandlungen durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser während der Zeiten des organisierten Notdienstes werden nach Maßgabe der Regelungen in Anlage 9 aus dem Vergütungsvolumen vergütet, das sich nach Nr. 3.6 der Vorgabe der KBV gemäß § 87b Abs. 4 SGB V, Teil B (vgl. Anhang zu Anlage 11, Teil B) ergibt

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

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

### 3. Verteilung innerhalb des hausärztlichen Versorgungsbereichs

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

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

- a) Zahlungen im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 75 Abs. 7 und 7a SGB V auf Basis des Vorjahresquartals
- b) Rückstellungen nach Abschnitt III, Ziffer 2
- c) Vergütung der innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanzierten Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM
- d) Vergütung für die Haus- und Heimbefuche (GOP 01410, 01413, 01415 EBM) gemäß Anlage 10
- e) Prozentualer Vergütungsanteil der ermächtigten Ärzte und Einrichtungen am hausärztlichen Verteilungsvolumen im entsprechenden Quartal des Zeitraums 3/2011 - 2/2012 für Leistungen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, die nicht in Ziffer 1 oder Ziffer 3.1 c) - d) genannt sind
- f) Vergütung für Leistungen, die in Behandlungsfällen erbracht werden, die nicht in Ziffer 7.6 genannt sind und nicht in Ziffer 1 oder Ziffer 3.1.c) - e) genannt sind
- g) Anteil von 1 % des hausärztlichen Verteilungsvolumens für abgestaffelt zu vergütende Leistungen nach Ziffer 7.1
- h) Auf den hausärztlichen Versorgungsbereich - gemäß dem im Vorjahresquartal geltenden Trennungsfaktor - entfallender Anteil des je KV-Bezirk bereitgestellten Betrages gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses zur Anpassung der kassenspezifischen Aufsatzwerte des bereinigten Behandlungsbedarfs in seiner 295. Sitzung, als Vergütungsvolumen für die Leistungen der hausärztlichen geriatrischen Versorgung nach Abschnitt 3.2.4 EBM, der sozialpädiatrischen Versorgung nach Abschnitt 4.2.4 EBM sowie der palliativmedizinischen Versorgung nach den Abschnitten 3.2.5 und 4.2.5 EBM

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

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

### 4. Verteilung innerhalb des fachärztlichen Versorgungsbereichs

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

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

- a) Zahlungen im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 75 Abs. 7 und 7a SGB V auf Basis des Vorjahresquartals
- b) Rückstellungen nach Abschnitt III, Ziffer 2
- c) Vergütung der innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanzierten Kostenpauschalen des Kapitels 40
- d) Vergütung für die Haus- und Heimbefuche (GOP 01410, 01413, 01415 EBM) gemäß Anlage 10
- e) Vergütung für die CT-gesteuerten Interventionen nach den GOP 34503, 34504 und 34505 EBM bei Radiologen und Nuklearmedizinern gemäß Anlage 8
- f) Prozentualer Vergütungsanteil für humangenetische Leistungen des Abschnitts 11.2 EBM sowie die GOP 11230 - 11312 EBM am fachärztlichen Verteilungsvolumen im entsprechenden Quartal des Zeitraums 3/2011 - 2/2012
- g) Prozentualer Vergütungsanteil für pathologische Leistungen des Kapitels 19 EBM am fachärztlichen Verteilungsvolumen im entsprechenden Quartal des Zeitraums 3/2011 - 2/2012
- h) Prozentualer Vergütungsanteil der ermächtigten Ärzte und Einrichtungen am fachärztlichen Verteilungsvolumen im entsprechenden Quartal des Zeitraums



3/2011 - 2/2012 für Leistungen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, die nicht in Ziffer 1 oder Ziffer 4.1. c) - g) genannt sind

- i) Prozentualer Vergütungsanteil der Psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie anderer ausschließlich psychotherapeutisch tätiger Vertragsärzte gemäß den Kriterien der Bedarfsplanungsrichtlinien am fachärztlichen Verteilungsvolumen im entsprechenden Quartal des Zeitraums 3/2011 - 2/2012 für Leistungen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, die nicht in Ziffer 1 oder Ziffer 4.1 c) - g) genannt sind
- j) Leistungen von Arztgruppen ohne RLV (außer den in h) und i) genannten Arztgruppen), die nicht in Ziffer 4.1 c) - g) genannt sind
- k) Leistungen, die in Behandlungsfällen erbracht werden, die nicht in Ziffer 7.6 genannt sind und nicht in Ziffer 1 oder Ziffer 4.1 c) - j) genannt sind
- l) Prozentualer Vergütungsanteil der abgestaffelt vergüteten Leistungen nach Ziffer 7.1 am fachärztlichen Verteilungsvolumen im entsprechenden Quartal des Zeitraums 3/2011 - 2/2012
- m) Vergütungsvolumen nach Teil B, Nr. 1.3 der Vorgabe der KBV gemäß § 87b Abs. 4 SGB V (vgl. Anhang zu Anlage 11) für die Leistungen des genetischen Labors (GOP 11220, 11320 - 11322 und Abschnitt 11.4 EBM)
- n) Vergütung für die Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung („PFG“) der GOP 05220, 06220, 07220, 08220, 09220, 10220, 13220, 14214, 16215, 18220, 20220, 21218, 22216, 23216, 26220, 27220 EBM

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

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

### 5. Vergütung der Leistungen der haus- und fachärztlichen Vorwegabzüge

#### 5.1 Kostenpauschalen nach Kapitel 40 EBM

Kostenpauschalen nach Kapitel 40 EBM werden je Versorgungsbereich nach Ziffer 3.1.c) bzw. 4.1 c) mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet.

#### 5.2 Leistungen in nicht RLV-relevanten Fällen

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

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

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

#### 5.4 Haus- und Heimbefuche

Haus- und Heimbefuche nach den GOP 01410, 01413, 01415 EBM werden je Versorgungsbereich nach Ziffer 3.1.d) bzw. 4.1 d) nach Maßgabe der Regelungen in Anlage 10 vergütet.

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

Die CT-gesteuerten Interventionen nach den GOP 34503, 34504 und 34505 EBM werden für Radiologen und Nuklearmediziner nach Ziffer 4.1 e) nach Maßgabe der Regelungen in Anlage 8 vergütet.

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

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

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

### 5.7 Pathologische Leistungen nach Kapitel 19 EBM

Pathologische Leistungen nach Kapitel 19 EBM werden aus dem Vergütungsvolumen gemäß Ziffer 4.1 g) vergütet. Unterschreitungen werden bei der Kalkulation des nächstmöglichen Quartals berücksichtigt. Übersteigt das angeforderte Leistungsvolumen in Euro das zur Verfügung stehende Vergütungsvolumen, werden die Leistungen nach Satz 1 gleichmäßig an alle Leistungserbringer in dem Verhältnis vergütet, das sich aus der Gegenüberstellung des Vergütungsvolumens zum Anforderungsvolumen ergibt. Es ist sicherzustellen, dass das angeforderte Leistungsvolumen mindestens zu einem Anteil von 70 % vergütet wird.

### 5.8 Ermächtigte Ärzte und Einrichtungen

Die innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanzierten Leistungen ermächtigter Ärzte und Einrichtungen, die nicht in Ziffer 3.1.c) - d) oder Ziffer 4.1 c) - g) genannt sind, werden je Versorgungsbereich aus dem Vergütungsvolumen nach Ziffer 3.1. e) oder 4.1 h) vergütet. Übersteigt das angeforderte Leistungsvolumen in Euro das zur Verfügung stehende Vergütungsvolumen, werden die Leistungen nach Satz 1 gleichmäßig an alle Leistungserbringer in dem Verhältnis vergütet, das sich aus der Gegenüberstellung des Vergütungsvolumens zum Anforderungsvolumen ergibt. Es ist sicherzustellen, dass das angeforderte Leistungsvolumen mindestens zu einem Anteil von 70 % vergütet wird.

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

Die innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanzierten Leistungen Psychologischer Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie anderer aus-

schließlich psychotherapeutisch tätiger Vertragsärzte gemäß den Kriterien der Bedarfsplanungsrichtlinien, die nicht in Ziffer 4.1 c) - g) genannt sind, werden aus dem Vergütungsvolumen nach Ziffer 4.1 i) vergütet. Übersteigt das angeforderte Leistungsvolumen in Euro das zur Verfügung stehende Vergütungsvolumen, werden die Leistungen nach Satz 1 gleichmäßig an alle Leistungserbringer in dem Verhältnis vergütet, das sich aus der Gegenüberstellung des Vergütungsvolumens zum Anforderungsvolumen ergibt.

### 5.10 Überschreitungsvolumen

Die die Honorarvolumina nach Ziffer 7.1 überschreitenden Leistungen werden je Versorgungsbereich aus dem Vergütungsvolumen gemäß Ziffer 3.1 g) oder 4.1 l) vergütet. Unterschreitungen werden bei der Kalkulation des nächstmöglichen Quartals berücksichtigt. Übersteigt das angeforderte Leistungsvolumen in Euro das zur Verfügung stehende Vergütungsvolumen, werden die Leistungen nach Satz 1 gleichmäßig an alle Leistungserbringer in dem Verhältnis vergütet, das sich aus der Gegenüberstellung des Vergütungsvolumens zum Anforderungsvolumen ergibt.

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

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

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

Leistungen der Humangenetik nach den GOP 11220, 11320-11322 EBM und Abschnitt 11.4 EBM (genetisches Labor) werden aus dem Vergütungsvolumen nach Ziffer 4.1 m) vergütet. Übersteigt das angeforderte Leistungsvolumen in Euro das zur Verfügung stehende Vergütungsvolumen, werden die Leistungen nach Satz 1 gleichmäßig an alle Leistungserbringer in dem Verhältnis vergütet, das sich aus der Gegenüberstellung des Vergütungsvolumens zum Anforderungsvolumen ergibt. Es ist sicherzustellen, dass das angeforderte Leistungsvolumen mindestens zu einem Anteil von 70 % vergütet wird.

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

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

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

### 6.1 Vorwegabzüge innerhalb der arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumina

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

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

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

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

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

## 7. Honorarvolumen

### 7.1 Definition

Das praxisspezifische Honorarvolumen - bestehend aus RLV und ggf. QZV - ist ein quartalsbezogener Geldbetrag (in Euro), der nach Beendigung des Quartals für jede Praxis berechnet wird. Bis zu dieser Obergrenze werden alle abgerechneten, durch das Honorarvolumen umfassten, Leistungen mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung vergütet. Überschreitet die Summe der Leistungen einer Praxis im Quartal das Honorarvolumen, werden die das Honorarvolumen überschreitenden Leistungen mit einem abgestaffelten Preis nach Ziffer 5.10 vergütet.

## 7.2 Ärzte und Arztgruppen

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

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

## 7.3 Bezugsgrößen

### 7.3.1 Quartalsbezug

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

### 7.3.2 Arztbezug

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

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

## 7.3.3 Tätigkeitsumfang

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

Die Tätigkeit angestellter Ärzte im Rahmen des Job-Sharing sowie von Weiterbildungs-, Entlastungs- und Sicherstellungsassistenten begründet kein zusätzliches Honorarvolumen, sondern wird dem anstellenden Arzt zugerechnet. Satz 1 gilt entsprechend für die Tätigkeit von Job-Sharing-Partnern in Job-Sharing-Berufsausübungsgemeinschaften.

## 7.4. Ermittlung des Honorarvolumens je Arzt

### 7.4.1 Regelleistungsvolumen

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

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

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

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

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

Die für diese Regelung maßgebliche durchschnittliche RLV-Fallzahl der Arztgruppe wird auf Basis der entsprechenden Werte des jeweiligen Vorjahresquartals ermittelt (s. Anlage 7).

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

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

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

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

Bei der Berechnung des Regelleistungsvolumens für Ärzte des hausärztlichen Versorgungsbereichs (Arztgruppen nach Anlage 1 Nr. 1) in Berufsausübungsgemeinschaften, MVZ und Praxen mit angestellten Ärzten wird der kooperativen Behandlung der Patienten - in Umsetzung der Vorgabe der KBV gemäß § 87b Abs. 4 SGB V, Teil D (vgl. Anhang zu Anlage 11) - mit nachstehender Zuschlagsregelung Rechnung getragen:

Soweit im Folgenden der Kooperationsgrad berücksichtigt wird, ist dieser wie folgt definiert: Kooperationsgrad (KG) je Abrechnungsquartal in Prozent = ((Summe der

Arztfälle im aktuellen Quartal / Summe der Behandlungsfälle nach Ziffer 7.6 im aktuellen Quartal) - 1) \* 100.

Das nach Ziffer 7.4.1 berechnete Regelleistungsvolumen wird

- für Ärzte in nicht standortübergreifenden arztgruppen- und schwerpunktgleichen Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten derselben Arztgruppe/desselben Schwerpunktes um 16 % erhöht, sofern die in der Berufsausübungsgemeinschaft/Praxis tätigen Ärzte insgesamt mindestens mit dem Faktor 2 bei der Bedarfsplanung berücksichtigt werden. Für den Fall, dass die in der Berufsausübungsgemeinschaft/Praxis tätigen Ärzte insgesamt mit einem geringeren Faktor als 2 in der Bedarfsplanung berücksichtigt werden, erfolgt eine entsprechende Quotierung des Zuschlags. Ärzte in Praxen, deren Ärzte insgesamt mit einem Faktor von 1 oder weniger bei der Bedarfsplanung berücksichtigt werden, erhalten keinen Zuschlag auf das Regelleistungsvolumen.

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

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

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

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

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

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

Bei der Berechnung des Regelleistungsvolumens für Ärzte des fachärztlichen Versorgungsbereichs (Arztgruppen nach Anlage 1 Nr. 2) in Berufsausübungsgemeinschaften, MVZ und Praxen mit angestellten Ärzten wird der kooperativen Behandlung der Patienten - in Umsetzung der Vorgabe der KBV gemäß § 87b Abs. 4 SGB V, Teil D (vgl. Anhang zu Anlage 11) - mit nachstehender Zuschlagsregelung Rechnung getragen:

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

Das nach Ziffer 7.4.1 berechnete Regelleistungsvolumen wird

- für Ärzte in nicht standortübergreifenden arztgruppen- und schwerpunktgleichen Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten derselben Arztgruppe/desselben Schwerpunktes um 10% erhöht, sofern die in der Berufsausübungsgemeinschaft/Praxis tätigen Ärzte insgesamt mindestens mit dem

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

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

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

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

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

Analog zur Förderung der arztgruppen- und schwerpunktgleichen Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten derselben Arztgrup-

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

#### 7.4.4 Qualifikationsgebundene Zusatzvolumina

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

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

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

Die Berechnung der QZV erfolgt gemäß Anlage 6.

#### 7.4.5 Honorarvolumen je Arzt

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

## 7.5 Arztpraxisbezogene Festsetzung des Honorarvolumens

### 7.5.1 Arztpraxisbezogene Ermittlung des Honorarvolumens

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

### 7.5.2 Änderungen des Teilnahmestatus einer Praxis

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

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

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

Für Regelleistungsvolumina und qualifikationsgebundene Zusatzvolumina relevante Fälle (RLV-Fälle) sind kurativ-ambulante Behandlungsfälle gemäß § 21 Abs. 1 und Abs. 2 BMV-Ä bzw. § 25 Abs. 1 und Abs. 2 EKV, ausgenommen Notfälle im organisierten Notfalldienst (Muster 19a der Vordruckvereinbarung) und Überweisungsfälle zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen oder zur Befundung von dokumentierten Untersuchungsergebnissen und Fälle, in denen ausschließlich Leistungen und Kostenerstattungen, die nicht dem Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina unterliegen, abgerechnet werden.

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

- a) In Einzelpraxen entspricht die Zahl der RLV-Fälle der Zahl der Behandlungsfälle gemäß Satz 1.
- b) In Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten entspricht die Zahl der RLV-Fälle eines Arztes der Zahl der Behandlungsfälle gemäß Satz 1 der Arztpraxis multipliziert mit seinem Anteil an der RLV-relevanten Arztfallzahl der Praxis.

Die Summe der RLV-Fälle einer Arztpraxis entspricht damit immer der Anzahl der RLV-relevanten Behandlungsfälle gemäß Satz 1 der Arztpraxis.

### 7.7 Praxisbesonderheiten

Der Arzt kann für Praxisbesonderheiten Zuschläge auf den durchschnittlichen Fallwert für RLV- und QZV-relevante Leistungen - mit Ausnahme der Leistungen der volumenbezogenen QZV nach Anlage 6, Nr. 2.2.a) - der Arztgruppe beantragen. Anträge auf Anerkennung von Praxisbesonderheiten sind spätestens bis zum Ablauf der Rechtsbehelfsfrist gegen den Abrechnungsbescheid des Quartals vorzulegen, für das sie beantragt werden. Der Antrag muss die Leistungen unter Angabe der EBM-Gebührenordnungspositionen benennen, in denen sich die Praxisbesonderheit ausdrückt. Als Praxisbesonderheit gilt eine vom Durchschnitt abweichende Praxisausrichtung, die zur Deckung eines dauerhaften überdurchschnittlichen Versorgungsbedarfs erforderlich ist. Hierzu muss in zumindest vier aufeinanderfolgenden Quartalen ein überdurchschnittlicher Bedarf nachgewiesen werden. Dieser liegt insbesondere vor, wenn die Leistungsanforderung einer Praxis nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung die durchschnittliche Leistungsanforderung der Arztgruppe um mindestens 30% überschreitet und der Anteil der die Praxisbesonderheit ausmachenden Leistungen an der Gesamtleistungsanforderung der Praxis mindestens 20% beträgt.

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

Für Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkttätigkeit gemäß Abschnitt 4.4 EBM bzw. mit Erbringung von an eine Zusatzweiterbildung gebundenen Leistungen gemäß Abschnitt 4.5 EBM kann das Regelleistungsvolumen und ggf. die qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina auf Antrag entsprechend des Sicherstellungsbedarfs angepasst werden.

Die Ausführung und Abrechnung von Leistungen zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten im Rahmen der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie (Abschnitt 30.7.1 EBM) wird als Praxisbesonderheit von Amts wegen anerkannt.

### 7.8 Härtefallregelung

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



## 8. Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen

### 8.1 Anwendungsbereich

Für

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

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

### 8.2 Festsetzung der zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen

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

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

## Abschnitt III – Sonstige Bestimmungen

### 1. Kalkulationssicherheit

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

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

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

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

### 2. Rückstellungen

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

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

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

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

### 3. Selektivverträge

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

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

### 4. Schlussbestimmungen

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

### 5. Inkrafttreten

Dieser Honorarverteilungsmaßstab tritt zum 01.10.2013 in Kraft.

### Anlagen:

#### Anlage 1: RLV-Arztgruppen

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

##### 1. Hausärztlicher Versorgungsbereich:

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

##### 2. Fachärztlicher Versorgungsbereich:

- Fachärzte für Anästhesiologie
- Fachärzte für Augenheilkunde
- Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie, für Herzchirurgie, für Neurochirurgie, für Gefäßchirurgie
- Fachärzte für Frauenheilkunde
- Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, für Phoniatrie und Päaudiologie
- Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato- / Onkologie
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Nephrologie
- Übrige Fachärzte für Innere Medizin (z. B. ohne Schwerpunkt)
- Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
- Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
- Fachärzte für Nervenheilkunde<sup>2</sup>
- Fachärzte für Neurologie
- Fachärzte für Orthopädie
- Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie
- Fachärzte für Diagnostische Radiologie, für Nuklearmedizin
- Fachärzte für Urologie
- Fachärzte für Physikalisch-Rehabilitative Medizin

<sup>2</sup> Einschließlich Fachärzte mit einer Doppelzulassung als Facharzt für Neurologie und als Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie

### Anlage 1a: Arztgruppendifferenzierung für BAG-Zuschläge nach Ziffer 7.4.2 und 7.4.3

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

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

<sup>3</sup> Einschließlich Fachärzte mit einer Doppelzulassung als Facharzt für Neurologie und als Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie

### Anlage 2: Zuordnung der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina (QZV) nach Ziffer 7.4.4

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

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

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

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

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

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

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

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
<b>Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie</b>	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
<b>Fachärzte für Diagnostische Radiologie / Nuklearmedizin</b>	CT	34310, 34311, 34312, 34320, 34321, 34322, 34330, 34340, 34341, 34342, 34343, 34344, 34345, 34350, 34351, 34360
	CT-gesteuerte Intervention (bis 31.03.2013)	34502
	Kurative Mammographie	34270, 34271, 34272, 34273, 34275
	Interventionelle Radiologie	01530, 01531, 34283, 34284, 34285, 34286, 34287
	MRT	34410, 34411, 34420, 34421, 34422, 34430, 34431, 34440, 34441, 34442, 34450, 34451, 34452, 34460
	MRT-Angiographie	34470, 34475, 34480, 34485, 34486, 34489, 34490, 34492
	Nuklearmedizin	17310, 17311, 17312, 17320, 17321, 17330, 17331, 17332, 17333, 17340, 17341, 17350, 17351, 17360, 17361, 17362, 17363, 17371, 17372, 17373
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092
	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503 (bis 31.03.2013)	

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

### Anlage 3: Berechnung des arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumens nach Ziffer 3.2 bzw. Ziffer 4.2

#### 1. Berechnung des arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumens (VV<sub>AG</sub>)

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

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

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

AG: Arztgruppe gemäß Anlage 1

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

AG<sup>II</sup>: in § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V genannte Arztgruppen

VV<sub>VB</sub>: haus- bzw. fachärztliches (versorgungsbereichsspezifisches) Verteilungsvolumen gemäß Ziffer 3.1. bzw. Ziffer 4.1.

VV<sub>VB</sub><sup>I</sup>: VV<sub>VB</sub> abzüglich des abgerechneten Leistungsbedarfs der GOP 35150 EBM der Psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie anderer ausschließlich psychotherapeutisch tätiger Vertragsärzte gemäß den Kriterien der Bedarfsplanungsrichtlinien aus dem Vorjahresquartal bewertet mit dem regionalen Orientierungswert für 2013 und abzüglich des ausgezahlten Vergütungsvolumens aus dem Vorjahresquartal für die Leistungen der Abschnitte 4.5.4, 13.3.6 EBM und die Versichertenpauschalen 04110, 04111, 04112, 04120, 04121 und 04122, wenn in demselben Behandlungsfall Leistungen des Abschnitts 4.5.4 EBM abgerechnet wurden.

APT<sub>AG<sup>I</sup>\\_2012</sub>: abgerechneter Leistungsbedarf der antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapie (Abschnitt 35.2 EBM) bei nicht in § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppen im entsprechenden Quartal des Jahres 2012, bewertet mit dem regionalen Orientierungswert für 2013

Prob<sub>AG<sup>II</sup>\\_2012</sub>: abgerechneter Leistungsbedarf der Probatorischen Sitzung (GOP 35150 EBM) bei den in § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppen im entsprechenden Quartal des Jahres 2012, bewertet mit dem regionalen Orientierungswert für 2013

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

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

Sachverhalt	Arztgruppe	Quartal	Anpassungsfaktor <sup>1</sup>
Einführung neuer Gebührenordnungspositionen in das Kapitel 9 EBM	Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	1. Quartal	1,0406
		2. Quartal	1,0000
		3. und 4. Quartal	1,1120
Einführung der neuen Gebührenordnungsposition 06225 in das Kapitel 6 EBM	Augenärzte	1. - 4. Quartal	1,0901
Einführung der neuen Gebührenordnungspositionen 34504 und 34505 in das Kapitel 34 EBM	Radiologen und Nuklearmediziner	1. - 4. Quartal <sup>2</sup>	0,905
Überführung der Leistungen des Abschnitts 13.3.6 EBM in die extrabudgetäre Vergütung außerhalb der MGV	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Nephrologie	1. - 4. Quartal	0,1396

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

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

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

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

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

wobei

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

RLV<sub>AGHÄ\_BQ</sub>: Summe aller zugewiesenen RLV einer Arztgruppe des hausärztlichen Versorgungsbereichs im jeweiligen Bezugsquartal des Zeitraumes 3/2011 - 2/2012, ggf. zuzüglich der im Zusammenhang mit Selektivverträgen nach §§ 73b, 73c, 140a ff. SGB V bereinigten Beträge

VV<sub>AGHÄ\_BQ</sub><sup>I</sup>: Summe aller zugewiesenen RLV und QZV einer Arztgruppe des hausärztlichen Versorgungsbereichs im jeweiligen Bezugsquartal des Zeitraumes 3/2011 - 2/2012, ggf. zuzüglich der im Zusammenhang mit Selektivverträgen nach §§ 73b, 73c, 140a ff. SGB V bereinigten Beträge

VV<sub>AGHÄ</sub><sup>I</sup>: Arztgruppenspezifisches Verteilungsvolumen einer Arztgruppe des hausärztlichen Versorgungsbereichs nach Anlage 3 abzüglich der Leistungen nach Nr. 6.1a)

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

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

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

AGHÄ: Arztgruppe gemäß Anlage 1, Nr. 1

**1.a Differenzierung nach Altersklassen**

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

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

LB<sub>AKi</sub>: arztgruppenspezifischer Leistungsbedarf im aktuellen Quartal aus Leistungen, die innerhalb des Regelleistungsvolumens vergütet werden, für Versicherte der Altersklasse i

LB<sub>AGHÄ</sub>: arztgruppenspezifischer Leistungsbedarf im aktuellen Quartal aus Leistungen, die innerhalb des Regelleistungsvolumens vergütet werden, für alle Versicherte

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**4. Berechnung des Vergütungsbereichs für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina (QZV<sub>AGH\ddot{A}}</sub>)**

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

VV<sub>AGH\ddot{A}}^I: Arztgruppenspezifisches Verteilungsvolumen für die Arztgruppen des hausärztlichen Versorgungsbereichs gemäß Ziffer 3</sub>

RLV<sub>AGH\ddot{A}}</sub>: Arztgruppenspezifischer Vergütungsbereich für die Arztgruppen des hausärztlichen Versorgungsbereichs für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der Regelleistungsvolumina gemäß 1

VV<sub>AG\_VHP</sub>: Arztgruppenspezifischer Vergütungsbereich für die Vergütung der Zusatzpauschale für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrags gemäß § 73 Abs. 1 SGB V nach GOP 03040 und 04040 EBM

VV<sub>AG\_GSP</sub>: Arztgruppenspezifischer Vergütungsbereich für die Vergütung der ausführlichen ärztliche Gespräche nach GOP 03230 und 04230 EBM

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

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

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

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

VV<sub>AGFÄ\_BQ</sub><sup>i</sup>: Summe aller zugewiesenen RLV und QZV einer Arztgruppe des fachärztlichen Versorgungsbereichs im jeweiligen Bezugsquartal des Zeitraumes 3/2011 – 2/2012, ggf. zuzüglich der im Zusammenhang mit Selektivverträgen nach §§ 73c, 140a ff. SGB V bereinigten Beträge

VV<sub>AGFÄ</sub><sup>i</sup>: Arztgruppenspezifisches Verteilungsvolumen einer Arztgruppe des fachärztlichen Versorgungsbereichs nach Anlage 3 abzüglich der Leistungen nach Ziffer 6.1 a)

AGFÄ: Arztgruppe gemäß Anlage 1, Nr.2

**1.a Differenzierung nach Altersklassen**

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

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

LB<sub>AKi</sub>: arztgruppenspezifischer Leistungsbedarf im aktuellen Quartal aus Leistungen, die innerhalb des Regelleistungsvolumens vergütet werden, für Versicherte der Altersklasse i

LB<sub>AGFÄ</sub>: arztgruppenspezifischer Leistungsbedarf im aktuellen Quartal aus Leistungen, die innerhalb des Regelleistungsvolumens vergütet werden, für alle Versicherte

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

**2. Berechnung des Vergütungsbereichs für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina (QZV<sub>AGFÄ</sub>)**

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

VV<sub>AGFÄ</sub><sup>i</sup>: Arztgruppenspezifisches Verteilungsvolumen einer Arztgruppe des fachärztlichen Versorgungsbereichs nach Anlage 3 abzüglich der Leistungen nach Ziffer 6.1 a)

RLV<sub>AGFÄ</sub>: Arztgruppenspezifischer Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der Regelleistungsvolumina gemäß 1

**3. Berechnung der arztgruppenspezifischen Vergütungsbereiche für die Arztgruppe der Augenärzte**

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

- a) Berechnung des arztgruppenspezifischen Vergütungsbereichs für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der Regelleistungsvolumina (RLV<sub>Aug</sub>) bei der Arztgruppe der Augenärzte

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

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

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

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

Aug: Arztgruppe der Augenärzte

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

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

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

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

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

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

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

Die Zusatzpauschale nach der Gebührenordnungsposition 06225 EBM wird aus dem Vergütungsvolumen nach b) vergütet. Übersteigt das angeforderte Leistungsvolumen in Euro dieses Vergütungsvolumen, werden die Leistungen nach Satz 1 gleichmäßig an alle Leistungserbringer in dem Verhältnis vergütet, das sich aus der Gegenüberstellung des Vergütungsvolumens zum Anforderungsvolumen ergibt.

## Anlage 5: Berechnung des Regelleistungsvolumens (RLV) je Arzt gemäß Ziffer 7.4.1

### 1. Berechnung der arztgruppenspezifischen Fallwerte

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

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

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

AKi: Altersklasse der Versicherten mit folgenden Ausprägungen:

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

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

## 2. Berechnung des Regelleistungsvolumens je Arzt

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

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

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

$AKi$ : Altersklasse der Versicherten mit folgenden Ausprägungen:

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

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

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

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

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

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

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

$QZV_{\text{AG\_BQ}}$ : Summe aller zugewiesenen qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina einer Arztgruppe im Bezugsquartal des Zeitraums 3/2011 - 2/2012

i: Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen einer Arztgruppe gemäß Anlage 2

AG: Arztgruppe gemäß Anlage 1

## 2. Berechnung des qualifikationsgebundenen Zusatzvolumens

### 2.1 Berechnung des Fallwertes für ein qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen

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

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

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

i: qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen einer Arztgruppe

### 2.2 Berechnung der arztindividuell volumenbezogenen qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina

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

#### a) Qualifikationsgebundene Zusatzvolumina

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

### b) Berechnung des qualifikationsgebundenen Zusatzvolumens je Arzt

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

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

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

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

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

i: qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen einer Arztgruppe

### c) Berechnung des qualifikationsgebundenen Zusatzvolumens Polysomnographie

Abweichend von b) wird das qualifikationsgebundene Zusatzvolumen Polysomnographie je Arzt in derselben Höhe festgesetzt wie in dem entsprechenden Quartal des Zeitraumes 3/2010 - 2/2011, es sei denn das abgerechnete Leistungsvolumen in dem entsprechenden Quartal dieses Zeitraumes ist niedriger als das zugewiesene qualifikationsgebundene Zusatzvolumen. In diesem Fall wird das QZV Polysomnographie in Höhe dieser Leistungsanforderung festgesetzt.

### d) Berechnung des qualifikationsgebundenen Zusatzvolumens interventionelle Radiologie

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

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

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

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

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

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

## Anlage 7: Für die fallzahlbezogene Abstufung nach Ziffer 7.4.1 relevante

### Fallzahlen

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

<sup>4</sup> Einschließlich Fachärzte mit einer Doppelzulassung als Facharzt für Neurologie und als Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie

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

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

**Anlage 9: Vergütung im Organisierten Notfalldienst**

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

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

**Anlage 10: Vergütung der Besuche nach den Gebührenordnungspositionen  
01410, 01413 und 01415 EBM**

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

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

- Bestandteil dieses HVM sind die Vorgaben der KBV vom 15.12.2011 gemäß § 87b Abs. 4 SGB V in der Fassung der Korrekturen vom 27.04.2012, 12.06.2012 und 14.08.2012 und 21.11.2012, 16.05.2013, 25.06.2013, 01.07.2013 und 03.09.2013 (Anhang).
- Künftige Änderungen der Vorgaben der KBV gelten - sofern sie keine Regelungsspielräume zulassen - unmittelbar für diesen HVM.



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

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

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

verlängert und geändert durch Beschluss des Vorstandes der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vom 21. November 2012, 16. Mai 2013, 25. Juni 2013  
und 1. Juli 2013

**mit Wirkung vom 1. Oktober 2013**

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

**Teil A**

im Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband

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

1. Die Kassenärztlichen Vereinigungen verteilen gemäß § 87b Abs. 1 SGB V (GKV-VStG) die vereinbarten Gesamtvergütungen an die Ärzte, Psychotherapeuten, Medizinischen Versorgungszentren sowie ermächtigte Einrichtungen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, gemäß einem im Benehmen mit den Verbänden der Krankenkassen auf Landesebene festgelegten Verteilungsmaßstab.
2. Dieser hat gemäß § 87b Abs. 2 Satz 1 SGB V (GKV-VStG) Regelungen vorzusehen, die verhindern, dass die Tätigkeit der Ärzte, Psychotherapeuten, Medizinischen Versorgungszentren sowie ermächtigten Einrichtungen über den zugestandenen Versorgungsauftrag oder den Ermächtigungsumfang hinaus übermäßig ausgedehnt wird.
3. Dabei soll den Ärzten, Psychotherapeuten, Medizinischen Versorgungszentren und ermächtigten Einrichtungen eine Kalkulationssicherheit hinsichtlich der Höhe des zu erwartenden Honorars ermöglicht werden.
4. Ausgangsgröße der Honorarverteilung ist die jeweils für das Abrechnungsquartal von den Krankenkassen mit befreiender Wirkung zu entrichtende morbiditätsbedingte Gesamtvergütung gemäß § 87a Abs. 3 Satz 1 SGB V (GKV-VStG), die unter Berücksichtigung von Teil B der Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung getrennt wird.
5. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat gemäß § 87b Abs. 4 Satz 2 SGB V (GKV-VStG) Vorgaben für die Honorarverteilungsmaßstäbe im Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband zu bestimmen.
6. Sofern die Kassenärztliche Vereinigung keinen Honorarverteilungsmaßstab festgelegt hat, der
  - a. den gesetzlichen Vorgaben in § 87b Abs. 2 Satz 1 SGB V (GKV-VStG),
  - b. den Vorgaben Teil A, Nr. 2. bis 5., und
  - c. den Vorgaben in Teil B bis H, einschließlich Anhang entspricht,
 werden die im folgenden gelisteten Regelungen aus Abschnitt I. des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 218. Sitzung am 26. März 2010 zu Teil F zur Berechnung und zur Anpassung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen nach § 87b Abs. 2 und 3 SGB V (GKV-WSG), geändert durch Beschlüsse in der 239., 242., 245., 248. und 256. Sitzung des Bewertungsausschusses analog durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung festgelegt:

- d. Regelung nach den Nrn. 1.1, 1.2, 1.3.1 unter Berücksichtigung der sich ggf. aus der Umsetzung der Vorgaben gemäß Teil D ergebenden Aufschläge für die kooperative Behandlung von Patienten in dafür gebildeten Versorgungsformen, 1.3.2, 1.4, 2.1,
  - e. 2.2, 2.3, 2., 2.5.,
  - f. 2.6, 3 (3.1.1 bis 3.9), einschließlich der Anlagen 1 bis 3 und 5 bis 8.
7. Bei der Festlegung des Honorarverteilungsmaßstabs ab dem 4. Quartal 2013 ist die Einführung der Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung „PFG“ zu berücksichtigen.

## Teil B

im Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenverband

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

mit Wirkung ab 1. Oktober 2013

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

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

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

Damit sind die zu bildenden Vergütungsbereiche abschließend beschrieben.

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

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

#### 2.1 Feststellung der Ausgangswerte für die Grundbeträge

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Anpassung der Grundbeträge

### 3. Fortschreibung der Grundbeträge

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

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

**3.2** Zusätzliche spezifische Veränderungen eines Grundbetrags des aktuellen Abrechnungsquartals ergeben sich aufgrund der entsprechend für den jeweiligen Grundbetrag vereinbarten Anpassungen gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 bis 5 SGB V. Diese Regelung ist im Zeitraum vom 1. Oktober 2013 bis 30. September 2014 nicht auf den fachärztlichen Grundbetrag anzuwenden, ausgenommen gesamtvertraglich für bestimmte Verwendungen vereinbarte Steigerungen bzw. Beträge.

**3.3** Der sich entsprechend 3.1 rechnerisch ergebende Betrag aus der Multiplikation der Veränderungsrate gemäß § 87a Abs. 4 Satz 3 SGB V mit dem Grundbetrag „Labor“ wird im Zeitraum vom 1. Oktober 2013 bis 30. September 2014 nach dem jeweiligen Anteil, der entsprechend dem angewandten Trennungsfaktor gemäß der bis zum 30. September 2013 gültigen KBV-Vorgaben, Teil B, Schritt 15.) auf den hausärztlichen bzw. fachärztlichen Versorgungsbereich entfällt, dem hausärztlichen und dem fachärztlichen Grundbetrag zugeführt. Der sich entsprechend 3.1 rechnerisch ergebende Betrag aus der Multiplikation gegebenenfalls zusätzlich erfolgter Steigerungen gemäß § 87a Abs. 4 Satz 4 SGB V mit dem Grundbetrag „Labor“ wird nach dem jeweiligen Anteil, der entsprechend dem angewandten Trennungsfaktor gemäß der bis zum 30. September 2013 gültigen KBV-Vorgaben, Teil B, Schritt 15.) auf den hausärztlichen bzw. fachärztlichen Versorgungsbereich entfällt, dem hausärztlichen und dem fachärztlichen Grundbetrag zugeführt.

**3.4** Der sich entsprechend 3.1 ergebende Betrag aus der Multiplikation gegebenenfalls zusätzlich erfolgter Steigerung gemäß § 87a Abs. 4 Satz 4 SGB V mit dem Grundbetrag „genetisches Labor“ wird dem fachärztlichen Grundbetrag zugeführt.

**3.5** Der sich entsprechend 3.1 ergebende Betrag aus der Multiplikation der Veränderungsrate gemäß § 87a Abs. 4 Satz 3 SGB V und gegebenenfalls zusätzlich erfolgter Steigerungen gemäß § 87a Abs. 4 Satz 4 SGB V

- im 4. Quartal 2013 mit dem gemäß 2.2.2 auf den fachärztlichen Versorgungsbereich in diesem Quartal entfallenden Betrag,
- im Zeitraum vom 1. Januar 2014 bis zum 30. Juni 2014 mit der Summe aus dem gemäß 2.2.2 auf den fachärztlichen Versorgungsbereich in diesen Quartalen entfallenden Betrag und dem in diesen Quartalen für den fachärztlichen Versorgungsbereich bereitgestellten Betrag gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 295.<sup>6</sup> Sitzung sowie
- im 3. Quartal 2014 mit der Summe aus dem gemäß 2.2.2 auf den fachärztlichen Versorgungsbereich in diesem Quartal entfallenden Betrag und den in diesem Quartal für den fachärztlichen Versorgungsbereich bereitgestellten Beträgen gemäß den Beschlüssen des Bewertungsausschusses in seiner 295.2 und 302.7 Sitzung

wird dem fachärztlichen Grundbetrag zugeführt.

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

<sup>7</sup> Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 302. Sitzung zu Empfehlungen gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 SGB V und § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V i. V. m. § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 SGB V sowie zur Anpassung der kassenspezifischen Aufsatzwerte des bereinigten Behandlungsbedarfs gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 SGB V und der Anteile der einzelnen Krankenkassen gemäß § 87a Abs. 4 Satz 2 SGB V.

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

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

*Anmerkung:*

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

**4. Angleichung an die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung**

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

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

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

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

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

- 5.2** Für Vertragsärzte, die gemäß § 73 SGB V dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören, aus Gründen der Sicherstellung eine Genehmigung besitzen, nach dem 1. Januar 2003 in den Vereinbarungen gemäß § 6 Abs. 2 des Vertrages über die hausärztliche Versorgung genannte Leistungen abzurechnen, und den Versorgungsbereich wechseln, sind basiswirksam die Vergütungen für den abgerechneten Leistungsbedarf dieser Leistungen, soweit sie im Zeitraum vom 1. Januar 2009 bis zum 30. Juni 2010 infolge des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschuss in seiner 7. Sitzung vom 27. und 28. August 2008 aus dem versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumen des hausärztlichen Vergütungsbereichs gezahlt werden, quartalsweise auf der Basis des Vorjahresquartals im Vergütungsvolumen des hausärztlichen Grundbetrags zu bereinigen und dem Vergütungsvolumen des fachärztlichen Grundbetrags zuzuführen.

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

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

**Ausgleich von Unter- und Überschüssen**

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

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

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

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

Darüber hinausgehende Anpassungen dürfen nicht durchgeführt werden.

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

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

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

#### **9. Überprüfung der Umsetzung**

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

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

#### *Anmerkungen:*

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

**Teil C**

im Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband

**Vorgaben zur angemessenen Vergütung psychotherapeutischer Leistungen**

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

**Teil D**

im Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband

**Vorgaben zur Berücksichtigung kooperativer Behandlung von Patienten in dafür gebildeten Versorgungsformen**

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

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

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

## Teil E

im Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband

### Vorgaben zur Vergütung laboratoriumsmedizinischer Leistungen mit Wirkung zum 1. Oktober 2012<sup>8910</sup>

Die Vergütung von Leistungen und Kostenpauschalen der Laboratoriumsmedizin erfolgt innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV). Im Rahmen der Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung ist unter anderem ein Grundbetrag je Versicherten für die Vergütung von Leistungen und Kostenpauschalen der Laboratoriumsmedizin (Grundbetrag „Labor“) vorgesehen. Zur bundesweiten Vereinheitlichung der Vergütung von Leistungen und Kostenpauschalen der Laboratoriumsmedizin gibt die Kassenärztliche Bundesvereinigung mit dem Folgenden Regelungen vor.

#### 1. Bundeseinheitliche Vorgaben

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

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

- 1.1.1 Bei der Bereitstellung des Vergütungsvolumens wird in den Quartalen 4/2013 und 3/2014 wie folgt verfahren: Ermittlung der Summe der gemäß den im jeweiligen Vorjahresquartal gültigen KBV-Vorgaben, Teil B, bestimmten Vorwegabzüge für laboratoriumsmedizinische Leistungen (TVG2 gemäß Schritt 18.) über alle Kassenärztlichen Vereinigungen. Bei wirksamer Bereinigung aufgrund des Beitritts von Versicherten zu einem Vertrag gemäß §§ 73b, 73c und 140d SGB V wird der entsprechende Bereinigungsbetrag für das Vorjahresquartal in Abzug gebracht.

<sup>8</sup> Soweit diese Vorgaben von einer Kassenärztlichen Vereinigung nicht mehr bei der Honorarverteilung für das 3. Quartal 2012 berücksichtigt werden können, sind die Vorgaben spätestens mit Wirkung zum 1. Oktober 2012 umzusetzen.

<sup>9</sup> Analog zum Beschluss der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vom 27. April 2012 zu den Vorgaben gemäß § 87b Abs. 4 SGB V zur Honorarverteilung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen sind die Änderungen [im Beschluss des Vorstandes vom 12. Juni 2012] spätestens mit Wirkung zum 1. Oktober 2012 durch die Kassenärztlichen Vereinigungen zu berücksichtigen.

<sup>10</sup> Analog zum Beschluss der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vom 12. Juni 2012 zu den Vorgaben gemäß § 87b Abs. 4 SGB V zur Honorarverteilung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen sind die Änderungen [im Beschluss des Vorstandes vom 14. August 2012] spätestens mit Wirkung zum 1. Januar 2012 durch die Kassenärztlichen Vereinigungen zu berücksichtigen.



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

### 1.1.2 Vom Vergütungsvolumen gemäß 1.1.1 werden folgende Beträge abgezogen:

- Das angeforderte Honorarvolumen des Vorjahresabrechnungsquartals für Konsiliar- und Grundpauschalen für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin, ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin sowie für zur Abrechnung von Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM ermächtigte Laborärzte, Einrichtungen, Krankenhäuser und Institutionen (GOP 12210 und 12220 EBM) multipliziert mit einem Anpassungsfaktor in Höhe von 1,4588. Dabei ist für das Jahr 2012 die Änderung der Abrechnungsbestimmungen für die zur Abrechnung von Kostenerstattungen und Leistungen des Kapitels 32 EBM ermächtigte Laborärzte, Einrichtungen, Krankenhäuser und Institutionen angemessen zu berücksichtigen.
- Das angeforderte Honorarvolumen des Vorjahresabrechnungsquartals für die wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen des Kapitels 32 EBM (GOP 32001 EBM) nach Anwendung der Regelungen in den Ziffern 1. ff. zu den Abschnitten 32.2 und 32.3 EBM.
- Das angeforderte Honorarvolumen des Vorjahresabrechnungsquartals der Gebührenordnungsposition 32025, 32026, 32027, 32035, 32036, 32037, 32038, 32039, 32097 und 32150.

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

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

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

### 1.1.6 Die für die Berechnung gemäß 1.1.5 benötigten Werte gemäß 1.1.1, 1.1.2 und 1.1.3 werden durch die Kassenärztlichen Vereinigungen für das Abrechnungshalbjahr jeweils am 15. Arbeitstag des 2. Monats vor Halbjahresbeginn an die Kassenärztliche Bundesvereinigung übermittelt. Die Übermittlung dieser Daten wird in einer technischen Vorgabe durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung festgelegt.

## 1.2 Bekanntgabe der bundeseinheitlichen Vorgaben

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung gibt die bundeseinheitlich anzuwendende Abstaffelungsquote „Q“ gemäß 1.1.5 jedoch mindestens in Höhe von 0,9158 für die beiden Abrechnungsquartale des jeweiligen Halbjahres in einem Rundschreiben spätestens am 8. des Vormonats vor Halbjahresbeginn an die Kassenärztlichen Vereinigungen bekannt.

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

Für die Vergütung

- der Konsiliar- und Grundpauschalen für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin, ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin sowie für zur Abrechnung von Kostenerstattungen ermächtigte Laborärzte, Einrichtungen, Krankenhäuser und Institutionen (GOP 12210 und 12220 EBM),
- die wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen des Kapitels 32 EBM (GOP 32001 EBM) nach Anwendung der Regelungen in den Ziffern 1. ff. zu den Abschnitten 32.2 und 32.3 EBM,
- der Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM

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

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

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

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

## 3. Vergütung der Ärzte

### 3.1 Vergütung des Laborwirtschaftlichkeitsbonus

Die Gebührenordnungsposition 32001 EBM für die wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen des Kapitels 32 EBM wird nach Anwendung der Regelungen in den Ziffern 1. ff. zu den Abschnitten 32.2 und 32.3 EBM zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung aus dem zur Verfügung stehenden Vergütungsvolumen VG<sub>2</sub> gemäß 2.2 vergütet.

### 3.2 Vergütung der Grundleistungen für Laborärzte

Die Konsiliar- und Grundpauschalen für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin, ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin sowie für zur Abrechnung von Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM ermächtigte Laborärzte, Einrichtungen, Krankenhäuser und Institutionen (GOP 12210 und 12220 EBM) werden zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung multipliziert mit einem Anpassungsfaktor in Höhe von 1,4588 aus dem zur Verfügung stehenden Vergütungsvolumen VG<sub>2</sub> gemäß 2.3 vergütet.

### 3.3 Vergütung der Laboratoriumsuntersuchungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM

Die Gebührenordnungspositionen 32025, 32026, 32027, 32035, 32036, 32037, 32038, 32039, 32097 und 32150 werden zum Preis der regionalen Euro-Gebührenordnung aus dem Vergütungsvolumen VG<sub>2</sub> vergütet. Die weiteren Laboratoriumsuntersuchungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM werden – sofern diese nicht außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet werden – unter Berücksichtigung der Regelungen gemäß Nr. 3.4 mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung multipliziert mit der bundeseinheitlichen Abstufungsquote Q gemäß 1.1.5 aus dem Vergütungsvolumen VG<sub>2</sub> gemäß 2.2 vergütet. Für Abschnitt 32.2 ist die Regelung für Laborgemeinschaften in Ziffer 1 Satz 2 zum Abschnitt 32.2 EBM zu berücksichtigen.

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

**3.4.1** Für Vertragsärzte, die zur Abrechnung von Laboratoriumsuntersuchungen berechtigt sind und nicht Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin, ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin sind (kurz: „Nicht-Laborärzte“) sowie aufgrund der Arztgruppenzugehörigkeit von nachfolgenden Regelungen erfasst werden, unterliegen die Kostenerstattungen für spezielle Laboratoriumsuntersuchungen des Abschnitts 32.3 EBM einer fallwertbezogenen Budgetierung. Die in den Budgets enthaltenen Kostenerstattungen sind je Arztpraxis und Abrechnungsquartal nur bis zu einem begrenzten Gesamthonorarvolumen unter Berücksichtigung von Nr. 3.3 zu vergüten.

**3.4.2** Die Höhe der Budgets ergibt sich aus dem Produkt des für die Arztgruppe vorgegebenen, mit der bundeseinheitlichen Abstufungsquote Q gemäß 1.1.5 multiplizierten Referenz-Fallwertes und der Zahl der Behandlungsfälle gemäß § 21 Abs. 1 BMV-Ärzte bzw. § 25 Abs. 1 Arzt-/Ersatzkassenvertrag des Abrechnungsquartals der Arztpraxis.

#### 3.5.3 Referenz-Fallwerte für die Ermittlung des Budgets nach 3.4.2

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

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

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

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

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

### 3.5 Finanzierung der Leistungen

Im Falle eines Unter- oder Überschusses des Vergütungsvolumens VG<sub>2</sub> durch die Vergütungen nach 3.1 bis 3.4 ist die Regelung nach Teil B, Nr. 7.1 anzuwenden.

#### Anmerkung:

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

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

## Teil F

im Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband

---

### Vorgaben zu den Grundsätzen der Bereinigung des zu erwartenden Honorars gemäß § 87b Abs. 4 Satz 2 SGB V mit Wirkung zum 1. Oktober 2013 bis 31. Dezember 2013

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

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

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

- a. Zunächst werden die für eine betroffene Arztgruppe zur Verfügung stehenden Finanzmittel entsprechend der Höhe der auf die psychotherapeutischen Leistungen entfallenden Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung reduziert.
  - b. Um die Auswirkung der quartalsbezogenen Bereinigung innerhalb des Quartals und auch quartalsversetzt für die nicht am Selektivvertrag teilnehmenden Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten von maximal 2,5 Prozentpunkte zu gewährleisten, darf die Veränderung der Auszahlungsquote für die sonstigen psychotherapeutischen Leistungen (nicht antrags- und genehmigungspflichtige Psychotherapie) diesen Wert nicht überschreiten.
  - c. Sofern eine Überschreitung bei der Veränderung der Auszahlungsquote der sonstigen psychotherapeutischen Leistungen von 2,5 Prozentpunkte erfolgt, ist das Überschreitungs-volumen ausschließlich von den an den Selektivverträgen teilnehmenden Ärzten und Psychotherapeuten durch Absenkung derer Auszahlungsquote für alle psychotherapeutischen Leistungen zu tragen.
  - d. Die Kassenärztliche Vereinigung kann darüber hinaus eine Bereinigung der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze vornehmen.
9. Die Kassenärztlichen Vereinigungen können die Finanzierung ihrer gesetzlichen Aufgaben entsprechend berücksichtigen.

## Teil G

im Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband

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

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

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

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

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

- 1.1 Für die erstmalige Bestimmung des Ausgangswertes für den Grundbetrag „genetisches Labor“ wird im Zeitraum vom 4. Quartal 2013 bis zum 3. Quartal 2014 die für das Vorjahresquartal zutreffende morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV für die entsprechende Behandlung bzw. Untersuchung von Material bereichseigener Versicherter durch bereichseigene und bereichsfremde Vertragsärzte) für die Leistungen des genetischen Labors (GOP 11320 bis 11322 und Abschnitt 11.4 EBM) ermittelt. Soweit der im entsprechenden Vorjahresquartal für die Behandlung und Untersuchung bereichseigener Versicherter angeforderte Leistungsbedarf gemäß Euro-Gebührenordnung multipliziert mit dem Faktor 0,85 den gemäß Satz 1 ermittelten Ausgangswert unterschreitet, wird dieser entsprechend gemindert.
- 1.2 Aus der Division des gemäß 1.1 bestimmten Ausgangswertes durch die im Vorjahresquartal tatsächlich verwendete Anzahl der Versicherten ergibt sich je Abrechnungsquartal der Grundbetrag „genetisches Labor“.
- 1.3 Aus der Multiplikation des Grundbetrags „genetisches Labor“ mit der Anzahl der Versicherten, die im aktuellen Abrechnungsquartal bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs verwendet werden, entsteht das Vergütungsvolumen für die Leistungen des genetischen Labors.

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

- 2.1 Nach der erstmaligen Bestimmung des Grundbetrags und des Vergütungsvolumens „genetisches Labor“ im Zeitraum vom 4. Quartal 2013 bis 3. Quartal 2014 gemäß 1. erfolgt ab dem 4. Quartal 2014 die Bestimmung durch Fortschreibung des Grundbetrags „genetisches Labor“ des Vorjahresquartals mittels Multiplikation mit der vereinbarten Veränderungsrate gemäß § 87a Abs. 4 Satz 3 SGB. Für den Fall einer Anpassung des regionalen Punktwerts gemäß § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V ist diese analog zu berücksichtigen.
- 2.2 Zusätzliche spezifische Steigerungen des Grundbetrags „genetisches Labor“ für das aktuelle Abrechnungsquartal ergeben sich aufgrund der entsprechend für Leistungen dieses Grundbetrags vereinbarten Anpassungen gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 bis 5 SGB V.
- 2.3 Aus der Multiplikation des Grundbetrages „genetisches Labor“ mit der Anzahl der Versicherten, die im aktuellen Abrechnungsquartal bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs verwendet werden, entsteht das Vergütungsvolumen für die Leistungen des genetischen Labors.

#### Anmerkungen:

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

## Teil H

im Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband

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

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

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

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

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

<sup>12</sup> Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 302. Sitzung zu Empfehlungen gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 SGB V und § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V i. V. m. § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 SGB V sowie zur Anpassung der kassenspezifischen Aufsatzwerte des bereinigten Behandlungsbedarfs gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 SGB V und der Anteile der einzelnen Krankenkassen gemäß § 87a Abs. 4 Satz 2 SGB V.

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

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

(ab 1. Oktober 2014)

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

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

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

*Diese Ausfertigung stimmt mit der Beschlussfassung der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe vom 18.09.2013 überein.*

Dortmund, den 18.09.2013

gez. Dr. Volker Schrage  
Vorsitzender der Vertreterversammlung

## Beendigung der H-Arzt-Tätigkeit

Herr Dr. med. Jochen Sahm, Marienhospital Schwelm, August-Bendler-Str. 10, 58332 Schwelm, hat seine H-Arzt-Tätigkeit zum 30.04.2013 aufgegeben.

# Ausschreibung von Vertragsarzt- und Psychotherapeutensitzen in Westfalen-Lippe

September 2013

Im Auftrag der jetzigen Praxisinhaber bzw. deren Erben schreibt die KVWL die abzugehenden Arzt- und Psychotherapeuten-Praxen in Gebieten mit Zulassungsbeschränkungen zur Übernahme durch Nachfolger aus (gemäß § 103 Abs. 4 SGB V). Bewerbungen können an die KV Westfalen-Lippe, Stichwort „Ausschreibung“, Robert-Schirrigk-Straße 4-6, 44141 Dortmund, gerichtet werden. Bitte geben Sie die Kennzahl aus der linken Spalte der Ausschreibung an. Die Frist für den Eingang der Bewerbungen (Anschreiben und tabellarischer Lebenslauf) ist der **20.10.2013** (Eingang KV). Ein Musterbewerbungsschreiben können Sie von unserer Homepage ([www.kvwl.de](http://www.kvwl.de))

herunterladen. Wir leiten die Bewerbungen an den Praxisinhaber weiter.

Wir bitten um Verständnis, dass wir aus datenschutzrechtlichen Gründen keine näheren Angaben zu den Praxen machen können.

Die ausgeschriebenen Vertragsarzt- bzw. Psychotherapeutensitze werden in den Bezirksstellen der KVWL öffentlich ausgehängt.

**Ende der Bewerberfrist: 20.10.2013**

<b>Hausärztliche Versorgung</b> (Mittelbereiche = MB)		
<b>Kennzahl</b>	<b>Vertragsarztpraxen</b>	<b>Abgabezeitraum Quartal:</b>
	<b>Regierungsbezirk Arnsberg I</b>	
a4255	Hausarztpraxis im MB Dortmund	nach Vereinbarung
a4404	Hausarztpraxis im MB Dortmund	sofort
a4418	Hausarztpraxis im MB Dortmund (neuer Partner für Gemeinschaftspraxis)	nach Vereinbarung
a4436	Hausarztpraxis im MB Dortmund	sofort
a4454	Hausarztpraxis im MB Dortmund	nach Vereinbarung
a4455	Hausarztpraxis im MB Dortmund	nach Vereinbarung
a4490	Hausarztpraxis im MB Dortmund	nach Vereinbarung
a4604	Hausarztpraxis im MB Dortmund (auch Übernahme 2 hälftiger Versorgungsaufträge möglich)	nach Vereinbarung
a4609	Hausarztpraxis im MB Dortmund	sofort
a4613	Hausarztpraxis im MB Dortmund	sofort
a4624	Hausarztpraxis im MB Dortmund	nach Vereinbarung
a4754	Hausarztpraxis im MB Dortmund (auch Anstellung möglich)	nach Vereinbarung
a4832	Hausarztpraxis im MB Dortmund (hälftiger Versorgungsauftrag)	nach Vereinbarung
a4851	Hausarztpraxis im MB Dortmund	2/14
a4930	Hausarztpraxis im MB Dortmund	nach Vereinbarung
a4939	Hausarztpraxis im MB Dortmund	sofort
a4962	Hausarztpraxis im MB Dortmund	sofort
a4438	Hausarztpraxis im MB Hamm	nach Vereinbarung
a4610	Hausarztpraxis im MB Hamm	nach Vereinbarung
a4853	Hausarztpraxis im MB Hamm (neuer Partner für Gemeinschaftspraxis – auch Übernahme 2 hälftiger Versorgungsaufträge möglich – auch Anstellung möglich)	sofort
a4958	Hausarztpraxis im MB Hamm	nach Vereinbarung
a4345	Hausarztpraxis im MB Kamen (auch Übernahme 2 hälftiger Versorgungsaufträge möglich)	sofort
a4203	Hausarztpraxis im MB Lünen	nach Vereinbarung



## Hausärztliche Versorgung

(Mittelbereiche = MB)

Kennzahl	Vertragsarztpraxen	Abgabezeitraum Quartal:
a4713	Hausarztpraxis im MB Lünen	nach Vereinbarung
a4965	Hausarztpraxis im MB Lünen (hälftiger Versorgungsauftrag – neuer Partner für Gemeinschaftspraxis)	3/14
a4966	Hausarztpraxis im MB Lünen (hälftiger Versorgungsauftrag – neuer Partner für Gemeinschaftspraxis)	3/14
a4231	Hausarztpraxis im MB Schwerte	nach Vereinbarung
a4419	Hausarztpraxis im MB Unna (auch Übernahme 2 hälftiger Versorgungsaufträge möglich)	sofort
a4505	Hausarztpraxis im MB Unna (auch Anstellung möglich)	nach Vereinbarung
a4701	Hausarztpraxis im MB Unna (neuer Partner für Gemeinschaftspraxis)	nach Vereinbarung
a4725	Hausarztpraxis im MB Unna (neuer Partner für Gemeinschaftspraxis, auch Anstellung möglich)	nach Vereinbarung
a4748	Hausarztpraxis im MB Unna	nach Vereinbarung
a4852	Hausarztpraxis im MB Unna	nach Vereinbarung
a4399	Hausarztpraxis im MB Werne (neuer Partner für Gemeinschaftspraxis)	sofort
	<b>Regierungsbezirk Arnsberg II</b>	
b4332	Hausarztpraxis im MB Bochum (auch Übernahme 2 hälftiger Versorgungsaufträge möglich)	nach Vereinbarung
b4722	Hausarztpraxis im MB Bochum (neuer Partner für Gemeinschaftspraxis – auch Übernahme 2 hälftiger Versorgungsaufträge möglich – auch Anstellung möglich)	nach Vereinbarung
b4980	Hausarztpraxis im MB Bochum (neuer Partner für Gemeinschaftspraxis)	nach Vereinbarung
b4498	Hausarztpraxis im MB Gevelsberg	nach Vereinbarung
b3800	Hausarztpraxis im MB Hagen	nach Vereinbarung
b4596	Hausarztpraxis im MB Hagen	nach Vereinbarung
b4762	Hausarztpraxis im MB Hagen	nach Vereinbarung
b4978	Hausarztpraxis im MB Hagen (neuer Partner für Gemeinschaftspraxis – auch Übernahme 2 hälftiger Versorgungsaufträge möglich – auch Anstellung möglich)	1/14
b4600	Hausarztpraxis im MB Hattingen	nach Vereinbarung
b4981	Hausarztpraxis mit angest. Arztsitz im MB Hattingen	1/14
b4502	Hausarztpraxis im MB Herne	nach Vereinbarung
b4776	Hausarztpraxis im MB Herne (auch Übernahme 2 hälftiger Versorgungsaufträge möglich)	sofort
b4844	Hausarztpraxis im MB Herne (auch Übernahme 2 hälftiger Versorgungsaufträge möglich)	sofort
b4931	Hausarztpraxis im MB Iserlohn	sofort
b4979	Hausarztpraxis im MB Iserlohn	1/14
b4499	Hausarztpraxis im MB Schwelm (hälftiger Versorgungsauftrag – neuer Partner für Gemeinschaftspraxis)	nach Vereinbarung
a3236	Hausarztpraxis im MB Witten	sofort
b4274	Hausarztpraxis im MB Witten (neuer Partner für Gemeinschaftspraxis – auch Anstellung möglich)	nach Vereinbarung
b4464	Hausarztpraxis im MB Witten (neuer Partner für Gemeinschaftspraxis – auch Anstellung möglich)	nach Vereinbarung
b4468	Hausarztpraxis im MB Witten (auch Übernahme 2 hälftiger Versorgungsaufträge möglich)	nach Vereinbarung



## Hausärztliche Versorgung

(Mittelbereiche = MB)

Kennzahl	Vertragsarztpraxen	Abgabezeitraum Quartal:
	<b>Regierungsbezirk Münster</b>	
m4975	Hausarztpraxis im MB Coesfeld	2/14
m3274	Hausarztpraxis im MB Gelsenkirchen	nach Vereinbarung
m3291	Hausarztpraxis im MB Gelsenkirchen	nach Vereinbarung
m4248	Hausarztpraxis im MB Gelsenkirchen (2 neue Partner für Gemeinschaftspraxis)	nach Vereinbarung
m4524	Hausarztpraxis im MB Gelsenkirchen	nach Vereinbarung
m4550	Hausarztpraxis im MB Gelsenkirchen	nach Vereinbarung
m4657	Hausarztpraxis im MB Gelsenkirchen (auch Übernahme 2 hälftiger Versorgungsaufträge möglich – auch Anstellung möglich)	nach Vereinbarung
m4723	Hausarztpraxis im MB Gelsenkirchen (auch Übernahme 2 hälftiger Versorgungsaufträge möglich)	sofort
m4118	Hausarztpraxis im MB Marl	sofort
m4389	Hausarztpraxis im MB Marl	nach Vereinbarung
m4686	Hausarztpraxis im MB Marl (neuer Partner für Gemeinschaftspraxis, auch Übernahme 2 hälftiger Versorgungsaufträge möglich - auch Anstellung möglich)	nach Vereinbarung
m4861	Hausarztpraxis im MB Marl	nach Vereinbarung
m4812	Hausarztpraxis im MB Münster	nach Vereinbarung
m4904	Hausarztpraxis im MB Münster	nach Vereinbarung
m4943	Hausarztpraxis im MB Münster (neuer Partner für Gemeinschaftspraxis – auch Übernahme 2 hälftiger Versorgungsaufträge möglich – auch Anstellung möglich)	sofort
m4941	Hausarztpraxis im MB Münster (auch Übernahme 2 hälftiger Versorgungsaufträge möglich)	nach Vereinbarung
m4328	Hausarztpraxis im MB Recklinghausen	sofort
m4652	Hausarztpraxis im MB Recklinghausen (hälftiger Versorgungsauftrag – auch Anstellung möglich – auch Gründung Gemeinschaftspraxis möglich)	nach Vereinbarung
m4677	Hausarztpraxis im MB Recklinghausen	nach Vereinbarung
m4696	Hausarztpraxis im MB Recklinghausen (neuer Partner für Gemeinschaftspraxis – auch Übernahme 2 hälftiger Versorgungsaufträge möglich)	nach Vereinbarung
m4731	Hausarztpraxis im MB Recklinghausen (neuer Partner für Gemeinschaftspraxis)	nach Vereinbarung



## Allgemeine fachärztliche Versorgung

(Planungsbereiche = kreisfreie Städte / Kreise)

Kennzahl	Vertragsarztpraxen	Abgabezeitraum Quartal:
	<b>Regierungsbezirk Arnsberg</b>	
	<b>Bereich Arnsberg I</b>	
a4483	Augenarztpraxis in der krfr. Stadt Dortmund	nach Vereinbarung
a4717	Augenarztpraxis in der krfr. Stadt Dortmund	nach Vereinbarung
a4967	Augenarztpraxis in der krfr. Stadt Hamm (neuer Partner für überörtliche Gemeinschaftspraxis)	1/14
a4522	Augenarztpraxis in der krfr. Stadt Hamm	nach Vereinbarung
a4795	Augenarztpraxis im Kreis Soest (neuer Partner für überörtliche Gemeinschaftspraxis – auch Übernahme zwei hälftiger Versorgungsaufträge – auch Anstellung möglich)	sofort
a4823	Augenarztpraxis im Kreis Unna	sofort
a4755	Chirurgische Praxis in der krfr. Stadt Dortmund	nach Vereinbarung
a4223	Frauenarztpraxis in der krfr. Stadt Dortmund	nach Vereinbarung
a4955	Frauenarztpraxis in der krfr. Stadt Dortmund	nach Vereinbarung
a3625	Frauenarztpraxis in der krfr. Stadt Hamm	nach Vereinbarung
a4581	Frauenarztpraxis in der krfr. Stadt Hamm	nach Vereinbarung
a4106	Frauenarztpraxis im Hochsauerlandkreis (auch Übernahme 2 hälftiger Versorgungsaufträge möglich)	nach Vereinbarung
a4895	Frauenarztpraxis im Hochsauerlandkreis	nach Vereinbarung
a4964	HNO-Arztpraxis in der krfr. Stadt Dortmund	nach Vereinbarung
a4646	HNO-Arztpraxis in der krfr. Stadt Hamm (neuer Partner für überörtliche Gemeinschaftspraxis)	sofort
a4095	Kinder- und Jugendmedizinpraxis in der krfr. Stadt Hamm (neuer Partner für Gemeinschaftspraxis)	sofort
a4868	Kinder- und Jugendmedizinpraxis im Hochsauerlandkreis (auch Übernahme 2 hälftiger Versorgungsaufträge möglich – auch Anstellung möglich)	nach Vereinbarung
a4003	Kinder- und Jugendmedizinpraxis im Kreis Soest (neuer Partner für Gemeinschaftspraxis)	nach Vereinbarung
a4716	Kinder- und Jugendmedizinpraxis im Kreis Unna (auch Übernahme 2 hälftiger Versorgungsaufträge möglich)	nach Vereinbarung
a4788	Kinder- und Jugendmedizinpraxis im Kreis Unna	nach Vereinbarung
a4517	Nervenarztpraxis in der krfr. Stadt Dortmund	sofort
a4632	Nervenarztpraxis in der krfr. Stadt Dortmund (hälftiger Versorgungsauftrag)	nach Vereinbarung
a4916	Nervenarztpraxis in der krfr. Stadt Hamm (neuer Partner für Gemeinschaftspraxis – auch Übernahme 2 hälftiger Versorgungsaufträge möglich – auch Anstellung möglich)	nach Vereinbarung
a4856	Orthopädische Praxis in der krfr. Stadt Dortmund (hälftiger Versorgungsauftrag – neuer Partner für Medizinisches Versorgungszentrum – auch Anstellung möglich)	sofort
a4929	Urologische Praxis in der krfr. Stadt Hamm, auch Übernahme 2 hälftiger Versorgungsaufträge möglich – auch Anstellung möglich)	nach Vereinbarung
	<b>Bereich Arnsberg II</b>	
b4883	Augenarztpraxis in der krfr. Stadt Herne	4/13
b4535	Augenarztpraxis im Kreis Olpe	nach Vereinbarung

## Allgemeine fachärztliche Versorgung

(Planungsbereiche = kreisfreie Städte / Kreise)

Kennzahl	Vertragsarztpraxen	Abgabezeitraum Quartal:
b4591	Chirurgische Praxis (Kinderchirurgie) in der krfr. Stadt Bochum	nach Vereinbarung
b4496	Chirurgische Praxis in der krfr. Stadt Hagen	sofort
b3813	Frauenarztpraxis im Ennepe-Ruhr-Kreis	sofort
b4982	Frauenarztpraxis in der krfr. Stadt Hagen	sofort
b4933	Frauenarztpraxis in der krfr. Stadt Herne	1/14
b4819	Frauenarztpraxis im Märkischen Kreis	sofort
b4602	HNO-Arztpraxis in der krfr. Stadt Hagen	nach Vereinbarung
b4870	HNO-Arztpraxis im Kreis Herne (neuer Partner für Gemeinschaftspraxis – auch Übernahme 2 hälftiger Versorgungsaufträge möglich – auch Anstellung möglich)	sofort
a3237	Kinder- und Jugendmedizinpraxis im Ennepe-Ruhr-Kreis	nach Vereinbarung
b3791	Kinder- und Jugendmedizinpraxis im Ennepe-Ruhr-Kreis (hälftiger Versorgungsauftrag)	nach Vereinbarung
b3797	Kinder- und Jugendmedizinpraxis im Ennepe-Ruhr-Kreis	nach Vereinbarung
b4932	Kinder- und Jugendmedizinpraxis in der krfr. Stadt Hagen	3/14
b4220	Kinder- und Jugendmedizinpraxis im Märkischen Kreis (neuer Partner für Gemeinschaftspraxis)	nach Vereinbarung
b4764	Kinder- und Jugendmedizinpraxis im Kreis Siegen-Wittgenstein (hälftiger Versorgungsauftrag)	nach Vereinbarung
b4553	Nervenarztpraxis in der krfr. Stadt Bochum (auch Übernahme 2 hälftiger Versorgungsaufträge möglich)	sofort
b4467	Nervenarztpraxis im Ennepe-Ruhr-Kreis	nach Vereinbarung
<b>Regierungsbezirk Detmold</b>		
d4971	Augenarztpraxis in der krfr. Stadt Bielefeld	nach Vereinbarung
d4683	Augenarztpraxis im Kreis Lippe (auch Übernahme 2 hälftiger Versorgungsaufträge möglich)	nach Vereinbarung
d4669	Augenarztpraxis im Kreis Minden-Lübbecke (neuer Partner für überörtliche Gemeinschaftspraxis – auch Übernahme 2 hälftiger Versorgungsaufträge möglich – auch Anstellung möglich)	nach Vereinbarung
d4587	Augenarztpraxis im Kreis Paderborn (hälftiger Versorgungsauftrag - Gründung Gemeinschaftspraxis geplant)	nach Vereinbarung
d4757	Frauenarztpraxis in der krfr. Stadt Bielefeld	nach Vereinbarung
d4854	Frauenarztpraxis in der krfr. Stadt Bielefeld (auch Übernahme 2 hälftiger Versorgungsaufträge möglich)	nach Vereinbarung
d3418	Frauenarztpraxis im Kreis Gütersloh	nach Vereinbarung
d4709	Frauenarztpraxis im Kreis Gütersloh	nach Vereinbarung
d4774	Frauenarztpraxis im Kreis Gütersloh	nach Vereinbarung
d4973	Frauenarztpraxis im Kreis Gütersloh (neuer Partner für überörtliche Gemeinschaftspraxis – hälftiger Versorgungsauftrag)	nach Vereinbarung
d3511	Frauenarztpraxis im Kreis Herford	nach Vereinbarung
d4523	Frauenarztpraxis im Kreis Höxter	nach Vereinbarung
d4570	Frauenarztpraxis im Kreis Höxter	nach Vereinbarung
d3931	Frauenarztpraxis im Kreis Lippe (auch Anstellung möglich)	sofort
d4684	Frauenarztpraxis im Kreis Lippe	nach Vereinbarung
d4285	Frauenarztpraxis im Kreis Lippe	nach Vereinbarung



## Allgemeine fachärztliche Versorgung

(Planungsbereiche = kreisfreie Städte / Kreise)

Kennzahl	Vertragsarztpraxen	Abgabezeitraum Quartal:
d4913	Frauenarztpraxis im Kreis Lippe (auch Übernahme 2 hälftiger Versorgungsaufträge möglich)	nach Vereinbarung
d4521	HNO-Arztpraxis in der krfr. Stadt Bielefeld	nach Vereinbarung
d4968	HNO-Arztpraxis in der krfr. Stadt Bielefeld	1/14
d4893	HNO-Arztpraxis im Kreis Lippe	nach Vereinbarung
d4787	Hautarztpraxis in der krfr. Stadt Bielefeld (neuer Partner für Gemeinschaftspraxis)	2/14
d4903	Kinder- und Jugendmedizinpraxis in der krfr. Stadt Bielefeld (neuer Partner für Gemeinschaftspraxis – auch Übernahme 2 hälftiger Versorgungsaufträge möglich – auch Anstellung möglich)	nach Vereinbarung
d4947	Kinder- und Jugendmedizinpraxis in der krfr. Stadt Bielefeld (auch Übernahme 2 hälftiger Versorgungsaufträge möglich)	4/13
d4970	Kinder- und Jugendmedizinpraxis in der krfr. Stadt Bielefeld (neuer Partner für Gemeinschaftspraxis – hälftiger Versorgungsauftrag – auch Anstellung möglich)	nach Vereinbarung
d4733	Kinder- und Jugendmedizinpraxis im Kreis Gütersloh (auch Übernahme 2 hälftiger Versorgungsaufträge möglich – auch Anstellung möglich)	nach Vereinbarung
d3843	Kinder- und Jugendmedizinpraxis im Kreis Minden-Lübbecke	nach Vereinbarung
d4388	Kinder- und Jugendmedizinpraxis im Kreis Paderborn	nach Vereinbarung
d4437	Nervenarztpraxis im Kreis Lippe (auch Übernahme 2 hälftiger Versorgungsaufträge möglich – auch Anstellung möglich)	2/14
d4792	Nervenarztpraxis im Kreis Lippe	nach Vereinbarung
d4875	Nervenarztpraxis im Kreis Lippe	nach Vereinbarung
d4887	Nervenarztpraxis im Kreis Lippe (auch Übernahme 2 hälftiger Versorgungsaufträge möglich)	nach Vereinbarung
d4829	Nervenarztpraxis im Kreis Minden-Lübbecke (neuer Partner für überörtliche Gemeinschaftspraxis)	nach Vereinbarung
d4773	Orthopädische Praxis im Kreis Gütersloh	nach Vereinbarung
d4969	Urologische Praxis im Kreis Gütersloh (hälftiger Versorgungsauftrag – Gründung Gemeinschaftspraxis geplant)	1/14
d4614	Urologische Praxis im Kreis Paderborn (auch Übernahme 2 hälftiger Versorgungsaufträge möglich)	sofort
d4926	Urologische Praxis im Kreis Paderborn (neuer Partner für überörtliche Gemeinschaftspraxis – auch Übernahme 2 hälftiger Versorgungsaufträge möglich – auch Anstellung möglich)	nach Vereinbarung
<b>Regierungsbezirk Münster</b>		
m4409	Augenarztpraxis in der krfr. Stadt Münster (neuer Partner für Gemeinschaftspraxis)	nach Vereinbarung
m4953	Chirurgische Praxis im Kreis Recklinghausen	nach Vereinbarung
m4974	Chirurgische Praxis im Kreis Recklinghausen	2/14
m4977	Chirurgische Praxis im Kreis Recklinghausen (neuer Partner für überörtliche Gemeinschaftspraxis – auch Übernahme 2 hälftiger Versorgungsaufträge möglich)	nach Vereinbarung
m4896	Chirurgische Praxis im Kreis Warendorf	nach Vereinbarung
m4976	Frauenarztpraxis in der krfr. Stadt Münster (hälftiger Versorgungsauftrag – auch Anstellung möglich)	nach Vereinbarung

## Allgemeine fachärztliche Versorgung

(Planungsbereiche = kreisfreie Städte / Kreise)

Kennzahl	Vertragsarztpraxen	Abgabezeitraum Quartal:
m4889	Frauenarztpraxis im Kreis Recklinghausen (auch Übernahme 2 hälftiger Versorgungsaufträge möglich)	nach Vereinbarung
m4477	Frauenarztpraxis im Kreis Steinfurt (neuer Partner für Gemeinschaftspraxis)	nach Vereinbarung
m4765	Frauenarztpraxis im Kreis Warendorf (neuer Partner für Gemeinschaftspraxis – auch 2 halbe Zulassungen möglich)	sofort
m3314	HNO-Arztpraxis im Kreis Borken	nach Vereinbarung
m4603	HNO-Arztpraxis im Kreis Borken	nach Vereinbarung
m4867	HNO-Arztpraxis in der krfr. Stadt Gelsenkirchen (neuer Partner für Gemeinschaftspraxis)	nach Vereinbarung
m4375	HNO-Arztpraxis in der krfr. Stadt Münster (auch Übernahme 2 hälftiger Versorgungsaufträge möglich)	nach Vereinbarung
m4848	Hautarztpraxis im Kreis Coesfeld (auch Übernahme 2 hälftiger Versorgungsaufträge möglich)	1/14
m4489	Hautarztpraxis im Kreis Steinfurt	sofort
m4532	Hautarztpraxis im Kreis Steinfurt (auch Übernahme 2 hälftiger Versorgungsaufträge möglich)	nach Vereinbarung
m4952	Kinder- und Jugendmedizinpraxis im Kreis Coesfeld	3/14
m3002	Kinder- und Jugendmedizinpraxis in der krfr. Stadt Gelsenkirchen	nach Vereinbarung
m4946	Kinder- und Jugendmedizinpraxis im Kreis Recklinghausen	nach Vereinbarung
m4885	Kinder- und Jugendmedizinpraxis im Kreis Steinfurt (auch Übernahme 2 hälftiger Versorgungsaufträge möglich – auch Anstellung möglich)	sofort
m4714	Kinder- und Jugendmedizinpraxis im Kreis Steinfurt	nach Vereinbarung
m4786	Nervenarztpraxis in der krfr. Stadt Münster (neuer Partner für Gemeinschaftspraxis – hälftiger Versorgungsauftrag – auch Anstellung möglich)	nach Vereinbarung
m4850	Orthopädische Praxis im Kreis Borken (hälftiger Versorgungsauftrag – auch Anstellung möglich)	sofort
m4471	Orthopädische Praxis in der krfr. Stadt Münster (hälftiger Versorgungsauftrag – auch Anstellung möglich)	sofort
m4983	Orthopädische Praxis in der krfr. Stadt Münster (neuer Partner für Gemeinschaftspraxis)	1/14
	<b>Psychotherapeutenitze *</b>	
	<b>Regierungsbezirk Arnsberg</b>	
a/p517	Ärztliche Psychotherapeutenpraxis (TP) in der krfr. Stadt Dortmund (hälftiger Versorgungsauftrag)	nach Vereinbarung
a/p616	Psychologische Psychotherapeutenpraxis (TP) in der krfr. Stadt Dortmund (hälftiger Versorgungsauftrag)	nach Vereinbarung
a/p636	Psychologische Psychotherapeutenpraxis (VT) in der krfr. Stadt Dortmund (hälftiger Versorgungsauftrag – auch Anstellung möglich)	sofort
b/p634	Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeutenpraxis im Ennepe-Ruhr-Kreis (hälftiger Versorgungsauftrag)	1/14
b/p635	Psychologische Psychotherapeutenpraxis (VT) in der krfr. Stadt Hagen (hälftiger Versorgungsauftrag)	1/14
b/p549	Ärztliche Psychotherapeutenpraxis (TP) im Kreis Olpe	sofort



## Allgemeine fachärztliche Versorgung

(Planungsbereiche = kreisfreie Städte / Kreise)

Kennzahl	Vertragsarztpraxen	Abgabezeitraum Quartal:
a/p637	Psychologische Psychotherapeutenpraxis (TP) im Mittelbereich Schmallenberg (hälftiger Versorgungsauftrag)	sofort
b/p628	Psychologische Psychotherapeutenpraxis (VT) im Kreis Siegen-Wittgenstein	nach Vereinbarung
a/p638	Psychologische Psychotherapeutenpraxis (VT) im Kreis Soest	3/14
<b>Regierungsbezirk Detmold</b>		
d/p630	Psychologische Psychotherapeutenpraxis (TP) im Kreis Gütersloh (auch Übernahme 2 hälftiger Versorgungsaufträge möglich)	nach Vereinbarung
d/p626	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutenpraxis (VT und TP) im Kreis Minden-Lübbecke – lokaler Sonderbedarf – (hälftiger Versorgungsauftrag)	nach Vereinbarung
<b>Regierungsbezirk Münster</b>		
m/p563	Psychologische Psychotherapeutenpraxis (VT) im Kreis Borken (auch Übernahme 2 hälftiger Versorgungsaufträge möglich)	nach Vereinbarung
m/p639	Psychologische Psychotherapeutenpraxis (VT) im Kreis Borken (hälftiger Versorgungsauftrag)	1/14
m/p641	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutenpraxis (VT) in der krfr. Stadt Gelsenkirchen (auch Übernahme 2 hälftiger Versorgungsaufträge möglich)	nach Vereinbarung
m/p631	Psychologische Psychotherapeutenpraxis (VT) in der krfr. Stadt Münster (hälftiger Versorgungsauftrag – auch Anstellung möglich)	sofort
m/p632	Psychologische Psychotherapeutenpraxis (TP) in der krfr. Stadt Münster (hälftiger Versorgungsauftrag – auch Anstellung möglich)	sofort
m/p640	Ärztliche Psychotherapeutenpraxis (VT und TP) in der krfr. Stadt Münster (hälftiger Versorgungsauftrag)	nach Vereinbarung
m/p633	Ärztliche Psychotherapeutenpraxis (TP) im Kreis Recklinghausen (hälftiger Versorgungsauftrag)	sofort
m/p618	Ärztliche Psychotherapeutenpraxis (VT) im Kreis Steinfurt (hälftiger Versorgungsauftrag – auch Anstellung möglich)	sofort
m/p642	Psychologische Psychotherapeutenpraxis (TP) im Kreis Steinfurt (hälftiger Versorgungsauftrag – auch Anstellung möglich)	sofort
	* In Klammern ist die ausgeübte Therapieform des Praxisinhabers (VT = Verhaltenstherapie; TP = tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und Psychoanalyse) angegeben. Bei einem eventuell stattfindenden Auswahlverfahren berücksichtigt der Zulassungsausschuss u.a. die bislang angebotene Therapieform.	

## Spezialisierte fachärztliche Versorgung

(Planungsbereiche = Raumordnungsregionen/ROR)

Kennzahl	Vertragsarztpraxen	Abgabezeitraum Quartal:
	<b>Anästhesiologie</b>	
d4886	Anästhesiologische Praxis in der ROR Bielefeld (Kreis Minden-Lübbecke)	nach Vereinbarung
m4651	Anästhesiologische Praxis in der ROR Münster (Kreis Borken) – auch Übernahme 2 hälftiger Versorgungsaufträge möglich	nach Vereinbarung
	<b>Innere Medizin – fachärztlich –</b>	
d4157	Internistische Praxis, Schwerpunkt Pneumologie in der ROR Bielefeld (Kreis Minden-Lübbecke)	nach Vereinbarung
b4782	Internistische Praxis, Schwerpunkt Kardiologie in der ROR Bochum/Hagen (krfr. Stadt Bochum) – neuer Partner für Gemeinschaftspraxis	nach Vereinbarung
a4084	Internistische Praxis, Schwerpunkt Angiologie in der ROR Dortmund (krfr. Stadt Dortmund) – neuer Partner für fachübergreifende Gemeinschaftspraxis	nach Vereinbarung
a4954	Internistische Praxis, Schwerpunkt Kardiologie in der ROR Dortmund (Kreis Unna) – neuer Partner für Gemeinschaftspraxis – hälftiger Versorgungsauftrag, auch Anstellung möglich	sofort
	<b>Radiologie</b>	
a4772	Radiologische Praxis in der ROR Dortmund (Kreis Unna) – neuer Partner für Gemeinschaftspraxis, auch Übernahme 2 hälftiger Versorgungsaufträge möglich, auch Anstellung möglich –	nach Vereinbarung

## Gesonderte fachärztliche Versorgung

(Planungsbereich = Westfalen-Lippe)

Kennzahl	Vertragsarztpraxen	Abgabezeitraum Quartal:
	<b>Neurochirurgen</b>	
d4927	Neurochirurgische Praxis in Westfalen-Lippe – Kreis Paderborn – (neuer Partner für Gemeinschaftspraxis – hälftiger Versorgungsauftrag)	sofort
	<b>Strahlentherapeuten</b>	
d4972	Praxis für Strahlentherapie in Westfalen-Lippe – Kreis Gütersloh – (neuer Partner für Gemeinschaftspraxis – auch Anstellung möglich)	1/14

## Ihre Ansprechpartner

Team Praxisberatung

Tel.: 0231 / 94 32 94 00

Fax: 0231 / 9 43 28 30 31

E-Mail:

Praxisberatung@kvwl.de

## Impressum

### Herausgeberin

Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe  
Robert-Schimrigk-Straße 4–6  
44141 Dortmund  
Tel. 0231/94 32 0

### Redaktionsausschuss

Dr. Wolfgang-Axel Dryden (verantw.)  
Dr. Gerhard Nordmann  
Dr. Thomas Kriedel

### Redaktion

Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe  
Geschäftsbereich Kommunikation  
Heike Achtermann  
Michael Hedergott (vity)  
Martin Steinberg (-ms)  
E-Mail: redaktion@kvwl.de

### Druck

IVD GmbH & Co. KG  
Wilhelmstraße 240  
49475 Ibbenbüren

Titelbild: fotolia

**Diesem Heft liegt eine Schnellübersicht zu den EBM-Änderungen ab 1. Oktober 2013 bei.**

September 2013



PEFC zertifiziert  
Dieses Produkt stammt aus  
nachhaltig bewirtschafteten  
Wäldern und kontrollierten Quellen.  
www.pefc.de

# Das Service-Center der **KVWL**

**Informationen  
aus einer Hand**

Service-Center  
0231/94 32 10 00



Im Dienst der Medizin.

## Ab sofort mit neuen Telefonservice-Zeiten:

montags bis donnerstags	7.30 bis 17.30 Uhr
freitags	7.30 bis 16.30 Uhr

Schnell, verlässlich, kompetent.





# praxisintern

PRAXISINFORMATIONEN der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe

## Abrechnung

- 2 EBM-Änderungen  
zum 1. Oktober 2013

---

- 11 Punktwertanpassung beim Vertrag  
mit Postbeamtenkrankenkasse

## Verordnung

- 12 Informationen der gemeinsamen  
Arbeitsgruppe Arzneimittelvereinbarung

---

- 13 Rotaviren-Standardimpfung für Säuglinge  
Cave: Noch keine GKV-Leistung

## Verträge

- 14 Hausarztvertrag der KVWL und der  
IKK classic endet am 30. September 2013

---

- 15 Neues zu den  
Verträgen Hautkrebs-Screening

## Forum

- 16 Die 1-Click-Abrechnung  
ist jetzt nutzbar

---

- 17 20 Jahre  
Qualitätszirkel in Westfalen-Lippe

---

- 17 Urlaubsmeldung auf dem blauen  
Vordruck ist nicht mehr erforderlich

## Seminare und Fortbildungen

- 18 Workshop- und Seminarangebote  
der KVWL Consult GmbH

---

- 19 Fortbildungsangebote der Akademie  
für ärztliche Fortbildung der ÄKWL und KVWL

## FORUM

### SEPA-Umstellung: Bitte prüfen Sie Ihre umgewandelten Bankdaten

Zum 1. Februar 2014 wird in den Nationen des Euro-Zahlungsverkehrsraums (SEPA, Single Euro Payment Area) eine einheitliche Systematik für die Angabe von Bankverbindungsdaten umgesetzt. An die Stelle der Kontonummer tritt die IBAN (International Bank Account Number), die Bankleitzahl wird durch den BIC (Bank Identifier Code) ersetzt.

Die KVWL hat in Vorbereitung auf die Umstellung Ihre hier hinterlegten, bisherigen Bankverbindungen automatisch in die neue SEPA-Form mit IBAN und BIC umgewandelt und Ihnen diese neuen Bankdaten vor wenigen Tagen auf dem schriftli-

chen Weg mitgeteilt. Bitte prüfen Sie diese Daten gründlich – sofern dies noch nicht geschehen sein sollte.

Wenn die in dem Schreiben enthaltenen Daten **NICHT** aktuell sind, dann nennen Sie bitte die korrekten Bankverbindungsdaten unverzüglich **schriftlich** dem

**KVWL-Geschäftsbereich Finanzen, Abteilung Arztkontokorrent, Fax: 0231 / 9 43 28 30 30, E-Mail: [akk@kvwl.de](mailto:akk@kvwl.de).**

Wir bedanken uns im Voraus für Ihre Unterstützung.

# EBM-Änderungen zum 1. Oktober 2013

Der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) wird bis Mitte 2014 schrittweise überarbeitet. Ziel ist es, die haus- und fachärztliche Grundversorgung zu stärken, das Spektrum der haus- und fachärztlichen Tätigkeit im EBM besser abzubilden und sie bei der Honorierung stärker zu berücksichtigen. Der Bewertungsausschuss hat in seiner 309. Sit-

zung am 27. Juni 2013 Änderungen des EBM beschlossen. Den Beschluss finden Sie im Deutschen Ärzteblatt (Heft 31-32 vom 5. August 2013) und auf der Internetseite [www.kvwl.de](http://www.kvwl.de). Den Beschluss des Bewertungsausschusses vom 28. Juni 2013 zur fachärztlichen Grundversorgung (311. Sitzung) können Sie ebenfalls über unsere Internetseite auf-

rufen. Nachfolgend informieren wir Sie über die uns bis zum Redaktionsschluss vorliegenden, beschlossenen Änderungen, die zum 1. Oktober 2013 in Kraft treten. In der nächsten Ausgabe von KVWL kompakt finden Sie Informationen zur Weiterentwicklung des EBM, die wir Ihnen auch zeitnah im Internet zur Verfügung stellen.

## Das sind die wesentlichen Änderungen:

### Hausärztlicher Versorgungsbereich

Für den hausärztlichen Versorgungsbereich wurden in die Präambel 3.1 die Nummern 9., 10. und 11. aufgenommen, für den Versorgungsbereich der Kinder- und Jugendmedizin wurde die Präambel 4.1 um die Nummern 10., 11. und 12. erweitert.

### Die neuen Versichertenpauschalen

Die Versichertenpauschale wird schlanker, das heißt zwei Leistungen, die bisher Bestandteil der Versichertenpauschale waren, werden ausgegliedert: Das ausführliche Gespräch und das Vorhalten von Praxisstrukturen. Beide Positionen sind zukünftig einzeln berechnungsfähig. Um die altersspezifische Morbidität besser abzubilden, ist die Versichertenpauschale künftig noch stärker nach Altersgruppen differenziert: Statt bisher drei gibt es ab dem 1. Oktober 2013 fünf Altersklassen. Darüber hinaus bleibt die Systematik der Unterteilung der Versichertenpauschalen in drei Kategorien erhalten:

- ▶ Versichertenpauschalen bei direkter, persönlicher Inanspruchnahme (bisherige Gebührenordnungsposition (GOP): 03110 bis 03112 bzw. 04110 bis 04112)
- ▶ Versichertenpauschalen bei facharztgleicher Überweisung (Hausarzt an Hausarzt bzw. Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin an Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin) und im Vertretungsfall (bisherige GOP: 03120 bis 03122 bzw. 04120 bis 04122)
- ▶ Versichertenpauschale bei unvorhergesehener Inanspruchnahme (bisherige GOP: 03130 bzw. 04130)

GOP	Leistungslegende	Wertigkeit in Punkten
03000/04000	Versichertenpauschale	
Umgesetzte GOP durch PVS		
03001/04001	bis zum vollendeten 4. Lebensjahr	236
03002/04002	ab Beginn des 5. bis zum vollendeten 18. Lebensjahr	150
03003/04003	ab Beginn des 19. bis zum vollendeten 54. Lebensjahr	122
03004/04004	ab Beginn des 55. bis zum vollendeten 75. Lebensjahr	157
03005/04005	ab Beginn des 76. Lebensjahres	210
	einmal im Behandlungsfall	

GOP	Leistungslegende	Wertigkeit in Punkten
03010/04010	Versichertenpauschale bei Überweisung durch einen in der Präambel 3.1 Nr. 1 / 4.1 Nr. 1 genannten Vertragsarzt oder bei einer Behandlung im Vertretungsfall	
Umgesetzte GOP durch PVS		
03011/04011	bis zum vollendeten 4. Lebensjahr	118
03012/04012	ab Beginn des 5. bis zum vollendeten 18. Lebensjahr	75
03013/04013	ab Beginn des 19. bis zum vollendeten 54. Lebensjahr	61
03014/04014	ab Beginn des 55. bis zum vollendeten 75. Lebensjahr	79
03015/04015	ab Beginn des 76. Lebensjahres	105
	einmal im Behandlungsfall	

Die Hersteller von Praxisverwaltungssystemen (PVS) wurden von der KBV verpflichtet, die GOP 03000, 03010, 04000 und 04010 unmittelbar in Abhängigkeit vom Patientenalter in die zutreffende, altersklassenspezifische kodierte Zusatznummer umzusetzen.

GOP	Leistungslegende	Wertigkeit in Punkten
03030/04030	Versichertenpauschale bei unvorhergesehener Inanspruchnahme zwischen 19 und 7 Uhr, an Samstagen, Sonntagen, gesetzlichen Feiertagen, am 24. und 31. Dezember bei persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt	77
	höchstens zweimal im Behandlungsfall	

**Bitte beachten Sie:**

**Die neuen Versichertenpauschalen sind in fünf Altersklassen untergliedert!**

### Neue Pauschale für das Vorhalten von Strukturen

Für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrags und zur Deckung der Fixkosten einer Hausarztpraxis wurde die Zusatzpauschale GOP 03040 bzw. 04040 in den EBM aufgenommen. Bislang wurde die Finanzierung dieser Strukturen mit der Versichertenpauschale abgegolten. Die Zusetzung dieser Leistung erfolgt einmal im Behandlungsfall automatisch durch die KVWL. Die Zusatzpauschale ist unter anderem nicht abrechenbar, wenn in dem Behandlungsfall zusätzlich oder ausschließlich Leistungen durchgeführt werden, die nicht zum grundsätzlichen hausärztlichen Versorgungsbereich zählen, zum Beispiel Akupunktur oder Psychotherapie (siehe Anlage 5 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) und Arzt-/Ersatzkassenvertrag (EKV)).

GOP	Leistungslegende	Wertigkeit in Punkten
03040/04040	Zusatzpauschale zu den GOP 03000/04000 und 03030/04030 für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrags gemäß § 73 Abs. 1 SGB V	140
	einmal im Behandlungsfall	

**Bitte beachten Sie:**

**Die Zusetzung der GOP 03040 bzw. 04040 erfolgt automatisch durch die KVWL!**



## 4 ABRECHNUNG

### Neuregelung des Chronikerzuschlags

Um den höheren Aufwand bei der Behandlung chronisch Kranker besser abzubilden, darf der Chronikerzuschlag bereits bei einem persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt im Quartal abgerechnet werden. Statt der bisherigen Chronikerpauschale nach GOP 03212 bzw. 04212 gibt es künftig zwei neue Chronikerpauschalen nach den GOP 03220 bzw. 04220 und 03221 bzw. 04221. Die neuen Abrechnungskriterien lauten wie folgt:

- ▶ Vorliegen mindestens einer langandauernden, lebensverändernden Erkrankung
- ▶ Notwendigkeit einer kontinuierlichen, ärztlichen Behandlung und Betreuung

Eine kontinuierliche, ärztliche Behandlung liegt vor, wenn im Zeitraum der letzten vier Quartale wegen derselben gesicherten chronischen Erkrankung(en) jeweils mindestens ein Arzt-Patienten-Kontakt pro Quartal in mindestens drei Quartalen, davon mindestens zwei Quartale mit persönlichen Arzt-Patienten-Kontakten, in derselben Praxis stattgefunden hat.

Eine kontinuierliche ärztliche Behandlung liegt auch dann vor, wenn der Patient mindestens mit einer lebensverändernden chronischen Erkrankung seinen ihn betreuenden Hausarzt gewechselt hat.

Bei erstmaliger Behandlung durch den die hausärztliche Betreuung übernehmenden Hausarzt muss dieser durch Angabe der Symbolnummer (SNR) 03220H / 04220H bzw. 03221H / 04221H einmalig dokumentieren, dass der Patient wegen einer chronischen Erkrankung zuvor in einer anderen hausärztlichen Praxis behandelt wurde. Bei der Erstbehandlung eines chronisch kranken Patienten ist es empfehlenswert, diesen nach einem vorherigen Praxiswechsel zu fragen.

Bei der Abrechnung der Chronikerpauschale sind Ausschlüsse des EBM zu beachten.

GOP	Leistungslegende	Wertigkeit in Punkten
03220/04220	Zuschlag zu der Versichertenpauschale nach der GOP 03000/04000 zur Behandlung und Betreuung eines Patienten mit mindestens einer lebensverändernden chronischen Erkrankung  einmal im Behandlungsfall	130
03221/04221	Zuschlag zu der Versichertenpauschale nach der GOP 03000/04000 für die intensive Behandlung und Betreuung eines Patienten mit mind. einer lebensverändernden chronischen Erkrankung  einmal im Behandlungsfall	150

#### Bitte beachten Sie:

Die GOP 03220 bzw. 04220 setzen einen persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt (APK), die GOP 03221 bzw. 04221 setzen zwei persönliche APK voraus!

Der die hausärztliche Betreuung übernehmende Hausarzt signalisiert durch die Eintragung der SNR 03220H / 04220H bzw. 03221H / 04221H in seiner Abrechnung, dass bei einem anderen Hausarzt die erforderlichen APK stattgefunden haben.

Die Angabe einer bestimmten Kodierung nach ICD-10-GM wird nicht gefordert. Es muss jedoch mindestens ein gesicherter ICD-Code zu einer chronischen Erkrankung im Behandlungsfall angegeben werden.

**Ausführliches Gespräch gesondert berechnungsfähig**

Das ausführliche Gespräch mit dem Patienten und/oder einer Bezugsperson ist künftig gesondert berechnungsfähig. Voraussetzung zur Abrechnung der neu eingeführten GOP 03230 bzw. 04230 ist, dass das Gespräch mindestens zehn Minuten dauert und im Zusammenhang mit einer lebensverändernden Erkrankung steht. Jede Praxis erhält ein quartalsbezogenes Punktzahlvolumen. Pro Behandlungsfall werden 45 Punkte bereitgestellt.

Bitte beachten Sie bei der Abrechnung des ausführlichen Gesprächs die Ausschlüsse des EBM.

GOP	Leistungslegende	Wertigkeit in Punkten
03230/04230	Problemorientiertes ärztliches Gespräch im Zusammenhang mit einer lebensverändernden Erkrankung  je vollendete 10 Minuten	90

**Bitte beachten Sie:**

**Die GOP 03230 bzw. 04230 sind zukünftig gesondert berechnungsfähig. Quartalsbezogenes Punktzahlvolumen: 45 Punkte je Behandlungsfall!**

**Neue Leistungen: Geriatrie**

Zur geriatrischen Versorgung wurden zwei neue GOP in den EBM aufgenommen: Die GOP 03360 für das angepasste, hausärztlich-geriatrische Basisassessment und die GOP 03362 für den hausärztlich-geriatrischen Betreuungskomplex. Die bisherige GOP 03240 für das hausärztlich-geriatrische Basisassessment entfällt.

Bei der Abrechnung der neuen GOP sind Ausschlüsse des EBM zu beachten.

GOP	Leistungslegende	Wertigkeit in Punkten
03360	Hausärztlich-geriatrisches Basisassessment  einmal im Behandlungsfall zweimal im Krankheitsfall	122
03362	Hausärztlich-geriatrischer Betreuungskomplex  einmal im Behandlungsfall	159

**Bitte beachten Sie:**

**Die GOP 03360 ist im Behandlungsfall einmal und im Krankheitsfall höchstens zweimal berechnungsfähig. Die GOP 03362 ist einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig. Ein zusätzlicher Qualifikationsnachweis ist nicht erforderlich.**

**Neue Leistungen: Palliativmedizin**

Zur Förderung der allgemeinen Palliativversorgung werden die Abschnitte 3.2.5 bzw. 4.2.5 neu in den EBM aufgenommen. Die neuen GOP 03370 bzw. 04370, 03371 bzw. 04371, 03372 bzw. 04372 sowie 03373 bzw. 04373 der Palliativmedizin sind für die Behandlung von schwerstkranken und sterbenden Patienten in jedem Alter berechnungsfähig, die an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und soweit fortgeschrittenen Erkrankung leiden, dass dadurch nach fachlicher Einschätzung des behandelnden Arztes die Lebenserwartung auf Tage, Wochen oder Monate gesunken ist.

Bitte beachten Sie bei der Abrechnung die Ausschlüsse des EBM.



## 6 ABRECHNUNG

GOP	Leistungslegende	Wertigkeit in Punkten
03370/04370	Palliativmedizinische Ersterhebung des Patientenstatus inkl. Behandlungsplan  einmal im Krankheitsfall	341
03371/04371	Zuschlag zu der Versichertenpauschale 03000/04000 für die palliativmedizinische Betreuung des Patienten in der Arztpraxis  einmal im Behandlungsfall	159
03372/04372	Zuschlag zu den GOP 01410 oder 01413 für die palliativmedizinische Betreuung in der Häuslichkeit  je vollendete 15 Minuten	124
03373/04373	Zuschlag zu den GOP 01411, 01412 oder 01415 für die palliativmedizinische Betreuung in der Häuslichkeit  je Besuch	124

### Bitte beachten Sie:

Die GOP 03370 bzw. 04370 sind einmal im Krankheitsfall, die GOP 03371 bzw. 04371 sind einmal im Behandlungsfall, die GOP 03372 bzw. 04372 sind je vollendete 15 Minuten und die GOP 03373 bzw. 04373 sind je Besuch berechnungsfähig. Für diese GOP sind keine besonderen Qualifikationsnachweise erforderlich.

### Neue Leistung: Sozialpädiatrie

Zur Förderung der Versorgung von Kindern mit chronischen Erkrankungen und/oder Behinderungen wurde unter dem Abschnitt 4.2.4 die GOP 04355 in den EBM aufgenommen. Durch die Aufnahme der GOP soll der erhöhte Betreuungsaufwand besser berücksichtigt werden.

Bitte beachten Sie bei der Abrechnung die Ausschlüsse des EBM.

GOP	Leistungslegende	Wertigkeit in Punkten
04355	Sozialpädiatrisch orientierte eingehende Beratung, Erörterung und/oder Abklärung  einmal im Behandlungsfall	145

### Bitte beachten Sie:

Die GOP 04355 ist einmal im Behandlungsfall und nur bei mindestens einer der im Beschluss genannten Erkrankungen berechnungsfähig.

## ABRECHNUNGSBEISPIELE

### 63-jähriger Patient mit Diabetes, Hypertonie und KHK

GOP 03000	Versichertenpauschale
GOP 03221	Zusatzpauschale zu der GOP 03000 (sog. Chronikerpauschale)
GOP 03324	Langzeit-Blutdruckmessung
GOP 03040	Zusatzpauschale zu der GOP 03000 (sog. Vorhaltepauschale) ▶ Zusetzung erfolgt durch die KVWL

### 77-jähriger Patient mit Mobilitätsstörung einschließlich Fallneigung, Schwindel, Hypertonie und KHK

GOP 03000	Versichertenpauschale
GOP 03221	Zusatzpauschale zu der GOP 03000 (sog. Chronikerpauschale)
GOP 03230 x 2	Problemorientiertes ärztliches Gespräch (zweimalig)
GOP 03322	Langzeit-EKG
GOP 03360	Hausärztlich-geriatrisches Basisassessment
GOP 03362	Hausärztlich-geriatrischer Betreuungskomplex
GOP 03040	Zusatzpauschale zu der GOP 03000 (sog. Vorhaltepauschale) ▶ Zusetzung erfolgt durch die KVWL

## ABRECHNUNGSBEISPIEL Vertretung / Überweisung

### 65-jähriger Patient mit KHK

GOP 03010	„hälftige“ Versichertenpauschale
GOP 03230 x 2	Problemorientiertes ärztliches Gespräch (zweimalig)



## Fachärztlicher Versorgungsbereich

### Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung

Zur Stärkung der fachärztlichen Grundversorgung wurde die Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung (PFG) aufgenommen. Die PFG ist für Fachärzte der Grundversorgung je Behandlungsfall berechnungsfähig – neben der Grundpauschale sowie anderen Grund- und wenigen Beratungsleistungen. Sie ist für jeden Behandlungsfall berechnungsfähig, bei dem der Facharzt keine spezialisierten Leistungen durchführt.

Das bedeutet: Für Fachärzte der Grundversorgung ist der Zuschlag nur in den Behandlungsfällen berechnungsfähig, in denen sie ausschließlich Leistungen der Grundversorgung durchführen.

Beispiel: Untersucht ein Augenarzt die Sehfähigkeit eines Patienten oder behandelt er eine Bindehautentzündung, kann er die PFG berechnen. Führt er hingegen eine Katarakt-Operation (nach EBM oder regionalen Vereinbarungen) durch, erhält er keine Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung.

### Die PFG der einzelnen grundversorgenden Fachgruppen:

Fachgruppe	GOP	Leistungslegende	Wertigkeit in Punkten
Anästhesiologie	05220	Zuschlag für die anästhesiologische Grundversorgung gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.8 zu den Gebührenordnungspositionen 05210 bis 05212  einmal im Behandlungsfall	70
Augenheilkunde	06220	Zuschlag für die augenärztliche Grundversorgung gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.8 zu den Gebührenordnungspositionen 06210 bis 06212  einmal im Behandlungsfall	16
Chirurgie	07220	Zuschlag für die chirurgische Grundversorgung gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.8 zu den Gebührenordnungspositionen 07210 bis 07212  einmal im Behandlungsfall	27
Gynäkologie	08220	Zuschlag für die gynäkologische Grundversorgung gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.8 zu den Gebührenordnungspositionen 08210 bis 08212  einmal im Behandlungsfall	25
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	09220	Zuschlag für die Hals-Nasen-Ohrenärztliche Grundversorgung gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.8 zu den Gebührenordnungspositionen 09210 bis 09212  einmal im Behandlungsfall	22



Fachgruppe	GOP	Leistungslegende	Wertigkeit in Punkten
Dermatologie	10220	Zuschlag für die hautärztliche Grundversorgung gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.8 zu den Gebührenordnungspositionen 10210 bis 10212  einmal im Behandlungsfall	13
Innere Medizin Facharzt ohne Schwerpunkt	13220	Zuschlag für die allgemeine internistische Grundversorgung gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.8 zu den Gebührenordnungspositionen 13210 bis 13212  einmal im Behandlungsfall	36
Kinder- und Jugendpsychiatrie	14214	Zuschlag für die kinder- und jugendpsychiatrische Grundversorgung gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.8 zu den Gebührenordnungspositionen 14210 und 14211  einmal im Behandlungsfall	80
Neurologie	16215	Zuschlag für die neurologische Grundversorgung gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.8 zu den Gebührenordnungspositionen 16210 bis 16212  einmal im Behandlungsfall	35
Orthopädie	18220	Zuschlag für die orthopädische Grundversorgung gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.8 zu den Gebührenordnungspositionen 18210 bis 18212  einmal im Behandlungsfall	26
Phoniatrie und Pädaudiologie	20220	Zuschlag für die phoniatriisch-pädaudiologische Grundversorgung gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.8 zu den Gebührenordnungspositionen 20210 bis 20212  einmal im Behandlungsfall	22
Nervenheilkunde und Psychiatrie	21218	Zuschlag für die psychiatrische und nervenheilkundliche Grundversorgung gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.8 zu den Gebührenordnungspositionen 21210 bis 21215  einmal im Behandlungsfall	35



## 10 ABRECHNUNG

Fachgruppe	GOP	Leistungslegende	Wertigkeit in Punkten
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	22216	Zuschlag für die psychotherapeutisch-medizinische Grundversorgung gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.8 zu den Gebührenordnungspositionen 22210 bis 22212  einmal im Behandlungsfall	159
Psychotherapie (ärztlich und psychologisch), Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie	23216	Zuschlag für die psychotherapeutische Grundversorgung gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.8 zu den Gebührenordnungspositionen 23210 bis 23212 und 23214  einmal im Behandlungsfall	159
Urologie	26220	Zuschlag für die urologische Grundversorgung gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.8 zu den Gebührenordnungspositionen 26210 bis 26212  einmal im Behandlungsfall	30
Physikalische und Rehabilitative Medizin	27220	Zuschlag für die physikalisch rehabilitative Grundversorgung gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.8 zu den Gebührenordnungspositionen 27210 bis 27212  einmal im Behandlungsfall	60

**Hinweis: Sämtliche Leistungen, bei denen die PFG nicht berechnungsfähig ist, werden im Anhang 3 zum EBM mit einem „\*“ gekennzeichnet.**

**Bitte beachten Sie:**

**Die PFG kann zur jeweiligen Grundpauschale berechnet werden.**

## Anpassungen in der Humangenetik

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 309. Sitzung ebenfalls die Leistung nach der GOP 11220 neu in den EBM aufgenommen sowie die Leistungsinhalte der GOP 11320 bis 11322 des Abschnitts 11.3 EBM konkretisiert und deren Bewertungen sowie die Bewertungen der GOP 11351 bis 11500 des Abschnitts 11.4.2 EBM angepasst.

Zudem setzt die Berechnung der GOP 11320 bis 11322 weitere Angaben voraus. Zur Erfassung dieser Angaben wurden in Ihrem Praxisverwaltungssystem (PVS) neue Felder hinterlegt, die zwingend befüllt werden müssen. Zu jeder Leistung müssen Sie die Angaben **OMIM-Kode des untersuchten Gens** (Feldkennung 5070) und **OMIM-Kode für die Art der Erkrankung** (Feldkennung 5071) eintragen. Sind diese Angaben nicht möglich, tragen Sie bitte den Ersatzwert 99999 ein und geben den **Gen-Namen** (Feldkennung 5072) und die **Art der Erkrankung** (Feldkennung 5073) an. Bei Fragen zu den neuen Feldern wenden Sie sich bitte an Ihren PVS-Hersteller.

Weitere Informationen finden Sie auf unserer Internetseite [www.kvwl.de](http://www.kvwl.de) unter der Rubrik Mitglieder, Abrechnung und EBM oder über den nebenstehenden QR-Code. Bei Fragen zu den EBM-Änderungen erreichen Sie uns unter der



**EBM-Hotline 0231 / 94 32 10 01.**

## Wichtige Erinnerung: Vorquartalsfälle jetzt einreichen!

Mit Blick auf die anstehenden EBM-Änderungen zum 1. Oktober 2013 bitten wir Sie – wie bereits in der August-Ausgabe von KVWL kompakt – sämtliche Vorquartalsfälle aus den Quartalen 3/2012 bis 2/2013, die Sie noch nicht eingereicht haben, in der Abrechnung des Quartals 3/2013 an die KVWL zu übermitteln. Nur so können wir diese Vorquartalsfälle noch mit der Abrechnung des Quartals 3/2013 vergüten. Spätester Abgabetermin für die Abrechnung 3/2013 ist der 9. Oktober 2013. Nicht bis zum Abgabetermin eingereichte Vorquartalsfälle können in der KVWL aufgrund der EBM-Änderungen nicht in der neuen Struktur abgebildet und bearbeitet werden. Deshalb werden wir eine gesammelte Nachvergütung dieser Fälle zu einem späteren Zeitpunkt vornehmen müssen.

## ABRECHNUNG

# Punktwertanpassung beim Vertrag mit Postbeamtenkrankenkasse

## Alle ärztlichen Leistungen werden weiterhin als Einzelleistungen vergütet

Die Punktwertveränderung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) zum 1. Oktober 2013 hat eine Anpassung der Punktwerte beim Vertrag mit dem sonstigen Kostenträger Postbeamtenkrankenkasse (PbeaKK) notwendig gemacht. Die entsprechenden Verhandlungen sind weitgehend abgeschlossen und die neuen Punktwerte schon konsentiert:

- ▶ Für ärztliche Leistungen – ausgenommen der Leistungen des Kapitels 32 im EBM – gilt ab 1. Oktober 2013 ein Punktwert von 21,0159 Cent
- ▶ Der Wirtschaftlichkeitsbonus des EBM-Kapitels 32 wird künftig mit einem Punktwert von 20,4487 Cent vergütet.

Alle ärztlichen Leistungen werden weiterhin als Einzelleistungen vergütet. Die Punktmenge orientiert sich am EBM. Mit der Änderung im Vertrag mit der PbeaKK wurde erreicht, dass die bisherigen Preise auch im weiterentwickelten EBM 1:1 gelten. Sobald die weiteren Verhandlungen, bei denen es lediglich um Detailfragen geht, abgeschlossen sind, wird die KBV auch den veränderten Vertrag veröffentlichen.

# Informationen der gemeinsamen Arbeitsgruppe Arzneimittelvereinbarung

## Wirtschaftlicher Einsatz von Arzneimitteln

Die gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittelvereinbarung (AG AMV), bestehend aus Vertretern der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe und der Verbände der Krankenkassen, informiert regelmäßig Ärzte zu Indikationen und therapeutischem Nutzen von Arzneimitteln sowie zu deren Kosten und wirtschaftlichen Einsatz. Die Informationen werden i. d. R. zu bestimmten Indikationen bzw. Therapiebereichen erstellt und grundsätzlich den Ärzten, die in diesem Bereich im Vergleich zu anderen Kollegen mehr Verordnungen tätigen, zugesandt. Gleichwohl sind diese Mitteilungen auch für die Ärzte interessant, die die betreffenden Arzneimittel selten verordnen.

Aktuell, im August 2013, ist ein Schreiben an Ärzte versandt worden, die viele Patienten mit Lipidsenkern behandeln und hierbei die Quote der Arzneimittel-Vereinbarung für eine ma-

ximale Verordnung von ezetimibhaltigen Arzneimitteln von vier Prozent überschreiten. Es wird über die Regelungen der Arzneimittel-Richtlinie und insbesondere den Therapiehinweis informiert, und es werden Hinweise zur Verordnung in Übereinstimmung mit dem Zulassungsstatus von Ezetimib gegeben.

Wir möchten Ihnen an dieser Stelle einen Überblick über die Schreiben der AG AMV seit Anfang 2012 geben, die in der folgenden Tabelle aufgeführt sind.

**Die Informationen der AG AMV finden Sie auch immer im Internet unter [www.kvwl.de](http://www.kvwl.de) und den Rubriken Mitglieder, Verordnungen sowie Arzneimittel A-Z oder über den nebenstehenden QR-Code.**



Arzneimittel	Thema	Datum der Information
Antibiotika	Patienteninformation: Antibiotika - nur wenn sie wirklich nötig sind	Januar 2012
Olanzapin (Zyprexa®)	Atypisches Neuroleptikum Olanzapin (Zyprexa®) als preiswertes Generikum verfügbar	Januar 2012
Escitalopram (Cipralex®): Aufhebung des Festbetrages	Volle Kosten wieder im Arzneimittelvolumen	Februar 2012
Pentalong®	Pentalong® als aktiv zugelassenes Arzneimittel keine Kassenleistung	Februar 2012
Pradaxa®	Patienteninformation: Behandlung von Herzrhythmusstörungen (Vorhofflimmern)	Februar 2012
PRISCUS-Liste	Arzneimitteltherapie bei älteren Patienten in Westfalen-Lippe	März 2012
Quetiapin (Seroquel®)	Generische Quetiapin-Verordnungen entlasten das Richtgrößenvolumen	Mai 2012
Aliskirenhaltige Arzneimittel	Neue Warnhinweise und Kontraindikationen	Mai 2012
Fiktive Zulassung	Fiktiv zugelassene Arzneimittel sind im Rahmen der GKV nicht verordnungsfähig	Juni 2012
Grippe-Impfsaison 2012/2013	Informationen zur Verordnung von Grippeimpfstoffen für die Impfsaison 2012/2013	August 2012
Grippe-Impfung 2012/2013	Patienteninformation: Information zur Grippeimpfung 2012/2013	August 2012
Antidementiva	Pharmakotherapie der Demenz: Was empfiehlt die Arzneimittel-Richtlinie?	Oktober 2012
Antikoagulantien	Orale Antikoagulation bei Vorhofflimmern - Aktuelle Information der AkdÄ	November 2012
Arzneimittel für einen längeren Zeitraum	Patienteninformation: Verordnung von Medikamenten für länger als ein Quartal - Ist das möglich? (deutsch und türkisch)	November 2012
Grippe-Impfsaison 2013/2014	Informationen zur Grippeimpfung für die Impfsaison 2013/2014	März 2013
Ticagrelor (Brilique®)	Frühe Nutzenbewertung von Ticagrelor	April 2013
Blutzuckerteststreifen	Übersicht zu durchgängig preisgünstigeren Blutzuckertest-Systemen	Juni 2013
ACE-Hemmer	Rationale Verordnung von ACE-Hemmern, AT1-Blockern und Aliskiren	Juli 2013
Ezetimibhaltige Arzneimittel	Ezetimib weiter ohne klinische Nutzenbelege - Generell deutlicher Verordnungsrückgang in Westfalen-Lippe	August 2013

# STIKO empfiehlt Rotaviren-Standardimpfung für Säuglinge

## Cave: Noch keine GKV-Leistung

Die Rotavirus-Impfung wird zur Zeit von den meisten Krankenkassen als Satzungsleistung angeboten. Jetzt hat die ständige Impfkommission (STIKO) die allgemeine Rotavirus (RV)-Schluckimpfung von Säuglingen empfohlen. Die Impfserie soll im Alter von sechs bis zwölf Wochen begonnen werden und muss je nach Impfstoff (zwei bis drei Dosen in vier Wochen Abstand) bis zur vollendeten 24. bzw. 32. Lebenswoche abgeschlossen sein. Die STIKO-Empfehlung wurde zum August im Epidemiologischen Bulletin 34/2013 veröffentlicht. Eine ausführliche medizinische Begründung hierzu erschien im Epidemiologischen Bulletin Nr. 35/2013.

### Keine automatische Aktualisierung der Schutzimpfungs-Richtlinie (SI-RL)

Die STIKO-Empfehlung ist nicht automatisch mit einer Übernahme in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen (GKV) verbunden. Dazu be-

### Fazit

Die Rotavirus-Impfung ist noch keine GKV-Leistung. Der Einsatz und die Abrechnung sind erst nach einer Änderung der Schutzimpfungs-Richtlinie möglich. Krankenkassen können die Impfung weiter als Satzungsleistung erstatten.

darf es zunächst einer Übernahme der STIKO-Empfehlung für die Rotaviren-Impfung in die SI-RL des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Der G-BA hat nach einer Abänderung der STIKO-Empfehlungen innerhalb von drei Monaten zu entscheiden, ob er die SI-RL entsprechend anpasst. Das bedeutet in diesem Fall bis Ende November. In den letzten Jahren hat sich gezeigt, dass durchaus ein größerer Zeitraum zwi-

schen Änderung der STIKO-Empfehlung und Änderung der SI-RL entstand; so traten die Empfehlungen vom Juli 2012 erst im März 2013 in der SI-RL in Kraft.

Es bleibt also abzuwarten, ob und wann die Rotavirus-Impfung als Standardimpfung für alle Säuglinge eingesetzt werden kann. Vor Inkrafttreten des Beschlusses des G-BA besteht auch keine Möglichkeit, die Impfung über Dokumentationsziffern abzurechnen. Wir werden im Internet darüber informieren, wenn sich hier eine Entscheidung abzeichnet.

## Sie haben Fragen?

Das Service-Center der KVWL hilft Ihnen bei allen Fragen rund um die vertragsärztliche und -psychotherapeutische Tätigkeit.

Tel.: 0231 / 94 32 10 00



**KVWL**  
Im Dienst der Medizin.

# Hausarztvertrag der KVWL und der IKK classic endet am 30. September 2013

Die KVWL hatte am 1. Oktober 2010 erstmalig einen Hausarztvertrag (Vollbereinigungsvertrag ersetzend zum Kollektivvertrag) – der bereits zwischen der Krankenkasse und dem Hausärzterverband bestand – nahezu inhaltsgleich mit der damaligen Vereinigten IKK abgeschlossen. Die Vereinigte IKK und die KVWL hatten gemeinsam das Ziel, eine langfristige selektivvertragliche Zusammenarbeit anzustreben.

Für die damalige Vereinigte IKK war die Partnerschaft mit der KVWL die Konsequenz ihrer Strategie, ihren Versicherten in Westfalen-Lippe flächendeckend attraktive Vertrags- und Versorgungsangebote offerieren zu können. Bedingt durch die gesetzlichen Vorgaben und der damit verbundenen europaweiten Ausschreibung konnte dieser HzV-Vertrag – im Gegensatz zum Vertrag mit dem Hausärzterverband – jedoch lediglich für drei Jahre abgeschlossen werden.

Die Vertragspartner hatten vertraglich vereinbart, sich bis zum 30. Juni 2013 über die Fortführung des Vertrages über den 30. September hinaus zu verständigen. Die seinerzeit mit der Vereinigten

## Hinweis

Der nahezu inhaltsgleiche HzV-Vertrag zwischen dem Hausärzterverband Westfalen-Lippe und der IKK classic hat weiterhin Geltung. Sollte ein Hausarzt einen Wechsel in diesen Vertrag in Erwägung ziehen, muss er allerdings sich und auch die Patienten der IKK classic neu einschreiben.

IKK vereinbarten Gespräche zur Verlängerung der Konditionen wurden seitens der Rechtsnachfolgerin IKK classic nun nicht ernsthaft wahrgenommen. Nach langer Verzögerung wurde der KVWL erst Mitte August in einem letzten Gespräch auf Vorstandsebene mitgeteilt, dass es nicht zu einer Verlängerung des Vertrages kommen werde.

Demzufolge ist nach nur drei Jahren für etwa 20.000 Versicherte der IKK classic und für rund 500 Hausärzte in Westfalen-Lippe schon wieder Schluss mit der

besonderen hausärztlichen Versorgung. Die betroffenen Versicherten werden damit automatisch ab dem 1. Oktober 2013 wieder im Rahmen des Kollektivvertrages behandelt. Betroffen davon sind neben den teilnehmenden Hausärzten auch die am Zusatzmodul „AU-Fallmanagement“ teilnehmenden Fachärzte.

**Die IKK classic steht in der Pflicht, diese Versicherten über den Wegfall des Vertrages zu informieren.**

Die KVWL bedauert es sehr, dass sich die IKK classic bereits nach so kurzer Zeit aus dem Hausarztvertrag zurückzieht. Die kurze Lebensdauer dieses Vertrages zeigt deutlich, wie wenig verlässlich separate Versorgungsverträge außerhalb des gesetzlichen Kollektivvertrages mit den Krankenkassen sind. Es müssen vom Arzt Vorleistungen erbracht, die Praxisorganisation umgestellt und in zusätzliche, vertraglich vorgeschriebene Software investiert werden. Wird ein solcher Versorgungsvertrag frühzeitig durch die Krankenkasse beendet, haben die teilnehmenden Ärzte das Nachsehen.

## Unsere Ombudsmänner haben immer ein offenes Ohr für Sie!

Bei Ärger mit der KVWL stehen Ihnen zwei erfahrene Kollegen als Ombudsmänner zur Verfügung.

**Dortmund (kostenlos)**  
Lothar Gussning  
Tel.: 0800 / 1 00 76 00  
Sprechzeit:  
mittwochs 12 bis 13 Uhr

**Münster (kostenlos)**  
Dr. med. Siegfried Treichel  
Tel.: 0800 / 1 01 07 79  
Sprechzeit:  
mittwochs und freitags  
jeweils 12.30 bis 13.30 Uhr



**KVWL**  
Im Dienst der Medizin.

# Neues zu den Verträgen Hautkrebs-Screening

## Vertrag mit der Bosch BKK

Auch mit der Bosch BKK konnte zum 1. Oktober 2013 eine Vereinbarung über die Durchführung von Hautkrebsvorsorgeuntersuchungen für Versicherte unter 35 Jahren abgeschlossen werden.

Anspruchsberechtigt sind alle zwei Jahre die Versicherten unter 35 Jahren. Eine Einschreibung des Versicherten ist nicht erforderlich.

Die Leistungserbringung erfolgt durch Dermatologen. Die Vergütung beträgt 25 Euro und wird über die SNR 91051C abgerechnet.

## Vertrag BIG direkt gesund

Auch bei der BIG direkt gesund wurde der Vertrag vom Bundesversicherungsamt beanstandet und musste um eine Teilnahmeerklärung ergänzt werden. Ab dem 1. Oktober 2013 ist hier eine Einschreibung der Versicherten unter 35 Jahren erforderlich.

**Das Hautkrebs-Screening kann somit für Versicherte unter 35 Jahren bei folgenden Krankenkassen erbracht werden:**

Krankenkassen	Teilnehmende Ärzte		Umfang des Leistungsanspruchs alle zwei Jahre	Altersbegrenzung	Vergütung	SNR	Teilnahmeerklärung Patient erforderlich	Anmerkung
	Hausärzte	Dermatologen						
AOK NORDWEST		X	X	ab 20 Jahre	25 Euro	91051		
BIG direkt gesund		X	X	keine	25 Euro	91051G	X	
BKK (s. Liste beigetretene BKKen)  - gilt auch für Bundespolizei und Bundeswehr -	X	X	X	ab 19 Jahre	25 Euro	91051B		
Bosch BKK		X	X	keine	25 Euro	91051C		
Barmer GEK		X	X	ab 15 Jahre	25 Euro	91051R	X	
HEK				ab 18 Jahre	25 Euro	91051H	X	Auflichtmikroskopie SNR 91052H - 7 Euro
Knappschaft		X	X	keine	25 Euro	01745K		
IKK classic		X	X	ab 19 Jahre	25 Euro	91051S		
Techniker Krankenkasse		X	X	ab 20 Jahre	25 Euro	91051T	X	

# Die 1-Click-Abrechnung ist jetzt nutzbar

Medienbrüche werden vermieden, eine sichere Übertragung ist garantiert

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat die Hersteller von Praxisverwaltungssystemen dazu verpflichtet, Ihnen für die Übermittlung der Quartalsabrechnungen die 1-Click-Abrechnung anzubieten. Die ersten Systemhäuser haben diese Funktionalität bereits für die Abrechnung des Quartals 3/13 integriert, alle Häuser müssen die Vorgaben bis Ende dieses Jahres umsetzen. Sie können frei entscheiden, ob Sie die 1-Click-Abrechnung nutzen möchten.

## Welche Vorteile haben Sie?

Sie können nun einfach und schnell die Quartalsabrechnung direkt aus dem Praxisverwaltungssystem übermitteln, ohne sich hierfür am Mitgliederportal der KVWL anmelden zu müssen. Über ein zusätzliches, in das Praxisverwaltungssystem integriertes Modul, wird die Datei sicher übermittelt.

Möglich macht das KV-Connect – ein Übertragungsweg, der von der KV Telematik-ARGE entwickelt und den Anbietern zur Integration in Ihre Systeme zur Verfügung gestellt wurde. Dabei dient dieser Weg nicht allein der sicheren

## Sie haben Fragen zum KV SafeNet-Anschluss?

Sollten Sie derzeit noch keinen KV SafeNet-Anschluss besitzen, so finden Sie alle Informationen hierzu im Internet unter [www.kvwl.de](http://www.kvwl.de) und den Rubriken Mitglieder, Dienste sowie KV-Online-Zugang oder über den nebenstehenden QR-Code.



Gerne beraten wir Sie bei Fragen zu KV SafeNet oder der 1-Click-Abrechnung auch persönlich. Die Mitarbeiter des KVWL-Service-Centers erreichen Sie unter

Tel.: 0231 / 94 32 10 00

Übermittlung der Quartalsabrechnung. Er wird auch für die Übermittlung weiterer Dokumente und Daten genutzt, zum Beispiel der eDokumentation und des Arztbriefs. Dadurch wird ein komfortables Arbeiten in nur einem System möglich – Ihrem Praxisverwaltungssystem. Sie vermeiden so Medienbrüche, die sichere Übertragung in einem geschützten Netz (sicheres Netz der KVEn) garantiert den Versand von Sozialdaten an einen berechtigten Teilnehmerkreis und eine effiziente Praxisorganisation ohne Scannen und Faxen.

## Was müssen Sie tun, wenn Sie die 1-Click-Abrechnung nutzen möchten?

Voraussetzung für die Nutzung sind das Modul und ein KV-SafeNet-Anschluss. Das Modul für die 1-Click-Abrechnung erhalten Sie bei Ihrem Systemhaus. Dieses stellt bei der KVWL den Antrag für die Daten zur Nutzung von KV Connect. Diese Daten schickt die KVWL Ihnen dann zu.

## Der Blick in die Presse

Was schreiben die Tageszeitungen und die Fachpresse über die ambulante Versorgung in Westfalen-Lippe?

Wer berufspolitisch auf dem Laufenden bleiben will und sich unabhängig informieren möchte, klickt auf die Homepage der KVWL.

Links zu aktuellen Artikeln von „Ärzte Zeitung“ bis „Westdeutsche Allgemeine“ finden Sie täglich neu unter [www.kvwl.de](http://www.kvwl.de) und den Rubriken Presse/Pressespiegel.



**KVWL**  
Im Dienst der Medizin.



## 20 Jahre Qualitätszirkel in Westfalen-Lippe

Die Qualitätszirkelarbeit ist ein sich ständig hinterfragender Prozess und in ständiger Entwicklung begriffen

Seit mehr als 20 Jahren sind ärztliche und psychotherapeutische Qualitätszirkel in Westfalen-Lippe aktiv. Etwa zeitgleich hatte die Kassenärztliche Bundesvereinigung die QZ-Arbeit durch Aufnahme in die Qualitätssicherungsrichtlinie als wichtiges Instrument der Qualitätssicherung anerkannt und damit deren Bedeutung institutionalisiert. Die Anfänge der Qualitätszirkelidee als autonome Diskussions- und Fortbildungsrunden waren geprägt von einer gewissen Skepsis bei den Niedergelassenen. Man befürchtete zu viel Regulierung oder gar Überwachung durch die KVWL. Manche Skeptiker bezweifelten überhaupt den Sinn dieser Form von Fortbildung.

Diese teils leidenschaftlich geführten Diskussionen haben die Qualitätszirkelarbeit jedoch nicht gehemmt, sondern befördert. Es entwickelte sich eine Erfolgsgeschichte.

Die Anerkennung der Qualitätszirkel als freiwillige, selbstbestimmte und einflussfreie kollegiale Fortbildung einerseits und deren Einbindung in strukturelle Vorgaben der KVWL andererseits ist gelungen:

Es wurden Regeln gefunden, die den Qualitätszirkeln bei der Wahl der Themen und deren Abhandlung völlige Unabhängigkeit geben. Diese Selbstbestimmung in Themenwahl, Durchführung und Methodik unterstützt die KVWL

ausdrücklich. Die strukturellen Vorgaben seitens der KVWL zur Anerkennung eines Qualitätszirkels und damit zur finanziellen Förderung sind nur an wenigen Voraussetzungen gebunden.

Auch die Evaluation beschränkt sich auf kurze Fragen zum behandelten Thema, der Methodik, der Anzahl der Teilnehmer und ob Vorschläge oder Wünsche an die KVWL bestehen.

**Näheres dazu finden Sie in der neuen Qualitätszirkel-Leitlinie.**



**KVWL ONLINE**

**Sie finden die neue Leitlinie im Internet unter [www.kvwl.de/qzleitlinie](http://www.kvwl.de/qzleitlinie) oder direkt über den nebenstehenden QR-Code.**



Die KVWL beteiligt sich mit ihren Tutoren aktiv an der Aus- und Fortbildung der Moderatoren. Bei den regelmäßig stattfindenden Moderatorentagen werden beispielhaft Themen und Methoden vorgestellt und diskutiert.

Mit deren Einsatz ist es möglich, auch schwierige Themen in der begrenzten Zeit, die Qualitätszirkeln neben dem Praxisalltag zur Verfügung steht, zu bearbeiten und die Ergebnisse in der Praxis umzusetzen.

Es gibt kaum eine andere Form der Fortbildung, bei der die offene kollegiale Aussprache und der vertrauensvolle Vergleich unterschiedlichen Denkens und Handelns so gelingt. In Westfalen-Lippe gibt es annähernd 1.000 Qualitätszirkel. Einige können auf eine weit über einhundert Sitzungen hinausgehende Zusammenarbeit zurückblicken. Und noch immer gründen sich neue Qualitätszirkel.

Die Qualitätszirkelarbeit ist ein sich ständig hinterfragender Prozess und in ständiger Entwicklung begriffen. Es bleibt bewegt.

### Qualitätszirkel in Westfalen-Lippe

#### Ihre Ansprechpartnerinnen

Ina Hohlweg  
Tel.: 0231 / 94 32 10 36  
E-Mail: [ina.hohlweg@kvwl.de](mailto:ina.hohlweg@kvwl.de)

Heike Mattinger-Schulz  
Tel.: 0231 / 94 32 10 34  
E-Mail: [heike.mattinger@kvwl.de](mailto:heike.mattinger@kvwl.de)

## Urlaubsmeldung auf dem blauen Vordruck ist nicht mehr erforderlich

Bürokratie stiehlt dem Arzt Zeit für die Patientenversorgung. Die KVWL setzt sich deshalb bereits seit Jahren für eine Reduktion des Bürokratieaufwands in den Arztpraxen ein. Bürokratieabbau ist kein Einmaleffekt, sondern ein fortwährender Prozess. Eine Maßnahme ist die Abschaffung der „Urlaubsmeldung“ auf dem blauen Vordruck. Da Mitteilungen über

Vertretungen vollständig in der Erklärung zur Vierteljahresabrechnung anzugeben sind, ist die zusätzliche Urlaubsmeldung auf dem abgebildeten Vordruck bereits seit dem 1. Juli 2011 nicht mehr erforderlich. Der Verzicht auf das Mitteilungsfeld reduziert den Dokumentationsaufwand und entlastet Sie von unnötiger Bürokratie.

## Workshop- und Seminarangebote

Zweites Halbjahr 2013

### Telefonknigge für die Arztpraxis

In diesem Seminar werden die Grundkenntnisse zu Verhaltensregeln und moderner Höflichkeit am Telefon vermittelt sowie Ausschnittssituationen und Telefongespräche in der Arztpraxis trainiert.

**Termine:** 11. Dezember 2013, Ärztehaus Dortmund

**Zeiten:** 15 bis 19 Uhr

**Dozentin:** Marion Cress, Kommunikationstrainerin

**Kosten:** 130 Euro (inkl. USt.)

### Telefontraining - Intensiv

Das Intensiv-Seminar ist gedacht für routinierte Arzthelferinnen im Umgang mit schwierigen Gesprächspartnern und herausfordernden Situationen im Praxisalltag.

**Termin:** 11. Dezember 2013, Ärztehaus Münster

**Zeit:** 15 bis 19.00 Uhr

**Dozentin:** Juliane Feldner, Personaltrainerin/Psychologin

**Kosten:** 130 Euro (inkl. USt.)

### Die Arzthelferin: Überzeugend und sicher im Auftreten

In diesem Seminar lernen Sie die verschiedenen Facetten selbstsicheren und selbstbewussten Auftretens kennen sowie deren Wirkung im Umgang mit Menschen in Ihrer Arztpraxis bewusst einzusetzen. Mit Hilfe von praktischen Übungen im Bereich Kommunikation, Körpersprache und gezieltem Feedback werden individuelle Vorgehensweisen erarbeitet und Impulse gegeben, die Ihre Persönlichkeit wirkungsvoller zur Geltung bringen.

**Termin:** in Vorbereitung

**Zeit:** 15 bis 19 Uhr

**Dozentin:** Juliane Feldner, Personaltrainerin/ Psychologin

**Kosten:** 130 Euro (inkl. USt.)

### Das 1x1 der Teamführung in der Arztpraxis

Das Seminar will Führungsverantwortlichen helfen, Teams sicher zu führen und Teamgesprächen effektiv zu gestalten.

**Termin:** 20. November 2013, Ärztehaus Dortmund

**Zeit:** 15 bis 19 Uhr

**Dozentin:** Juliane Feldner, Personaltrainerin/Psychologin

**Kosten:** 130 Euro (inkl. USt.)

### Selbstzahler-Kommunikation (für Ärzte und MFA)

Wie die Angebote konfliktarm den Patienten dargeboten werden, wie eine ehrlich Kommunikation in Sachen Privatleistungen gestaltet wird, wie Patienten von sinnvollen Leistungen leichter überzeugt werden, darum geht es in diesem Seminar. Zunächst werden die emotionalen Knötchen im Kopf gelockert, die es manchem Arzt und mancher MFA erschweren, sich unvoreingenommen dem Thema zu nähern. Danach gibt es eine Vielzahl hilfreicher Tipps und Ratschläge rund um die patientengerechte, erfolgversprechende Kommunikation und Motivation für den Arzt und seine Mitarbeiter.

**Termin:** 4. Dezember 2013, Ärztehaus Dortmund

**Zeit:** 15 bis 18.30 Uhr

**Dozent:** Werner M. Lamers, Praxisberater

**Kosten:** 130 Euro (inkl. USt.)

### Beschwerden? Das kann doch nicht sein!

Mit Beschwerden im Praxisalltag souverän und kompetent umzugehen, anstelle ablehnend und beleidigt zu reagieren ist der zentrale Ansatz für dieses Seminar. Dabei wird vor allem der Umgang mit Beschwerden im telefonischen oder direkten Kontakt trainiert. Im Vordergrund stehen Strategien, die aktiv den Verlauf von Beschwerdegesprächen beeinflussen und positiv gestalten helfen. Tipps zum Umgang mit aufgebrauchten Patienten sollen helfen, auch spannungsgeladene Gespräche souverän zu meistern. Praktische Beispiele werden inszeniert, ausgewertet und praxisrelevante Leitlinien für den Umgang entwickelt.

**Termin:** 2. Oktober 2013, Ärztehaus Dortmund

**Zeit:** 15 bis 19 Uhr

**Dozentin:** Juliane Feldner, Personaltrainerin/Psychologin

**Kosten:** 130 Euro (inkl. USt.)

### Angespannte Situationen in der Arztpraxis als Herausforderung

Der Umgang mit fordernden Patienten, nicht eingehaltene Abstimmungen im Praxisteam, unterschiedliche Erwartungen an Zusammenarbeit und Motivation und zusätzlicher Zeitdruck im Praxisalltag sind häufig Auslöser für unterschiedlich gelagerte Konflikte. Die Teilnehmerinnen des Seminars lernen psychologische Grundlagen von Konflikten, Konfliktintervention und deeskalierende Kommunikationsformen kennen sowie Fallbeispiele aus der Arztpraxis sensibel anzugehen.

**Termin:** in Vorbereitung

**Zeit:** 14.30 bis 18.30 Uhr

**Dozentin:** Juliane Feldner, Personaltrainerin/Psychologin

**Kosten:** 130 Euro (inkl. USt.)

### Praxisorganisation - Tipps und Tricks vom Profi (für Ärzte und MFA)

Eine funktionierende Praxisorganisation sorgt für Effizienz im Zusammenspiel von Zeit, Arbeitskraft und Mitteln. Die Teilnehmer werden in die Lage versetzt, sich konstruktiv kritisch mit ihrer eigenen Praxissituation auseinander zu setzen, gegebenenfalls Veränderungsbedarf zu erkennen und Lösungen zu finden.

**Termin:** in Vorbereitung

**Zeit:** 15 bis 18:30 Uhr

**Dozent:** Werner M. Lamers, Praxisberater

**Kosten:** 130 Euro (inkl. USt.)

### Niederlassung/Praxisabgabe: Telefon-Beratung

Die KVWL Consult GmbH bietet Ihnen an jedem ersten Mittwoch im Monat von 15 bis 17.30 Uhr eine telefonische Beratung rund um das Thema Niederlassung und Praxisabgabe an. Durch die enge Zusammenarbeit mit der KVWL und anderen Kooperationspartnern erhalten Sie hier auf Ihre Fragen eine kompetente Antwort.

**Ihr Kontakt:**

KVWL Consult GmbH

Tel.: 0231 / 94 32 39 55

[www.kvbörse.de](http://www.kvbörse.de)

[www.kvwl-consult.de](http://www.kvwl-consult.de)

## Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen



**Online-Fortbildungskatalog:** Umfassende Informationen über das gesamte Fort- und Weiterbildungsangebot der Akademie für ärztliche Fortbildung der ÄKWL und der KVWL finden Sie im Online-Fortbildungskatalog: [www.aekwl.de/katalog](http://www.aekwl.de/katalog) oder unter [www.kvwl.de](http://www.kvwl.de) unter den Rubriken Mitglieder und Termine.

**Nutzen Sie den Online-Fortbildungskatalog, um sich zu Veranstaltungen anzumelden bzw. die kostenlose Fortbildungs-App: [www.aekwl.de/app](http://www.aekwl.de/app)**

Vorsitzender: Prof. Dr. med. Falk Oppel, Bielefeld  
 Ressortleitung: Elisabeth Borg  
 Geschäftsstelle: Gartenstraße 210–214, 48147 Münster  
 Postfach 40 67, 48022 Münster • Fax: 0251 / 9 29 22 49  
 E-Mail: [akademie@aekwl.de](mailto:akademie@aekwl.de) • Internet: [www.aekwl.de](http://www.aekwl.de)  
**Akademie-Service-Hotline: 0251 / 9 29 22 04**  
 Allgem. Anfragen u. Informationen, Informationsmaterial,  
 Programmanforderung, Fragen zur Akademiemitgliedschaft

### Allgemeine Fortbildungsveranstaltungen

**Die Patientenverfügung im Spannungsfeld von Selbstbestimmung und ärztlicher Verantwortung**

Ärztetag im Erzbistum Paderborn

Termin: Samstag, 9. November 2013

Uhrzeit: 9.30 bis 12.45 Uhr

Ort: Heinz Nixdorf MuseumsForum,  
Fürstenallee 7, Paderborn

Moderation: Dr. med. U. Polenz, Paderborn

Teilnehmergebühr: 30 Euro

Zertifiziert: 4 Punkte

Auskunft: Tel.: 0251 / 9 29 22 08/22 24

### Refresherkurse

**Sonographie - Abdomen, Retroperitoneum, Nieren, Harnblase und Schilddrüse**

Termin: Freitag, 18. Oktober 2013

Ort: Bochum

Leitung: PD Dr. med. Chr. Jakobeit, Bochum  
oder

Termin: Freitag, 14. Februar 2014

Ort: Münster

Leitung: PD Dr. med. W. Clasen, Münster

Teilnehmergebühr: 265 bis 305 Euro

Zertifiziert: 10 Punkte

Auskunft: Tel.: 0251 / 9 29 22 14

**Sonographie der Säuglingshüfte nach Graf**

Grundlagen und Update 2013 gem. § 11 Abs. 3 Anlage V der Ultraschall-Vereinbarung

Termin: Samstag, 16. November 2013

Ort: Herne

Leitung: Univ. Prof. Prim. Dr. med. R. Graf,  
Stolzalpe/Österreich

Teilnehmergebühr: 230 bis 275 Euro

Zertifiziert: 10 Punkte

Auskunft: Tel.: 0251 / 9 29 22 14

### Mammasonographie

Termin: Samstag, 22. März 2014

Ort: Münster

Leitung: Dr. med. R. Schmitz, Münster

Teilnehmergebühr: 230 bis 275 Euro

Zertifiziert: 10 Punkte

Auskunft: Tel.: 0251 / 9 29 22 14

### Psychosomatische Grundversorgung

Termin: Freitag/Samstag, 28. Februar/1. März 2014

Ort: Münster

Leitung: Dr. med. I. Veit, Herne, Prof. Dr. med. G. Heuft, Münster

Teilnehmergebühr: 295 bis 345 Euro

Zertifiziert: 20 Punkte

Auskunft: Tel.: 0251 / 9 29 22 02

### Strukturierte Curriculäre Fortbildungen

gemäß Curricula der Bundesärztekammer

#### Ernährungsmedizin

**Blended-Learning-Kurs (80 U.-Std. Präsenz/20 U.-Std. Telelernen)**

Leitung: Prof. Dr. med. U. Rabast, Hattingen

Auskunft: Tel.: 0251 / 9 29 22 09

#### Geriatrische Grundversorgung (60 U.-Std.)

Leitung: Dr. med. Th. Günnewig, Recklinghausen, B. Zimmer, Wuppertal

Auskunft: Tel.: 0251 / 9 29 22 20

#### Gesundheitsförderung und Prävention (24 U.-Std.)

Leitung: H. Frei, Dortmund, Dr. med. M. Junker, Olpe

Auskunft: Tel.: 0251 / 9 29 22 01

#### Reisemedizinische Gesundheitsberatung (32 U.-Std.)

Leitung: Dr. med. N. Krappitz, Köln

Auskunft: Tel.: 0251 / 9 29 22 10

### Curriculäre Fortbildungen

**Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren (24 U.-Std.)**

Leitung: Dr. med. M. Reker, Bielefeld

Auskunft: Tel.: 0251 / 9 29 22 09

#### Grundlagen der Medizinischen

**Begutachtung (40 U.-Std.)**

Leitung: Dr. med. S. Reck, Münster

Auskunft: Tel.: 0251 / 9 29 22 01

#### Hautkrebs-Screening (8 U.-Std.)

Leitung: A. Leibing, Selm, U. Petersen,  
Dortmund

Auskunft: Tel.: 0251 / 9 29 22 01

**Impfseminare zur Erlangung der Abrechnungsgenehmigung von Impfleistungen Basisqualifikation/Erweiterte Fortbildung (16 U.-Std.)**

Leitung: Dr. med. S. Ley-Köllstadt, Marburg,  
Dr. med. R. Gross, Osnabrück

Auskunft: Tel.: 0251 / 9 29 22 10

**Verordnung von Leistungen zur Medizinischen Rehabilitation (16 Std.)**

Leitung: Dr. med. D. Olbrich, Bad Salzfluren

Auskunft: Tel.: 0251 / 9 29 22 01

**Psychosomatische Grundversorgung (50 U.-Std.)**

Leitung: Prof. Dr. med. G. Heuft, Münster, Dr. med. I. Veit, Herne

Auskunft: Tel.: 0251 / 9 29 22 02

#### Stressmedizin (32 U.-Std.)

Leitung: Dr. med. Chr. Haurand, Dr. med. M. Weniger, Gelsenkirchen, Dr. med. H. Ullrich, Siegen

Auskunft: Tel.: 0251 / 9 29 22 35



## 20 SEMINARE UND FORTBILDUNGEN

### Qualifikation Tabakentwöhnung

Blended-Learning-Kurs (12 U.-Std. Präsenz/8 U.-Std. Telelernen)

Leitung: Dr. med. D. Geyer, Schmallenberg-Bad Fredeburg

Auskunft: Tel.: 0251 / 9 29 22 17

### Qualifikation Verkehrsmedizinische Begutachtung (16 U.-Std.)

Leitung: Dr. med. U. Dockweiler, Bad Salzuflen

Auskunft: Tel.: 0251 / 9 29 22 07

### Ärztliche Wundtherapie

Blended-Learning-Kurs (28 U.-Std. Präsenz/26 U.-Std. Telelernen)

Leitung: Prof. Dr. med. H. Fansa, MBA, Bielefeld, Prof. Dr. med. M. Stücker, Bochum

Auskunft: Tel.: 0251 / 9 29 22 21

### DMP-Fortbildungsveranstaltungen

Train-the-trainer Seminar zur Schulung von Patienten mit Asthma bronchiale und chronisch obstruktiver Bronchitis (COPD)

Auskunft: Tel.: 0251 / 9 29 22 10

### DMP-Diabetes

Auskunft: Tel.: 0251 / 9 29 22 07/22 25

### Kurse/Seminare/Workshops

#### eKursbuch

#### „PRAKTISCHER ULTRASCHALL“

Sonographie Abdomen, Retroperitoneum einschli. Nieren, Harnblase, Thorax, Schilddrüse

Grundkurs (mind. 18 Module)

Aufbaukurs (mind. 16 Module)

Refresherkurs (mind. 16 Module)

Strukt. interaktive Fortbildung Kategorie D

Teilnehmergebühr: 79 Euro (je Kursbuch)

Zertifiziert: 1-2 Punkte (je Modul)

Auskunft: [www.aekwl.de/elearning](http://www.aekwl.de/elearning) / Demo-Version: [www.aekwl.de/ilias](http://www.aekwl.de/ilias) oder Tel.: 0251 / 9 29 22 21/22 14

#### KPQM Schulung

#### KV Praxis Qualitätsmanagement

Termine: jeweils Samstag, 28. Juni oder 6. September 2014

Ort: Münster

Leitung: Dr. med. H.-P. Peters, Bochum, Dr. med. V. Schrage, Legden und Prof. Dr. med. Dipl.-Ing. (FH) B. Schubert, MBA, Gelsenkirchen

Teilnehmergebühr: 335 bis 385 Euro

Zertifiziert: 10 Punkte

Auskunft: Tel.: 0251 / 9 29 22 09

### Qualifikation zum Moderator von Qualitätszirkeln nach SGB V

Termin: Samstag, 14. Dezember 2013

Ort: Münster

Leitung: Dr. med. M. Bolay, Münster

Teilnehmergebühr: 339 bis 389 Euro

Zertifiziert: 10 Punkte

Auskunft: Tel.: 0251 / 9 29 22 09

### Motivations- und Informationsschulung Alternative bedarfsorientierte betriebsärztliche und sicherheitstechnische Betreuung

Termin: Mittwoch, 6. November 2013

Ort: Münster

Leitung: Dr. med. P. Czeschinski, Münster

Teilnehmergebühr: 450 Euro

Zertifiziert: 6 Punkte

Auskunft: Tel.: 0251 / 9 29 22 02

### Pharmakotherapie bei Multimorbidität – Weniger ist mehr – Weglassen gegen Leitlinien?

Vorträge/Fallseminar/Gruppenarbeit

Termin: Mittwoch, 20. November 2013

Ort: Dortmund

Leitung: Dr. med. Th. Günnewig, Recklinghausen, B. Zimmer, Wuppertal

Teilnehmergebühr: 189 bis 225 Euro

Zertifiziert: 7 Punkte

Auskunft: Tel.: 0251 / 9 29 22 02

### Teamorientiertes Stressmanagement – Stressmanagement als Teamaufgabe

Termin: Mittwoch, 27. November 2013

Ort: Münster

Leitung: Prof. Dr. med. Dipl.-Ing. (FH) B. Schubert, MBA, Gelsenkirchen

Teilnehmergebühr: 199 bis 239 Euro

Zertifiziert: 8 Punkte

Auskunft: Tel.: 0251 / 9 29 22 35

### Forum Arzt und Gesundheit

Stressbewältigung durch Achtsamkeit – Eine Einführung in die Mindfulness-Based-Stress-Reduction (MBSR)

Termin: Samstag, 23. November 2013

Ort: Gevelsberg

Leitung: Dr. med. M. Weniger, Gelsenkirchen

Teilnehmergebühr: 259 bis 299 Euro

Zertifiziert: 10 Punkte

Auskunft: Tel.: 0251 / 9 29 22 35

### Notfallmedizin

Notfälle in der Praxis –

Cardiopulmonale Reanimation →EVA

an den Standorten: Bielefeld, Bochum,

Herne, Münster, Olpe, Rheine

Auskunft: Tel.: 0251 / 9 29 22 06

### Spezialisierungsqualifikationen für Medizinische Fachangestellte und Angehörige anderer Medizinischer Fachberufe

Kommunikation und Gesprächsführung

→EVA →EVA-NP

Wahrnehmung und Motivation →EVA

→EVA-NP

Moderation →EVA-NP

EVA-NP: Fachspezifische Basismodule und Module Spezifische Krankheitslehre (123 U.-Std.) →EVA-NP

Ambulante Versorgung älterer Menschen (60 U.-Std.) →Modul →EVA

Ambulantes Operieren (60 U.-Std.) →Modul

Augenheilkundlich-technische Assistenz (120 U.-Std.) →Modul

Ambulantes Operieren in der Augenheilkunde (120 U.-Std.) →Modul

Elektronische Praxiskommunikation und Telematik (80 U.-Std.) →Modul →EVA

Ernährungsmedizin (120 U.-Std.) →Modul →EVA

Onkologie (120 U.-Std.) →Modul →EVA

Patientenbegleitung und Koordination (Casemanagement) (40 U.-Std.) →Modul →EVA →EVA-NP

Prävention im Kindes- und Jugendalter (84 U.-Std.) →Modul

Auskunft: Tel.: 0251 / 9 29 22 07

Datenschutz/Datensicherheit in der ambulanten Praxis für MFA →Modul

Blended-Learning-Kurs (12 U.-Std. Präsenz/8 U.-Std. Telelernen)

Leitung: Prof. Dr. med. Dipl.-Ing. (FH) B. Schubert, MBA, Gelsenkirchen

Auskunft: Tel.: 0251 / 9 29 22 17