

**Honorarverteilungsmaßstab
der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen
vom 18. April 2012**

- gültig ab 1. Juli 2012 -

Inhaltsverzeichnis

Teil A	3
1. Allgemeines	3
2. Quartalsbezug	3
3. Tätigkeitsumfang des Arztes	3
4. Kriterien zur Ausnahme von der Abstaffelung	3
5. Regelleistungsvolumen bei Neuzulassungen und Umwandlung der Kooperationsformen	4
6. Regelleistungsvolumen für Ärzte, die ihre Tätigkeit unter mehreren Gebiets- oder Schwerpunktbezeichnungen ausüben	5
8. Praxisbesonderheiten	5
9. Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten	6
9.1 Begriffsbestimmungen	6
9.2 Anspruchsberechtigung	6
9.3 Anspruchsvoraussetzungen	6
9.4 Ausgleichszahlung	7
9.5 Verfahren	7
9.6 Mitwirkungspflichten	7
9.7 Ausschlussstatbestände	7
9.8 Geltungsdauer	8
10. Für Regelleistungsvolumen relevante Arztgruppen	8
11. Stützung des RLV-Fallwertes	9
12. Berechnung der Qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV) je Leistungsfall	9
13. Zusammenfassung von QZV, auch mit dem RLV sowie QZV für weitere Arztgruppen und Leistungen	10
15. Qualifikationsgebundene Zusatzvolumen für Neupraxen	18
16. Weitere Leistungen, die dem Regelleistungsvolumen bzw. dem qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen nicht unterliegen	18
17. Verfahren bei Über-/Unterschreitung der Vergütungsvolumen nach Nrn. 2.4 und 2.5.1 bis 2.5.4 des Beschlussteils F	18
18. Verfahren der Vorwegabzüge	18
18.1 zu erwartende Zahlungen für ermächtigte Krankenhausärzte etc.	18
18.2 zu erwartende Zahlungen für nicht in Nr. 10 genannte Arztgruppen	19
18.3 Zu erwartende Zahlungen für den Aufschlag bei arztgruppen- und schwerpunktgleichen Berufsausübungsgemeinschaften und Arztpraxen mit angestellten Ärzten derselben Arztgruppe/desselben Schwerpunktes (Teil F Anlage 2)	19
19. Feststellung der Rückstellungen	19
20. Berechnung des arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumens gemäß Teil F Anlage 5	19
21. Fallzahlzuwachsbegrenzung	20
Teil B	21
§ 1 Teilnahme an der Honorarverteilung	21
§ 2 Grundlage der Verteilung der Gesamtvergütung (Honorarverteilung)	22
§ 3 Belegärztliche Leistungen	23
§ 4 Berücksichtigung besonderer Kosten	23
§ 5 Prüfung der vertragsärztlichen Leistungen	23
§ 6 Verteilung der Gesamtvergütung	23
§ 7 Leistungsbeschränkung	24
§ 8 Beschränkung des Leistungsspektrums	25
§ 9 Leistungsbegrenzung bei hälftigem Versorgungsauftrag	25
§ 10 Verfahrensregeln	26
Teil C Übergangsregelungen	27
Teil D Inkrafttreten	28
Anlage 1 zum HVM: Beschluss des Bewertungsausschusses	29
Anlage 2 zum HVM: Belegärztliche Leistungen	30
Anhang zu Anlage 2 zum HVM: Vergütungsumfang gemäß § 2 der Anlage 2	33

Teil A

1. Allgemeines

Grundlage der Honorarverteilung und Bestandteil dieses HVM ist der Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 218. Sitzung am 26. März 2010 Teil F Beschluss gemäß § 87 Abs. 4 Satz 1 SGB V zur Berechnung und zur Anpassung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen nach § 87b Abs. 2 und 3 SGB V in der am 31.12.2011 geltenden Fassung (Anlage1), soweit nachstehend keine Modifizierungen vorgenommen sind. Ebenfalls verbindlich und Bestandteil dieses HVM sind die Beschlüsse der KBV gem. § 87 b Abs. 4 SGB V in der jeweils geltenden Fassung.

Spätere Änderungen oder Ergänzungen dieser Beschlüsse werden Inhalt dieses HVM, sofern es sich um verpflichtende Regelungen handelt. Soweit nicht die individuellen Rechte eines Arztes betroffen sind, kann dieses auch für ein laufendes Quartal erfolgen.

2. Quartalsbezug

Die Regelleistungsvolumen (RLV) und die Qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV) werden auf Quartalsebene für das jeweilige Abrechnungsquartal ermittelt.

3. Tätigkeitsumfang des Arztes

Der Tätigkeitsumfang des Arztes gemäß Nr. 1.2.3 des Beschlussteils F im Abrechnungsquartal wird bei der Ermittlung des Regelleistungsvolumens sowohl bei der Errechnung der durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe als auch bei der Definition der Grenzwerte gemäß Nr. 3.2.1 des Beschlussteils F berücksichtigt. Bei der Berechnung des Regelleistungsvolumens ist zudem die RLV-Fallzahl des Arztes an den Tätigkeitsumfang im Abrechnungsquartal anzupassen. Gleiches gilt bei der Ermittlung der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina.

4. Kriterien zur Ausnahme von der Abstaffelung

In Ausgestaltung der Nr. 3.5 des Beschlussteils F werden folgende Fallkonstellationen als Ausnahmetatbestände von der Abstaffelung bei einer außergewöhnlich starken Erhöhung der Zahl der behandelten Versicherten anerkannt:

- Urlaubs- und/oder krankheitsbedingte Vertretung (mehr als 4 Wochen, ggf. auch quartalsübergreifend) eines Arztes der eigenen Berufsausübungsgemeinschaft,
- Aufgabe einer Zulassung oder genehmigten Tätigkeit eines Arztes der eigenen Berufsausübungsgemeinschaft (ohne Nachfolge),
- Reduzierung einer Ermächtigung mit der Folge, dass vermehrt Fälle für die bislang durch die Ermächtigung abgedeckten Leistungen bei zugelassenen Vertragsärzten anfallen,
- Längerfristige(r) (mehr als 4 Wochen, ggf. auch quartalsübergreifend) Erkrankung und/oder Urlaub des Nachbarkollegen (gleiche Fachrichtung) im gleichen Einzugsbereich,
- Rückgabe der Zulassung oder Aufgabe der genehmigten Tätigkeit durch einen Kollegen in der Nachbarschaft (gleiche Fachrichtung) mit der Folge einer Fallzahlsteigerung im gleichen Einzugsbereich,

- Einrichtung einer Zweigpraxis mit Erweiterung des Einzugsbereiches und durch die Einrichtung der Zweigpraxis bedingte Erhöhung der Fallzahl,
- außergewöhnliche Umstände im Aufsatzquartal (z. B. Praxisumbau, längerfristige Krankheit des Arztes – mehr als 4 Wochen, ggf. auch quartalsübergreifend), die zu falschen (= zu niedrigen) Ausgangswerten geführt haben oder
- Sicherstellungsgründe, wenn z. B. die bestehende Praxis einziger Leistungserbringer im Einzugsbereich ist (beschränkt auf die Fälle, die aus Sicherstellungsgründen abgerechnet werden).

Als Einzugsbereich im vorgenannten Sinne gilt der Bereich, in dem 75 % der Patienten der Praxis wohnen.

Die Anerkennung von Ausnahmen von der Abstufung erfolgt seitens der KVN auf Antrag des Arztes frühestens mit Wirkung des Quartals der Antragstellung.

Der Vorstand erlässt Durchführungsbestimmungen zur Umsetzung vorgenannter Kriterien und entscheidet bei besonderer Härte im Einzelfall.

5. Regelleistungsvolumen bei Neuzulassungen und Umwandlung der Kooperationsformen

In Ausfüllung der Nr. 3.6 des Beschlussteils F wird Ärzten, die im Aufsatzzeitraum noch nicht 16 Quartale niedergelassen waren (neue Praxen) maximal das arztgruppendurchschnittliche Regelleistungsvolumen für das jeweilige Quartal zugebilligt, es sei denn, die tatsächlichen Fallzahlen im Vorjahresquartal sind höher als die des Arztgruppendurchschnitts. Für den Fall der Wiederbesetzung der Praxis (Niederlassung oder Anstellung) kann auf Antrag des Arztes ggf. auch die Vorjahresfallzahl der bisherigen Praxis gewährt werden. Für die darauf folgenden Quartale werden die tatsächlichen Fallzahlen gemäß Nr. 2.6 des Beschlussteils F des jeweiligen Vorjahresquartals zugrunde gelegt. Sätze 1 und 2 gelten auch für den Fall, dass ein Arzt neu in eine bestehende Praxis hinzutritt; dies gilt nicht für den Fall, dass sich aus der bisherigen Arztfallzahl des hinzutretenden Arztes ein höheres Regelleistungsvolumen ergäbe.

6. Regelleistungsvolumen für Ärzte, die ihre Tätigkeit unter mehreren Gebiets- oder Schwerpunktbezeichnungen ausüben

Bei versorgungsbereichsübergreifender Tätigkeit wird das Regelleistungsvolumen je Versorgungsbereich ermittelt. Ansonsten ermittelt sich das Regelleistungsvolumen nach der Gebiets- oder Schwerpunktbezeichnung, die für die Tätigkeit des Arztes den Schwerpunkt bildet.

7. Regelleistungsvolumen für fachübergreifende Berufsausübungsgemeinschaften

Abweichend von Nr. 1.3.1 c) des Beschlussteils F werden folgende Anpassungsfaktoren festgelegt:

Tabelle: Anpassungsfaktoren in Prozent

Kooperationsgrad (KG) in Prozent	Anpassungsfaktor in Prozent
0 bis unter 10	0
10 bis unter 20	12,5
20 bis unter 30	15
30 bis unter 40	17,5
40 und größer	20

Fach- und schwerpunktübergreifende Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinische Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten gemäß I. Nr. 1.3.1 c) des Beschlussteils F mit weit überwiegend fach- bzw. schwerpunktgleicher ärztlicher Besetzung ($\geq 75\%$ v.H. gemessen am Tätigkeitsumfang) erhalten einen Anpassungsfaktor in Höhe von 10 Prozent für deren fach- bzw. schwerpunktgleiche Tätigkeit, wenn der Kooperationsgrad den Wert von 10 Prozent unterschreitet.

8. Praxisbesonderheiten

Praxisbesonderheiten gemäß Nr. 3.7 des Beschlussteils F werden von der KVN auf Antrag gewährt. Sie ergeben sich aus einem besonderen Versorgungsauftrag oder einer besonderen, für die Versorgung bedeutsamen fachlichen Spezialisierung. Hierunter fallen insbesondere Sonderbedarfszulassungen, die Teilnahme an Sondervereinbarungen, die Teilnahme an Qualitätssicherungsvereinbarungen, wenn hieraus ein zusätzlicher Behandlungsbedarf bezüglich RLV-Leistungen resultiert. Unter Satz 2 fällt auch die Deckung eines besonderen Sicherstellungsbedarfs. Voraussetzung für letztere ist, dass der Antragsteller einen wesentlichen Beitrag zur Sicherstellung der der Antragstellung unterliegenden (RLV)-Leistungen geleistet hat und weiterhin leistet und dass dem Versicherten nicht zugemutet werden kann, den ansonsten nächst erreichbaren Arzt für besagte Leistungen in Anspruch zu nehmen (Fahrzeit einfache Fahrt >30 Minuten).

Voraussetzung für die Anerkennung von Praxisbesonderheiten ist des Weiteren eine aus den Praxisbesonderheiten resultierende Überschreitung von mindestens 20 % der durchschnittlichen RLV-/QZV-Zuweisung für die gekennzeichneten Fälle. Bei der Bemessung der Höhe der individuellen Praxisbesonderheit ist die durchschnittliche RLV-/QZV-Überschreitungsquote der jeweiligen Arztgruppe zu berücksichtigen.

Eine Zubilligung von Praxisbesonderheiten ist frühestens für das Quartal der Antragstellung möglich und regelhaft auf 2 Jahre begrenzt. Es besteht die arztseitige Verpflichtung der Mitteilung, sofern die Voraussetzungen des Absatzes 1 nicht mehr erfüllt sind. Der aus den Praxisbesonderheiten zu ermittelnde Leistungsbedarf wird als Zuschlag zum RLV-Fallwert festgelegt.

Vorgenannte Regelungen umfassen auch die QZV.

Der Vorstand erlässt Durchführungsbestimmungen zur Umsetzung vorgenannter Kriterien und entscheidet bei besonderer Härte im Einzelfall.

9. Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten

Überproportionale Honorarverluste gemäß Nr. 3.8 des Beschlussteils F werden gegenüber dem Basisquartal (das entsprechende Quartal des Jahres 2008) wie folgt ermittelt und ausgeglichen.

9.1 Begriffsbestimmungen

- (1) Gesamthonorar im Sinne von Nr. 3.8 des Beschlussteils F ist das GKV-Gesamthonorar ohne Jahresausgleich gemäß §§ 10 und 11 HVV in der bis 4/2008 geltenden Fassung und ohne Berichtigungen Vorquartale sowie vor Abzug von Verwaltungskosten, Notdienstumlage, Abzug aus Honorarvergleichen, Patientenzuzahlungen zu physikalisch-medizinischen Leistungen, einbehaltener Praxisgebühr oder Verordnungsregressen/sonstiger Schaden laut KV-Honorarbescheid in EUR.
- (2) Zur Ermittlung des Fallwertes wird das Gesamthonorar im Sinne von Absatz 1 durch die Gesamtfallzahl der GKV-Behandlungsfälle lt. KV-Honorarbescheid dividiert.

9.2 Anspruchsberechtigung

- (1) Eine Anspruchsberechtigung besteht unbeschadet der weiteren Voraussetzungen ausschließlich für in Niedersachsen zugelassene Vertragsarztpraxen / Vertragspsychotherapeutenpraxen / Medizinische Versorgungszentren (im Weiteren: Praxen).
- (2) Die Regelungen finden unverändert Anwendung auf Praxen, die sowohl im Abrechnungsquartal als auch im entsprechenden Basisquartal in identischer Konstellation vertragsärztlich tätig waren.
- (3) Für Praxen, die nicht unter Absatz 2 fallen, sind Einzelfallentscheidungen zu treffen unter Berücksichtigung der Umstände des Einzelfalles und - soweit möglich und angemessen - unter sinngemäßer Heranziehung der für Praxen nach Absatz 2 geltenden Regelungen. Dabei soll von der Arztgruppe und der Praxisform im Abrechnungsquartal ausgegangen werden.
- (4) Vertragsärzte / Vertragspsychotherapeuten, deren Zulassung im jeweils maßgeblichen Abrechnungsquartal endet, haben keinen Anspruch auf den Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten bzw. bleiben bei der Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen der zugehörigen Gemeinschaftspraxis / dem Medizinischen Versorgungszentrum unberücksichtigt.

9.3 Anspruchsvoraussetzungen

Eine Ausgleichszahlung ist unbeschadet der weiteren Voraussetzungen Praxen zu gewähren, wenn gleichzeitig folgende Bedingungen erfüllt sind:

1. das Gesamthonorar im Abrechnungsquartal liegt um mehr als 15 % unter dem Gesamthonorar des entsprechenden Basisquartals.
2. der Fallwert im Abrechnungsquartal liegt um mehr als 15 % unter dem Fallwert des entsprechenden Basisquartals.

9.4 Ausgleichszahlung

- (1) Sofern die Anspruchsvoraussetzungen nach Nr. 9.3 erfüllt sind, erhält die Praxis für das Abrechnungsquartal eine Ausgleichszahlung je GKV-Behandlungsfall im Abrechnungsquartal in Höhe von 50 % der Differenz des Fallwertes im Abrechnungsquartal zu 85 % des Fallwertes des entsprechenden Basisquartals. Die Ausgleichszahlung wird zusätzlich auf höchstens 85 % des Gesamthonorars des entsprechenden Basisquartals begrenzt.
- (2) Beträge unter 300 Euro werden nicht zur Auszahlung gebracht.

9.5 Verfahren

- (1) Die KVN prüft die Anspruchsberechtigung von Amts wegen. Ein Antrag ist nicht erforderlich.
- (2) Sofern eine Anspruchsberechtigung nach dieser Regelung besteht, informiert die KVN die betroffene Praxis und zahlt die Ausgleichszahlung aus. Die KVN ist berechtigt, die Ausgleichszahlung mit zum Zeitpunkt der Auszahlung bestehenden Überzahlungen zu verrechnen.

9.6 Mitwirkungspflichten

Anspruchsberechtigte Praxen sind verpflichtet, der KVN alle zweckdienlichen verfügbaren Unterlagen auf Anforderung einzureichen.

9.7 Ausschlusstatbestände

- (1) Honorar- und Fallwertverluste, die nicht durch die Umstellung der Mengensteuerung auf die neue Systematik bedingt sind oder nicht dadurch begründet sind, dass die Partner der Gesamtverträge bisherige Regelungen zu den so genannten extrabudgetären Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen nicht fortgeführt haben, führen nicht zu einer Anspruchsberechtigung nach dieser Regelung.
- (2) Die Ausgleichszahlung erfolgt unter dem Vorbehalt, dass die Anspruchsberechtigung erneut überprüft und ggf. rechnerisch angepasst wird, sofern sich zu einem späteren Zeitpunkt in Folge der Wirtschaftlichkeitsprüfung der Behandlungsweise nach § 106 SGB V und/oder der Abrechnungsprüfung nach § 106a SGB V Gutschriften für das Abrechnungsquartal ergeben und/oder das Gesamthonorar im entsprechenden Basisquartal vermindert wird.
- (3) Die erneute Überprüfung und ggf. rechnerische Anpassung der Anspruchsberechtigung nach Abs. 2 ist nur in den Fällen durchzuführen, in denen die Gutschrift bzw. Verminderung des Gesamthonorars 50 EUR überschreitet.

9.8 Geltungsdauer

Ein Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten erfolgt ausschließlich für vertragsärztliche Abrechnungen der Quartale 3/2012 und 4/2012.

10. Für Regelleistungsvolumen relevante Arztgruppen

Von der Option in Nr. 2 der Anlage 2 zu Beschlussteil F der Modifikation von relevanten Arztgruppen wird wie folgt Gebrauch gemacht:

- Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören
- Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören
- Fachärzte für Anästhesiologie
- Fachärzte für Augenheilkunde
- Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie, für Herzchirurgie
- Fachärzte für Neurochirurgie
- Fachärzte für Frauenheilkunde*) Fachärzte für Frauenheilkunde mit fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin und den abgerechneten GONRn 08541 - 08561 *)
- Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde¹, Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie¹
- Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten
- Fachärzte für Innere Medizin ohne nachstehende Schwerpunkte, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie
- 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 Kardiologie und invasiver Tätigkeit und abgerechneter GONR 34291*)
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Nephrologie
- Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie
- Fachärzte für Mund-Kiefer-Gesichts-Chirurgie

¹ Für die RLV-Zuschlagsregelung gemäß Nr. 1.3.1 Beschlussteil F werden diese Arztgruppen getrennt betrachtet.

- Fachärzte für Nervenheilkunde¹, Fachärzte für Neurologie¹
- Fachärzte für Nuklearmedizin
- Fachärzte für Orthopädie
- Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie mit einem Anteil an Leistungen der Richtlinien-Psychotherapie nach Kapitel 35.2 des EBM von höchstens 30 %
- Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie mit einem Anteil an Leistungen der Richtlinien-Psychotherapie nach Kapitel 35.2 des EBM von mehr als 30 %
- Fachärzte für Diagnostische Radiologie
- Fachärzte für Urologie
- Fachärzte für Physikalisch-Rehabilitative Medizin

*) Für die Vertragsärzte für Frauenheilkunde gilt bezüglich der RLV-Ermittlung für die differenzierte RLV-Fallwertermittlung in Ausfüllung des Beschlusses des (Erweiterten) Bewertungsausschusses für das erste und zweite Quartal eines Jahres Folgendes:

Zunächst wird für alle Gynäkologen ein gemeinsamer Anteil des RLV-Vergütungsvolumens des Versorgungsbereichs ermittelt.

Der RLV-Fallwert der jeweiligen Gynäkologen-Arztgruppe ergibt sich aus diesem RLV-Vergütungsvolumen multipliziert mit dem Anteil deren Leistungsanforderung aus dem Vorjahresquartal an der Leistungsanforderung aller Gynäkologen und anschließend geteilt durch die Fallzahl der jeweiligen Gynäkologen-Arztgruppe.

Vorgenannte Ausführungen gelten entsprechend für die Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt Kardiologie.

Die vom Bewertungsausschuss mit Wirkung ab 01.07.2009 eingeführte Arztgruppe „Ausschließlich bzw. weit überwiegend schmerztherapeutisch tätige Vertragsärzte gemäß Präambel 30.7 Nr. 6 EBM“ wird in Niedersachsen nicht genutzt.

11. Stützung des RLV-Fallwertes

Liegt der RLV-Fallwert der Arztgruppe unterhalb der nach Altersgruppen und Abrechnungsfrequenzen gewichteten arztgruppenspezifischen Versicherten- bzw. Grundpauschalen, so erfolgt innerhalb der arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen eine Stützung des RLV-Fallwertes auf max. die vorgenannte Versicherten- bzw. Grundpauschale. Hierfür werden bis zu 50 % der ursprünglichen für die QZV der Arztgruppe zugrunde gelegten Vergütungsvolumen bereitgestellt.

Aus den demgemäß reduzierten Vergütungsvolumen für QZV der Arztgruppen ergeben sich die jeweiligen QZV-Fallwerte der Arztgruppe.

12. Berechnung der Qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV) je Leistungsfall

Die QZV werden gemäß 2.2 der Anlage 8 zum Beschlussteil F je Leistungsfall berechnet und zugewiesen.

13. Zusammenfassung von QZV, auch mit dem RLV sowie QZV für weitere Arztgruppen und Leistungen

Von der Option in Nr. 2 der Anlage 3 zu Beschlusstil F wird wie folgt Gebrauch gemacht:

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM	Änderung	Gültig ab
Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	Sonographie der Säuglingshöften	33051	neues QZV	4. Quartal 2010
	Akupunktur		QZV aufgelöst ins RLV	2. Quartal 2011
	Gastroenterologie I		QZV aufgelöst ins RLV	2. Quartal 2011
	Nephrologische Leistungen		QZV aufgelöst ins RLV	2. Quartal 2011
	Sonographie III		QZV aufgelöst ins RLV	2. Quartal 2011
Fachärzte für Anästhesiologie	Narkosen bei zahnärztlicher Behandlung		QZV aufgelöst ins RLV	4. Quartal 2010
	Narkosen bei Geburtshilfe		QZV aufgelöst ins RLV	2. Quartal 2011
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung		QZV aufgelöst ins RLV	2. Quartal 2011
	Richtlinienpsychotherapie I		QZV aufgelöst ins RLV	2. Quartal 2011
	Richtlinienpsychotherapie II		QZV aufgelöst ins RLV	2. Quartal 2011
	Schwangerschaftsabbruch		QZV aufgelöst (A. Nr. 16)	1. Quartal 2012
Fachärzte für Augenheilkunde	Strukturpauschale konservativ ²	06225	neues QZV	1. Quartal 2012
Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie und für Plastische Chirurgie	Gastroenterologie II		QZV aufgelöst ins RLV	2. Quartal 2011
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung		QZV aufgelöst ins RLV	2. Quartal 2011

² Der Fallwert dieses QZV errechnet sich aus dem durch die Absenkung der Grundpauschalen freiwerdenden Vergütungsanteil und der im laufenden Quartal erwarteten Leistungsfallzahl. Das QZV des Arztes wird durch Rückgriff auf die Leistungsfallzahl im laufenden Quartal gebildet.

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM	Änderung	Gültig ab
Fachärzte für Frauenheilkunde	Geburtshilfe		QZV aufgelöst ins RLV	2. Quartal 2011
	Physikalische Therapie		QZV aufgelöst ins RLV	2. Quartal 2011
Fachärzte für Frauenheilkunde mit fak. WB Endokrin. und Reproduktionsmed.	Dringende Besuche		QZV aufgelöst ins RLV	2. Quartal 2011
	Geburtshilfe		QZV aufgelöst ins RLV	2. Quartal 2011
	Inkontinenzbehandlung		QZV aufgelöst ins RLV	2. Quartal 2011
	Kurative Mammographie		QZV aufgelöst ins RLV	2. Quartal 2011
	Mamma-Sonographie, Stanzbiopsie		QZV aufgelöst ins RLV	2. Quartal 2011
	Physikalische Therapie		QZV aufgelöst ins RLV	2. Quartal 2011
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung		QZV aufgelöst ins RLV	2. Quartal 2011
	Proktologie		QZV aufgelöst ins RLV	2. Quartal 2011
	Richtlinienpsychotherapie I		QZV aufgelöst ins RLV	2. Quartal 2011
	Richtlinienpsychotherapie II		QZV aufgelöst ins RLV	2. Quartal 2011
Fachärzte für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde u. Fachärzte für Phoniatrie u. Pädaudiologie	Otoakustische Emissionen		QZV aufgelöst ins RLV	4. Quartal 2010
	Phoniatrie, Pädaudiologie	09330, 09391, 09332, 09333, 09335, 09336, 20330, 20331, 20332, 20333, 20335, 20336	ergänzter GO-Nrn-Kreis	4. Quartal 2010
	Polysomnographie		QZV aufgelöst ins RLV	4. Quartal 2010
	Sonographie I		QZV aufgelöst ins RLV	4. Quartal 2010
	Unvorhergesehene Inanspruchnahme		QZV aufgelöst ins RLV	4. Quartal 2010
	Richtlinienpsychotherapie I		QZV aufgelöst ins RLV	2. Quartal 2011

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM	Änderung	Gültig ab
	Richtlinienpsychotherapie II		QZV aufgelöst ins RLV	2. Quartal 2011
Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten	Allergologie		QZV aufgelöst ins RLV	2. Quartal 2011
	Dermatologische Lasertherapie		QZV aufgelöst ins RLV	2. Quartal 2011
Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztl. Versorgungsbereich angehören	Gastroenterologie I	13400, 13401, 13402, 13410, 13411, 13412	neues QZV	4. Quartal 2010
	Physikalische Therapie		QZV aufgelöst ins RLV	2. Quartal 2011
	Richtlinienpsychotherapie I		QZV aufgelöst ins RLV	2. Quartal 2011
	Richtlinienpsychotherapie II		QZV aufgelöst ins RLV	2. Quartal 2011
	Schmerztherapeutische spezielle Versorgung		QZV aufgelöst ins RLV	2. Quartal 2011
Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Angiologie	Sonographie III		QZV aufgelöst ins RLV	2. Quartal 2011
	Akupunktur		QZV aufgelöst ins RLV	2. Quartal 2011
	Invasive Kardiologie		QZV aufgelöst ins RLV	2. Quartal 2011
	Langzeit-EKG		QZV aufgelöst ins RLV	2. Quartal 2011
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren		QZV aufgelöst ins RLV	2. Quartal 2011
	Richtlinienpsychotherapie I		QZV aufgelöst ins RLV	2. Quartal 2011
	Richtlinienpsychotherapie II		QZV aufgelöst ins RLV	2. Quartal 2011
	Schmerztherapeutische spezielle Versorgung		QZV aufgelöst ins RLV	2. Quartal 2011
	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung		QZV aufgelöst ins RLV	2. Quartal 2011
	Teilradiologie		QZV aufgelöst ins RLV	2. Quartal 2011

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM	Änderung	Gültig ab
	Unvorhergesehene Inanspruchnahme		QZV aufgelöst ins RLV	2. Quartal 2011
	Verordnung medizinischer Rehabilitation		QZV aufgelöst ins RLV	2. Quartal 2011
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie	Behandlung von Hämorrhoiden		QZV aufgelöst ins RLV	4. Quartal 2010
	Proktologie		QZV aufgelöst ins RLV	4. Quartal 2010
	Verordnung medizinischer Rehabilitation		QZV aufgelöst ins RLV	2. Quartal 2011
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/Onkologie	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512	neues QZV	4. Quartal 2010
	Transfusionen	02110, 02111	neues QZV	4. Quartal 2010
	Ulcus cruris, CVI		QZV aufgelöst ins RLV	2. Quartal 2011
	Verordnung medizinischer Rehabilitation		QZV aufgelöst ins RLV	2. Quartal 2011
Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie	Verordnung medizinischer Rehabilitation		QZV aufgelöst ins RLV	2. Quartal 2011
	Beobachtung und Betreuung eines Kranken	01520, 01521	neues QZV	2. Quartal 2011
Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie und invasiver Tätigkeit	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren		QZV aufgelöst ins RLV	2. Quartal 2011
	Verordnung medizinischer Rehabilitation		QZV aufgelöst ins RLV	2. Quartal 2011
	Beobachtung und Betreuung eines Kranken	01520, 01521	neues QZV	2. Quartal 2011
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt	Allergologie	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123	neues QZV	4. Quartal 2010

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM	Änderung	Gültig ab
Pneumologie	Hyposensibilisierungsbehandlung	30130	neues QZV	4. Quartal 2010
	Polysomnographie		QZV aufgelöst ins RLV	4. Quartal 2010
	Physikalische Therapie		QZV aufgelöst ins RLV	2. Quartal 2011
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie	Punktionen	02340, 02341	neues QZV	4. Quartal 2010
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512	neues QZV	4. Quartal 2010
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	neues QZV	4. Quartal 2010
	Sonographie III		QZV aufgelöst ins RLV	2. Quartal 2011
	Unvorhergesehene Inanspruchnahme		QZV aufgelöst ins RLV	2. Quartal 2011
	Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	Dringende Besuche		QZV aufgelöst ins RLV
	Physikalische Therapie		QZV aufgelöst ins RLV	2. Quartal 2011
Fachärzte für Nervenheilkunde und Fachärzte für Neurologie	Haus- und Heimbesuche	01410, 01413	neues QZV	4. Quartal 2010
	Lumbalpunktion	02342	neues QZV	4. Quartal 2010
	Verordnung ambulanter psychiatrischer Pflege	01422, 01424	neues QZV	4. Quartal 2010
	Psychiatrische Gruppenbehandlung	21221	neues QZV	4. Quartal 2010

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM	Änderung	Gültig ab
	Physikalische Therapie	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 30431	ergänzter GONrn-Kreis	4. Quartal 2010
	Richtlinienpsychotherapie II (nur Neurologen)	35200, 35201, 35202, 35203, 35210, 35211, 35220, 35221, 35222, 35223, 35224, 35225	Begrenzung auf Fachärzte für Neurologie	4. Quartal 2010
	Chirotherapie		QZV aufgelöst ins RLV	2. Quartal 2011
	Neurophysiologische Übungsbehandlung		QZV aufgelöst ins RLV	2. Quartal 2011
	Schmerztherapeutische spezielle Versorgung		QZV aufgelöst ins RLV	2. Quartal 2011
Fachärzte für Nuklearmedizin	Sonographie II		QZV aufgelöst ins RLV	2. Quartal 2011
	Sonographie III		QZV aufgelöst ins RLV	2. Quartal 2011
Fachärzte für Orthopädie	Sonographie der Säuglingshöften	33051	neues QZV	4. Quartal 2010
	Richtlinienpsychotherapie I		QZV aufgelöst ins RLV	2. Quartal 2011
	Richtlinienpsychotherapie II		QZV aufgelöst ins RLV	2. Quartal 2011
Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie ohne Schwerpunkt Richtlinien-Psychotherapie nach Kapitel 35.2 EBM	Kardiorespiratorische Polygraphie		QZV aufgelöst ins RLV	2. Quartal 2011
	Sonographie III		QZV aufgelöst ins RLV	2. Quartal 2011
	Verordnung ambulanter psychiatrischer Pflege	01422, 01424	neues QZV	2. Quartal 2011
Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie mit	Kardiorespiratorische Polygraphie		QZV aufgelöst ins RLV	2. Quartal 2011

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM	Änderung	Gültig ab
Schwerpunkt Richtlinien-Psychotherapie nach Kapitel 35.2 EBM	Sonographie III		QZV aufgelöst ins RLV	2. Quartal 2011
	Verordnung ambulanter psychiatrischer Pflege	01422, 01424	neues QZV	2. Quartal 2011
Fachärzte für diagnostische Radiologie	Mamma-Sonographie, Stanzbiopsie	08320, 33041	neues QZV	4. Quartal 2010
	Punktionen	02340, 02341	neues QZV	4. Quartal 2010
	Nuklearmedizin	17310, 17311, 17312, 17320, 17321, 17330, 17331, 17332, 17333, 17340, 17341, 17350, 17351, 17360, 17361, 17362, 17363, 17371, 17372, 17373	neues QZV	4. Quartal 2010
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung		QZV aufgelöst ins RLV	2. Quartal 2011
Fachärzte für Urologie	Sonographie I		QZV aufgelöst ins RLV	4. Quartal 2010
	Physikalische Therapie		QZV aufgelöst ins RLV	2. Quartal 2011
	Richtlinienpsychotherapie I		QZV aufgelöst ins RLV	2. Quartal 2011
	Richtlinienpsychotherapie II		QZV aufgelöst ins RLV	2. Quartal 2011
Fachärzte für Physikalisch-Rehabilitative Medizin	Dringende Besuche		QZV aufgelöst ins RLV	2. Quartal 2011
	Richtlinienpsychotherapie I		QZV aufgelöst ins RLV	2. Quartal 2011
	Richtlinienpsychotherapie II		QZV aufgelöst ins RLV	2. Quartal 2011
	Schmerztherapeutische spezielle Versorgung		QZV aufgelöst ins RLV	2. Quartal 2011
Fachärzte für Neurochirurgie	Behandlung des diabetischen Fußes		QZV aufgelöst ins RLV	2. Quartal 2011

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM	Änderung	Gültig ab
	Behandlung von Hämorrhoiden		QZV aufgelöst ins RLV	2. Quartal 2011
	Chirotherapie		QZV aufgelöst ins RLV	2. Quartal 2011
	Dringende Besuche		QZV aufgelöst ins RLV	2. Quartal 2011
	Gastroenterologie I		QZV aufgelöst ins RLV	2. Quartal 2011
	Gastroenterologie II		QZV aufgelöst ins RLV	2. Quartal 2011
	Phlebologie		QZV aufgelöst ins RLV	2. Quartal 2011
	Physikalische Therapie		QZV aufgelöst ins RLV	2. Quartal 2011
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung		QZV aufgelöst ins RLV	2. Quartal 2011
	Proktologie		QZV aufgelöst ins RLV	2. Quartal 2011
	Sonographie I		QZV aufgelöst ins RLV	2. Quartal 2011
	Sonographie III		QZV aufgelöst ins RLV	2. Quartal 2011
	Ulcus cruris, CVI		QZV aufgelöst ins RLV	2. Quartal 2011
	Verordnung medizinischer Rehabilitation		QZV aufgelöst ins RLV	2. Quartal 2011
Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Nephrologie	Verordnung medizinischer Rehabilitation		QZV aufgelöst ins RLV	2. Quartal 2011

14. QZV-Fallwert-Obergrenze

Der sich je QZV errechnende Fallwert wird begrenzt auf den Leistungsfallwert für die entsprechenden QZV-Leistungen, wie er sich aus der Honorarabrechnung des jeweiligen Basiszeitraums 3/2009 bis 2/2010 ergibt.

15. Qualifikationsgebundene Zusatzvolumen für Neupraxen

Neupraxen (hierzu zählen auch etablierte Ärzte mit neuen QZV) erhalten ein QZV auf Basis der Leistungsfälle im Abrechnungsquartal, maximal jedoch auf Basis der durchschnittlichen Leistungsfälle der Arztgruppe im Vorjahresquartal.

16. Weitere Leistungen, die dem Regelleistungsvolumen bzw. dem qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen nicht unterliegen

Gemäß § 87b Satz 2 Satz 7 SGB V wird vereinbart, dass gemäß Nr. 2.3 des Beschlussteils F dem RLV bzw. dem QZV nicht unterliegen

- sonstige Leistungen, die in belegärztlichen Behandlungsfällen zur Abrechnung gelangen und nicht unter Nr. 2.3.2 des Beschlussteils A vom 02.09.2009 in Verbindung mit Nr. 1.2 Nr. 3 des Beschlussteils A vom 27./28.08.2008 aufgeführt sind,
- sonstige Leistungen auf Überweisungsfällen zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen,
- Leistungen der Empfängnisregelung, Sterilisation und im Rahmen von Schwangerschaftsabbrüchen der Abschnitte 1.7.5 und 1.7.7. EBM

17. Verfahren bei Über-/Unterschreitung der Vergütungsvolumen nach Nrn. 2.4 und 2.5.1 bis 2.5.4 des Beschlussteils F

Die im Rahmen einer Schätzung durch die KVN zu ermittelnden voraussichtlichen Über- und Unterschreitungen der Vergütungsvolumen werden durch Vorweg-Abzug aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (Nrn. 2.4, 2.5.1 und 2.5.2) bzw. den versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumen (Nrn. 2.5.3, 2.5.4, 2.5.5) bereit gestellt.

18. Verfahren der Vorwegabzüge

Als Verfahren zur Ermittlung der Vorwegabzüge wird eine Schätzung durch die KVN auf der Basis der vorliegenden Abrechnungsdaten wie folgt vereinbart:

18.1 zu erwartende Zahlungen für ermächtigte Krankenhausärzte etc.

Die zu erwartenden Zahlungen für ermächtigte Krankenhausärzte, ermächtigte Krankenhäuser, Einrichtungen und Institutionen, die kein Regelleistungsvolumen erhalten werden auf der Basis der RLV-relevanten Leistungen dieser Leistungserbringer im Vorjahresquartal, bewertet mit den regionalen Preisen der Euro-Gebührenordnung, geschätzt.

18.2 zu erwartende Zahlungen für nicht in Nr. 10 genannte Arztgruppen

Die zu erwartenden Zahlungen für nicht in Nr. 10 genannter Arztgruppen werden auf der Basis der RLV-relevanten Leistungen dieser Leistungserbringer im Vorjahresquartal, bewertet mit den regionalen Preisen der Euro-Gebührenordnung, geschätzt.

18.3 Zu erwartende Zahlungen für den Aufschlag bei arztgruppen- und schwerpunktgleichen Berufsausübungsgemeinschaften und Arztpraxen mit angestellten Ärzten derselben Arztgruppe/desselben Schwerpunktes (Teil F Anlage 2)

Da ein Anteil von etwa 40 % der niedersächsischen Ärzte in o. g. Gemeinschaftspraxen tätig ist, wird das entsprechende Honorarvolumen für den RLV-Aufschlag dieser Ärzte näherungsweise mit einem Anteil von 4 % des insgesamt zur Bemessung der RLV zur Verfügung stehenden Volumens, getrennt nach Versorgungsbereichen, ermittelt.

19. Feststellung der Rückstellungen

Die Summe der Rückstellungen gemäß Nr. 2 des Beschlussteils G wird – getrennt nach Versorgungsbereichen – festgestellt:

Eine Über- oder Unterdeckung wird durch gleichmäßige Verteilung in Folgequartalen berücksichtigt.

20. Berechnung des arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumens gemäß Teil F Anlage 5

Auf Basis der Beschlüsse des Bewertungsausschusses vom 31.08.2011 ergeben sich bezüglich der unter Nr. 2 der Anlage 5 des Beschlussteils F ab 3/2012 folgende Änderungen:

Sachverhalt	Arztgruppe	Anpassungsfaktor
Einführung neuer Leistungen	Fachärzte für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie	1. Quartal 2. Quartal 3. Quartal 4. Quartal
Änderung der Bewertung der Grundpauschalen (09912, 13392, 13642, 26211, 26212)	Fachärzte für - Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	1,0000
	- Innere Medizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt Gastroenterologie	0,9985
	- Innere Medizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt Pneumologie	1,0000
	- Fachärzte für Urologie	0,9680

21. Fallzahlzuwachsbegrenzung

- (1) Die Fallzahlzuwachsbegrenzung (FZZB) dient gemäß Nr. 3.2.1, letzter Satz, des Beschlusstells F vom 22.12.2010 zur Steuerung der RLV-Fallzahl.
- (2) Überschreitet der prozentuale Zuwachs der RLV-relevanten Behandlungsfallzahl gemäß Nr. 2.6 des o.g. Beschlusses einer Arztgruppe gemäß Nr. 10 gegenüber dem Vorjahresquartal fünf vom Hundert, unterliegen die Ärzte dieser Arztgruppe im Rahmen der RLV-Zuweisung einer FZZB.
- (3) Für Ärzte aus einer Arztgruppe, die gemäß Absatz (2) der FZZB unterliegt, wird die Höhe der der RLV-Berechnung zu Grunde liegenden RLV-Fallzahl des Vorjahresquartals begrenzt. Hierzu werden die fünf vom Hundert der durchschnittlichen RLV-Fallzahl je Arzt der Arztgruppe im Vorjahresquartal als absolute Zahl ermittelt und als maximales Wachstum der individuellen RLV-Fallzahl vorgegeben.
- (4) Für die Berechnung der Arztgruppenwerte werden Ärzte, die nicht in vollem Umfang an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, entsprechend dem Umfang ihrer Tätigkeit berücksichtigt.
- (5) Für Ärzte, die im Vorjahresquartal weniger als die durchschnittliche RLV-Fallzahl je Arzt der Arztgruppe erreicht haben sowie für neu zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Ärzte gelten die entsprechenden Werte eines durchschnittlich tätigen Arztes.
- (6) Bei Überschreitungen der zulässigen Fallzahlzunahme gemäß Absatz (3), die durch länger andauernde Praxisabwesenheit im Vorjahresquartal oder durch eine Praxisübernahme begründet sind, kann die KVN eine den Umständen angemessene Korrektur der FZZB vornehmen. Der Vorstand erlässt hierzu Durchführungsbestimmungen.
- (7) Wechselt ein Arzt von einer Arztgruppe zu einer anderen, nimmt er die zuletzt auf ihn entfallende RLV-Fallzahl in das Kontingent der neuen Arztgruppe mit.

Teil B

§ 1 Teilnahme an der Honorarverteilung

(1) An der Honorarverteilung nehmen die im Bereich der KVN zugelassenen und ermächtigten Ärzte und ermächtigten (ärztlich geleiteten) Einrichtungen, medizinische Versorgungszentren nach § 95 Abs. 1 SGB V (abrechnungstechnisch werden medizinische Versorgungszentren fachübergreifenden Gemeinschaftspraxen gleichgestellt) sowie in Notfällen in Anspruch genommene Nichtvertragsärzte, Gemeinschaften von zugelassenen Vertragsärzten unter den Voraussetzungen des Absatzes 2 und Krankenhäuser teil. Sie werden im Folgenden zusammenfassend als Ärzte bezeichnet. Zugelassene Ärzte mit angestellten Ärzten im Sinne des § 95 Abs. 9 und 9a SGB V werden abrechnungstechnisch medizinischen Versorgungszentren bzw. Ärzten mit angestellten Ärzten gemäß Artikel 17, § 3 des 2. GKV-NOG gleichgestellt. Ärzten im Sinne von Satz 2 sind nichtärztliche Psychotherapeuten im Sinne des § 72 Absatz 1 SGB V gleichgestellt, soweit im Folgenden oder in Verträgen mit Kostenträgern nichts Abweichendes geregelt ist. Ferner nehmen die Einrichtungen im Sinne des § 126 Abs. 5 SGB V (zugelassene nichtärztliche Dialyseleistungserbringer), die gemäß § 15 der Anlage 9.1 zum Bundesmantelvertrag Ärzte/EKV über die KVN abrechnen, an der Honorarverteilung teil.

(1a) Ist ein zugelassener / angestellter Vertragsarzt für mehrere Gebiete nach der Weiterbildungsordnung der ÄKN zugelassen mit der Folge, dass er in mehrere RLV-relevante Arztgruppen eingeordnet werden könnte, so gelten folgende Regelungen:

Der zugelassene / angestellte Vertragsarzt wird der RLV-relevanten Arztgruppe zugeordnet, unter der im 1. Quartal 2008 (hilfsweise in dem nächstmöglichen früheren Quartal) seine Kassenabrechnung abgewickelt wurde.

Für mehrere Gebiete zugelassene / angestellte Vertragsärzte können die Arztgruppe wählen, unter der sie bei der Kassenabrechnung geführt werden wollen. Dabei ist die Arztgruppe zu wählen, in welcher der Schwerpunkt der Tätigkeit des Vertragsarztes liegt, und zwar bewertet nach dem Euro-EBM. Weist die KVN-Bezirksstelle nach, dass die Arztgruppenwahl des Vertragsarztes in mindestens zwei Quartalen nicht dem Schwerpunkt seiner Tätigkeit entspricht, so kann sie auf Beschluss der Bezirksstelle zum Quartal, das auf die Beschlussfassung folgt, den zugelassenen / angestellten Vertragsarzt für die Abrechnung derjenigen Arztgruppe zuordnen, in welcher der Schwerpunkt der Tätigkeit des Vertragsarztes liegt.

Für Vertragsärzte, die sowohl für ein Gebiet aus dem hausärztlichen als auch für ein Gebiet aus dem fachärztlichen Versorgungsbereich zugelassen sind, erfolgt unbeschadet vorgenannter Regelung die Zuweisung des Regelleistungsvolumens auf Basis der jeweiligen Anteile der Tätigkeit im hausärztlichen bzw. fachärztlichen Versorgungsbereich.

(2) Voraussetzungen für die Abrechnung von Notfalleistungen durch Gemeinschaften zugelassener Vertragsärzte sind:

a) Es handelt sich um Notfalleistungen durch Gemeinschaften zugelassener Vertragsärzte im Rahmen eines organisierten Notfallbereitschaftsdienstes, der über eine zentrale Notfalldienstpraxis verfügt.

b) Der Betrieb der Notfalldienstpraxis basiert auf einer Organisationsentscheidung der KVN nach entsprechender Benehmensherstellung mit den Verbänden der Krankenkassen.

- c) Jeder zugelassene Vertragsarzt der betreffenden Gemeinschaft erklärt schriftlich, dass er
- mit der Abrechnung der von ihm erbrachten Leistungen im organisierten Notfallbereitschaftsdienst seines Notdienstbereiches unter einer Abrechnungsnummer der Gemeinschaft nach Maßgabe besonderer Abrechnungsvorgaben der Bezirksstelle einverstanden ist,
 - mit einer Prüfung der sachlich/rechnerischen Richtigkeit und Wirtschaftlichkeit der ärztlichen Notfalleistungen sowie der Verordnungen, welche unter der einheitlichen Abrechnungsnummer der Gemeinschaft anfallen, einverstanden ist,
 - mit der Belastung des KV-Honorarkontos der Gemeinschaft durch Honorarminderungen in Folge sachlich/rechnerischer Berichtigungen und Honorarkürzungen im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung sowie in Folge von Verordnungsregressen unter der einheitlichen Abrechnungsnummer der Gemeinschaft einverstanden ist.

Die Einverständniserklärung kann nur für künftige, noch nicht angefangene Kalendervierteljahre widerrufen werden.

§ 2 Grundlage der Verteilung der Gesamtvergütung (Honorarverteilung)

- (1) Grundlage für die Bewertung der vertragsärztlichen Leistungen sind der Einheitliche Bewertungsmaßstab gemäß § 87 Abs. 1 SGB V (EBM) in Verbindung mit dem Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen (BMÄ) bzw. der Ersatzkassen-Gebührenordnung (E-GO) in der jeweils gültigen Fassung, die Beschlüsse des Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 1 SGB V sowie die in den Verträgen auf Bundes- und Landesebene getroffenen Regelungen, soweit nicht im Folgenden etwas anderes bestimmt ist.
- (2) Bei der Verteilung sind alle vertragsärztlichen Leistungen sowie die sonstigen zur vertragsärztlichen Versorgung gehörenden Leistungen (Entschädigungen/Erstattungen u. Ä.) zu berücksichtigen. Abweichend ist zu verfahren, soweit Verträge mit den Kostenträgern dieses vorsehen.
- (3) Soweit Leistungen der vertragsärztlichen Versorgung, die nicht im EBM enthalten sind, mit Kostenträgern vereinbart wurden, erfolgt die Verteilung auf der Grundlage der vertraglichen Regelungen, soweit nicht in diesem HVM abweichende Regelungen (z.B. zur Quotierung) getroffen sind.
- (4) Soweit in Richtlinien und Verträgen sowie in Beschlüssen der Vertreterversammlung der KVN oder der KBV für bestimmte vertragsärztliche Leistungen die Erfüllung besonderer Voraussetzungen oder die Erteilung von Zustimmungen/Genehmigungen vorgesehen ist, können die Leistungen nur dann bei der Honorarverteilung berücksichtigt werden, wenn diese Voraussetzungen erfüllt bzw. diese Zustimmungen/Genehmigungen erteilt sind.
- (5) Voraussetzung für die Berücksichtigung der Leistungen bei der Honorarverteilung ist der Nachweis des Arztes über Art und Umfang seiner vertragsärztlichen Leistungen entsprechend den Bestimmungen dieses HVM, der Abrechnungsanweisung der KVN und der Verträge.
- (6) Vergütungen für Leistungen, Entschädigungen, Kostenerstattungen etc., die von Kostenträgern ohne jegliche Begrenzung vergütet werden, werden an die Ärzte in der von der jeweiligen Kassenart gezahlten Höhe verteilt.

§ 3 Belegärztliche Leistungen

Es gelten die Regelungen der **Anlage 2**.

§ 4 Berücksichtigung besonderer Kosten

Es gelten die Bestimmungen des EBM, des BMÄ bzw. der E-GO sowie die vertraglichen Regelungen, soweit nicht in diesem HVM abweichende Regelungen getroffen sind.

§ 5 Prüfung der vertragsärztlichen Leistungen

- (1) Die Bezirksstellen prüfen die Abrechnungen der Ärzte nach den jeweils geltenden Vorschriften sachlich und rechnerisch.
- (2) Die Überwachung der Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung wird durchgeführt nach der Vereinbarung zur Wirtschaftlichkeitsüberwachung nach § 106 SGB V in der jeweils gültigen Fassung.
- (3) Nach Durchführung der Prüfung gemäß Abs. (1) und (2) wird die Leistungsanforderung des Arztes nach Art und Umfang festgestellt. Die Feststellung gilt vorbehaltlich späterer ggf. erforderlich werdender Neuberechnungen, sachlich-rechnerischer Berichtigungen sowie weiterer Prüfungen der Wirtschaftlichkeit, der Rechtmäßigkeit der Abrechnung sowie der Qualität der abgerechneten Leistungen gemäß §§ 106, 106 a und 136 SGB V.

§ 6 Verteilung der Gesamtvergütung

- (1) Die von den Kostenträgern für die ambulante und stationäre vertragsärztliche Versorgung entrichteten morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen werden quartalsweise von der KVN gesammelt und verteilt. Für die Verteilung werden die Vergütungen der Primärkassen, der Ersatzkassen und der sonstigen Kostenträger zusammengefasst.
- (2) Die Gesamtvergütung der Kostenträger für die vertragsärztliche Versorgung niedersächsischer Versicherter durch niedersächsische Ärzte wird gemäß Teil A verteilt.
- (3) Die Gesamtvergütungsanteile der Kostenträger für die vertragsärztliche Versorgung außerniedersächsischer Versicherter durch niedersächsische Ärzte werden nach den Regelungen verteilt, wie sie sich aus Abs. (2) ergeben, ggf. vermindert um Rückstellungsbeträge.

Die Gesamtvergütungsanteile der Kostenträger für die vertragsärztliche Versorgung niedersächsischer Versicherter durch außerniedersächsische Ärzte werden nach Maßgabe der FKZ-Richtlinie der KBV gemäß § 75 Abs. 7 Nr. 2 verteilt.

Die Differenzen zwischen den verteilten Beträgen und den späteren Endabrechnungen für diese Kostenträger sind Vergütungsdifferenzen und als solche in Folgequartalen zu verteilen. Quartalsweise Differenzen zwischen den Honorarforderungen außerniedersächsischer Ärzte für die vertragsärztliche Versorgung der niedersächsischen Versicherten einerseits und den Gesamtvergütungsanteilen der

- Kostenträger für die vertragsärztliche Versorgung niedersächsischer Versicherter andererseits, sind Vergütungsdifferenzen und als solche in Folgequartalen zu verteilen.
- (4) Soweit Rückforderungen von Kostenträgern nicht durch Belastungen einzelner Ärzte ausgeglichen werden, stellen sie Vergütungsdifferenzen dar und sind als solche in Folgequartalen - soweit möglich je Versorgungsbereich - zu verteilen. Nachzahlungen von Kostenträgern, die nicht zur Auflösung von Rückstellungen führen, sind ebenfalls Vergütungsdifferenzen und als solche in Folgequartalen zu verteilen.
 - (5) Sofern Nachvergütungen an Ärzte nicht durch Lastschriften einzelner Kostenträger ausgeglichen werden, stellen sie Vergütungsdifferenzen dar und sind als solche in Folgequartalen – soweit möglich je Versorgungsbereich – zu verteilen. Rückforderungen von Ärzten, die nicht an Kostenträger weitergegeben werden, sind ebenfalls Vergütungsdifferenzen und als solche – soweit möglich je Versorgungsbereich – in Folgequartalen zu verteilen.
 - (6) Kann die endgültige Rechnungslegung gegenüber einem oder mehreren Kostenträger(n) nicht rechtzeitig vor der Quartalsabrechnung für die Ärzte fertig gestellt werden, kann der Verteilung für das laufende Quartal seitens der KVN eine vorläufige Berechnung zugrunde gelegt werden. Abweichungen gegenüber der endgültigen Rechnungslegung sind Vergütungsdifferenzen und als solche in Folgequartalen zu verteilen.
 - (7) Vergütungsdifferenzen, insbesondere solche nach Abs. (3), (4), (5) und (6) werden in Folgequartalen berücksichtigt.
 - (8) Die Vergütung der Leistungen erfolgt auf der Grundlage der Bestimmungen des Quartals, in dem sie abgerechnet werden, es sei denn, es handelt sich um komplette Abrechnungen für Vorquartale.

§ 7 Leistungsbeschränkung

Nach den Beschlüssen des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zum 4. Abschnitt der „Bedarfsplanungs-Richtlinien-Ärzte“ zur gemeinsamen Berufsausübung mit einem bereits zugelassenen Vertragsarzt derselben Arztgruppe in Planungsbereichen mit Zulassungsbeschränkungen und zu den „Angestellten-Richtlinien-Ärzte“ zur Beschäftigung von angestellten Praxisärzten in der Vertragsarztpraxis ist die vom Zulassungsausschuss festgelegte Leistungsbeschränkung für die Behandlung GKV-Versicherter wie folgt vorzunehmen:

1. Überschreitet die nach § 5 Abs. (3) festgestellte Leistungsanforderung der Praxis die vom Zulassungsausschuss gemäß der oben genannten Bestimmungen festgelegte Obergrenze für vertragsärztliche Leistungen des jeweiligen Quartals, so erfolgt eine gleichmäßige Reduzierung der Anforderung über alle Leistungen auf die Obergrenze.
2. Jeweils nach Ablauf von vier Quartalen (vom Zulassungsausschuss festgelegter Jahresbezug) wird für Praxen, die unter die oben genannte Leistungsbeschränkung fallen, geprüft, ob in mindestens einem dieser Quartale die anerkannte Leistungsanforderung nach Nr. 1 die vom Zulassungsausschuss gemäß der oben genannten Bestimmungen festgelegte Obergrenze für vertragsärztliche Leistungen unterschreitet.
Ergibt die Prüfung eine Unterschreitung in mindestens einem Quartal, so wird in den nach Nr. 1 reduzierten Quartalen die Reduzierung in dem Umfang zurückgenommen, bis die Summe der innerhalb des Jahresbezuges anerkannten Anforderungen der

Summe der abgerechneten Leistungen entspricht, höchstens jedoch der Summe der vom Zulassungsausschuss hierfür festgelegten Obergrenzen.

Der quartalsweise Umfang der Rücknahme bestimmt sich aus dem Verhältnis der Überschreitung der Obergrenze der einzelnen Quartale zur Gesamtüberschreitung der saldierten Obergrenzen der Quartale innerhalb des Jahresbezuges.

Die zusätzlich nachzuvergütende Leistungsmenge wird bewertet mit den für das jeweilige Quartal errechneten Auszahlungspunktwerten der jeweiligen Leistungsarten nach diesem HVM.

Die Nachvergütungen sind Vergütungsdifferenzen im Sinne des § 6 Abs. 7.

§ 8 Beschränkung des Leistungsspektrums

- (1) Ärzte, die als „ausschließlich psychotherapeutisch tätiger Arzt“ zugelassen sind, unterliegen in analoger Anwendung des § 5 Abs. 6 Nr. 1 der Bedarfsplanungs-Richtlinien einer Beschränkung ihres Leistungsspektrums. Gerechnet am Gesamthonorar darf der Anteil von Leistungen außerhalb der Abschnitte 23.2, 23.3, 35.2 und 35.3 sowie der Leistungen nach den Nrn. 35111 bis 35113, 35120, 35130, 35131, 35140 bis 35142 und 35150 des EBM nur weniger als 10% (Honorarobergrenze für Begleitleistungen) ausmachen. Beträgt die Leistungsanforderung für vorgenannte Begleitleistungen 10 % und mehr im Gesamthonorar des jeweiligen Quartals, so erfolgt eine gleichmäßige Reduzierung der Honoraranforderung über alle Begleitleistungen auf die Honorarobergrenze.
- (2) Jeweils nach Ablauf von vier Quartalen wird für die Ärzte, die unter die oben genannte Beschränkung fallen, geprüft, ob in mindestens einem der Quartale die anerkannte Leistungsanforderung für Begleitleistungen die gemäß der oben genannten Bestimmungen festgelegte Honorarobergrenze unterschreitet. Ergibt die Prüfung eine Unterschreitung in mindestens einem Quartal, so wird in den nach Nr. 1 reduzierten Quartalen die Honorarreduzierung in dem Umfang zurückgenommen bis die Summe der innerhalb des Jahresbezuges anerkannten Leistungsanforderungen der Summe der abgerechneten Leistungen entspricht, höchstens jedoch der Summe der Honorarobergrenzen der vier Quartale. Der quartalsweise Umfang der Rücknahme bestimmt sich aus dem Verhältnis der Überschreitung der Honorarobergrenze der einzelnen Quartale zur Gesamtüberschreitung der saldierten Honorarobergrenzen der Quartale innerhalb des Jahresbezuges. Die Nachvergütungen sind Vergütungsdifferenzen im Sinne des § 6 Abs. 7.

§ 9 Leistungsbegrenzung bei hälftigem Versorgungsauftrag

- (1) Ärzte mit zeitlich hälftigem Versorgungsauftrag gemäß § 95 Abs. 3 Satz 1 SGB V unterliegen einer Leistungsbegrenzung nach Maßgabe der Absätze (2) bis (4).
- (2) Bei Reduzierung eines zeitlich vollen in einen hälftigen Versorgungsauftrag eines Arztes, reduziert sich das abrechenbare Leistungsvolumen dieses Arztes auf 50 v.H. des im selben Quartal vor Reduzierung des Versorgungsauftrages (Basiszeitraum) abgerechneten Leistungsvolumens (Leistungsgrenze), jedoch nicht auf weniger als 50 v.H. des Fachgruppenschnitts. Für Ärzte mit zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen wird die Leistungsgrenze auf 50 % der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze festgelegt.
- (3) Liegen entsprechende Daten für den Basiszeitraum nicht vor, wird als Leistungsgrenze 50 v.H. des durchschnittlichen Leistungsvolumens je Arzt der jeweiligen Fachgruppe im Basiszeitraum zugrunde gelegt. Für Ärzte mit zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen wird die Leistungsgrenze auf 50 % der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze festgelegt.

- (4) Die Leistungsgrenze nach Abs. (2) und (3) folgt ab dem 5. Quartal der Entwicklung des Fachgruppenschmitts auf Basis der Regelung nach § 23 f. der Bedarfsplanungs-Richtlinien-Ärzte.
- (5) Überschreitet die nach § 5 Abs. (3) festgestellte Leistungsanforderung der Praxis die Leistungsgrenze des jeweiligen Quartals, so erfolgt eine gleichmäßige Reduzierung der Punktzahlanforderung über alle Leistungen auf die Leistungsgrenze. Jeweils nach Ablauf von vier Quartalen (Jahresbezug) wird für Praxen, die unter die oben genannte Leistungsbegrenzung fallen, geprüft, ob in mindestens einem dieser Quartale die anerkannte Leistungsanforderung nach Satz 1 die Leistungsgrenze unterschreitet.

Ergibt die Prüfung eine Unterschreitung in mindestens einem Quartal, so wird in den nach Satz 1 reduzierten Quartalen die Reduzierung in dem Umfang zurückgenommen, bis die Summe der innerhalb des Jahresbezuges anerkannten Leistungsanforderungen der Summe der abgerechneten Leistungen entspricht, höchstens jedoch der Summe der Leistungsgrenzen.

Der quartalsweise Umfang der Rücknahme bestimmt sich aus dem Verhältnis der Überschreitung der Leistungsgrenze der einzelnen Quartale zur Gesamtüberschreitung der saldierten Leistungsgrenzen der Quartale innerhalb des Jahresbezuges.

Die Nachvergütungen sind Vergütungsdifferenzen im Sinne des § 6 Abs. 7.

§ 10 Verfahrensregeln

- (1) Bei der Berechnung von Veränderungsdaten für Leistungen/Vergütungen sowie bei der Gegenüberstellung von Leistungen/Vergütungen sind - sofern nicht ausdrücklich etwas anderes im Einzelnen vorgesehen ist - die Vergütungen in der sachlichen Zuordnung des Abrechnungsquartals zugrunde zu legen und zwar auch für das entsprechende Vorjahres- oder Referenzquartal.
- (2) Soweit auf EBM-Leistungen Bezug genommen wird, sind diese mit Stand 01.10.2008 definiert. Bei EBM-Änderungen treten die EBM-Nachfolgeleistungen an die Stelle der EBM-Leistungen mit Stand 01.10.2008.

Teil C
Übergangsregelungen

Der Vorstand erlässt bei verpflichtenden Änderungen des EBM oder sonstigen vergütungsrelevanten Beschlüssen des Bewertungsausschusses oder der KBV zeitlich befristete Übergangsregelungen für die Honorarverteilung. Diese gelten solange bis die erforderlichen entsprechenden Beschlüsse der Vertreterversammlung gefasst worden sind und in Kraft treten.

Teil D
Inkrafttreten

Dieser HVM gilt erstmals für die Abrechnung und die Verteilung der Vergütungen für die im 3. Quartal 2012 erbrachten Leistungen.

Anlage 1 zum HVM: Beschluss des Bewertungsausschusses

Der Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 218. Sitzung am 26. März 2010 Teil F Beschluss gemäß § 87 Abs. 4 Satz 1 SGB V zur Berechnung und zur Anpassung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen nach § 87b Abs. 2 und 3 SGB V in der am 31.12.2011 geltenden Fassung ist als Anlage beigefügt.

Anlage 2 zum HVM: Belegärztliche Leistungen

§ 1 Allgemeines

Nachstehende Regelungen ersetzen die bisherigen Regelungen des HVV zur Vergütung belegärztlicher Leistungen.

§ 2 Vergütungsumfang

- (1) Soweit nachstehend nichts anderes geregelt ist, ergibt sich der Vergütungsumfang aus dem Anhang zu dieser Anlage.

Eine Berücksichtigung auch des technischen Teils der Leistungen scheidet im Hinblick auf die Vergütung nach den Grundsätzen für die Vergütung der Krankenhausbehandlung gemäß § 39 SGB V aus, sofern nicht Abweichendes geregelt ist.

- (2) Besondere Kosten sind nach Teil B, § 3, zu diesem HVM berechnungsfähig.
- (3) Wegeentschädigungen können nicht berechnet werden, wenn der Belegarzt seinen Praxissitz in dem Gebäude/Gebäudekomplex/auf dem Gelände des Krankenhauses hat, in dem er die belegärztlichen Leistungen erbringt.

§ 3 Leistungen am Aufnahmetag

Ambulant ausgeführte vertragsärztliche Leistungen werden einem Vertragsarzt nach den Grundsätzen der Vergütung für stationäre Behandlung honoriert, wenn der Kranke an demselben Tag in die stationäre Behandlung dieses Vertragsarztes (Belegarztes) genommen wird. Werden diese Leistungen bei Besuchen erbracht oder in dringenden Fällen, in denen nach ambulanter vertragsärztlicher Behandlung außerhalb des Krankenhauses die Krankenhauseinweisung erfolgt, so werden sie als ambulante vertragsärztliche Leistungen vergütet (§ 41 Abs. 1 BMV-Ä bzw. § 33 Abs. 1 EKV).

§ 4 Leistungen am Entlassungstag

Ambulant ausgeführte vertragsärztliche Leistungen werden einem Vertragsarzt nach den Grundsätzen der Vergütung für stationäre Behandlung honoriert, wenn der Patient an demselben Tag aus der stationären Behandlung dieses Vertragsarztes oder eines Belegarztes an demselben Krankenhaus entlassen wurde. Sofern am Tage der Krankenhauserlassung nach der Krankenhauserlassung ein dringender Besuch (wegen der Erkrankung unverzüglich nach Bestellung ausgeführt) erfolgt, so sind dieser Besuch und die zugehörige Wegeentschädigung berechnungsfähig.

§ 5 Leistungen während der übrigen Tage des stationären Aufenthaltes

Die Leistungen des Belegarztes an allen Tagen des stationären Aufenthaltes des Patienten mit Ausnahme des Aufnahmetages und des Entlassungstages werden ohne Ausnahme nach den Grundsätzen der Vergütung für stationäre Behandlung honoriert. Das gilt auch für den Fall, in dem der Arzt Apparate und/oder sonstige Hilfen aus seiner eigenen Praxis einsetzt.

Es ist nicht zulässig, den Patienten für einen oder mehrere Tage aus der stationären Behandlung zu entlassen, um während dieser Unterbrechung ambulante vertragsärztliche Leistungen zu erbringen oder erbringen zu lassen. Bei kurzfristiger Unterbrechung der stationären Behandlung und zwischenzeitlicher ambulanter Abrechnung durch den Belegarzt oder einen anderen Vertragsarzt ist die KVN-Bezirksstelle berechtigt, die ambulant abgerechneten Leistungen nach den Grundsätzen der Vergütung für stationäre Behandlung abzurechnen.

§ 6 Vergütungsregelungen für Anästhesien

- (1) Sofern die Anästhesieleistungen nicht mit dem Pflegesatz oder auf sonstige Weise stationär abgegolten sind (so genannte gemischte Krankenhäuser) werden die Anästhesieleistungen mit den Preisen des EBM abgerechnet.
- (2) Soweit in den Abrechnungsbestimmungen vorgeschrieben oder aufgrund der fachgebietlichen Zuordnung geboten, sind Anästhesieleistungen nur durch Fachärzte für Anästhesie abrechnungsfähig.
- (3) Für das Aufsuchen der Belegabteilungen des Krankenhauses kann der hinzugezogene anästhesiologisch tätige zugelassene Vertragsarzt auch die Nr. 01414 EBM und ggf. Nrn. 01100, 01101 oder 01102 EBM abrechnen.

Für das Aufsuchen eines Belegkrankenhauses kann der hinzugezogene anästhesiologisch tätige zugelassene Vertragsarzt Wegeentschädigungen berechnen, und zwar insgesamt 1x für Leistungen bei mehreren Kranken und einer Anreise zu dem betreffenden Krankenhaus.

Wegeentschädigungen können von dem hinzugezogenen anästhesiologisch tätigen zugelassenen Vertragsarzt nicht berechnet werden, wenn dieser seinen Praxissitz in dem Gebäude/Gebäudekomplex/auf dem Gelände des Krankenhauses hat, in dem auch die Anästhesieleistungen erbracht werden.

§ 7 Vergütungen für hinzugezogene Ärzte ohne § 6

- (1) Zieht der Belegarzt einen niedergelassenen Vertragsarzt zur Assistenz hinzu, kann dieser ggf. nur die Vergütung nach Nrn. 01100, 01101 oder 01102 EBM berechnen. Daneben kann der assistierende zugelassene Vertragsarzt eine Wegeentschädigung berechnen, und zwar insgesamt 1x für Leistungen bei mehreren Kranken und einer Anreise zu dem betreffenden Belegkrankenhaus.

Wegeentschädigungen können von dem hinzugezogenen Arzt nicht berechnet werden, wenn dieser seinen Praxissitz/Beschäftigungsort im Gebäude/Gebäudekomplex/auf dem Gelände des Krankenhauses hat, in dem auch die Leistungen erbracht werden.

- (2) Zieht der Belegarzt einen am Krankenhaus (so genanntes gemischtes Krankenhaus) angestellten nachgeordneten Arzt, der in demselben Fachgebiet wie der Belegarzt tätig wird, zur Operationsassistenz hinzu, entsteht hierdurch kein Vergütungsanspruch.

§ 8 Fortfall der Vergütung

Eine Vergütung ärztlicher Leistungen entfällt, wenn das Honorar im übrigen stationären Bereich, z. B. durch einen Pflegesatz, abgegolten ist (so genannte gemischte Krankenhäuser).

§ 9 Vergütung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes für Belegpatienten

- (1) Ärztlicher Bereitschaftsdienst wird wahrgenommen, wenn sich der bereitchaftsdiensthabende Arzt auf Anordnung des Krankenhauses oder des Belegarztes außerhalb der regelmäßigen Arbeitszeit im Krankenhaus aufhält, um im Bedarfsfall auf der (den) Belegabteilung(en) rechtzeitig tätig zu werden. Der Belegarzt hat - ggf. durch eine Bestätigung des Krankenhausträgers - gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen, dass ihm Kosten für den ärztlichen Bereitschaftsdienst für Belegpatienten entstanden sind.
- (2) Der von Belegärzten selbst wahrgenommene Bereitschaftsdienst fällt nicht unter die vorstehende Regelung. Für einen solchen Bereitschaftsdienst wird kein Entgelt gezahlt. Jegliche Art von Rufbereitschaft des Belegarztes, seines Assistenten oder von Krankenhausärzten für den Belegarzt fällt nicht unter diese Regelung.
- (3) Als Kostenpauschale bei Vorhalten eines vom Belegarzt zu vergütenden ärztlichen Bereitschaftsdienstes wird die Nr. 40170 BMÄ bzw. E-GO in Ansatz gebracht. Die Abrechnung erfolgt für jeden Belegpatienten nach der Zahl der Pflage tage.

Anhang zu Anlage 2 zum HVM: Vergütungsumfang gemäß § 2 der Anlage 2

1. Dem nach den Bundesmantelverträgen anerkannten Belegarzt sowie Vertragsärzte nach § 6 werden die Visiten in einem zugelassenen Krankenhaus nach § 108 SGB V je Patient nach Nr. 01414 vergütet.

Die Grundsätze des Vertrages nach § 115b SGB V auf der Basis des § 39 SGB V zur Vermeidung nicht notwendiger stationärer Krankenhausbehandlung sind zu beachten, insbesondere der Katalog ambulant durchführbarer Operationen und stationärer ersetzender Eingriffe sowie die relevanten Ausnahmetatbestände.

Bei dringend angeforderten und unverzüglich ausgeführten Einzelvisiten kann der Belegarzt sowie der Vertragsarzt nach § 6, entgegen den Bestimmungen der Präambel zum Abschnitt 36.2, die Leistung nach der Nr. 01414, ggf. in Verbindung mit der Gebühr nach Nr. 01100 bzw. 01101, berechnen. Zusätzlich kann jeweils die entsprechende Wegepauschale/das entsprechende Wegegeld angesetzt werden.

Bei belegärztlicher Tätigkeit ist die Berechnung der Leistungen nach den Abschnitten 1.5, 2.5 (mit Ausnahme der in 3. c) genannten Leistungen), 3.2, , 4.2, , 7.3, 18.3, 30.4 (mit Ausnahme der in 3. c) genannten Leistungen), 30.7.1, 31.1.2, 31.2, 31.3, 31.4, 31.5, 35.2 sowie der Leistungen nach den Nrn. 01410, 01411, 01413, 01440, 01700, 01701, 01721, 01910, 01911, 08542, 10330, 13300, 13500, 13501, 13502, 13545, 13550, 13600, 13601, 13602, 13650, 13700, 14240, 14313, 14314, 16230, 16231, 21230, 21231, 21232 32001 und 40100 ausgeschlossen.

2. Bei Berechnung von mehr als einer Visite pro Tag ist eine Begründung erforderlich mit Ausnahme von Visiten am Operationstag oder an dem auf die Operation folgenden Tag.

Die Leistung nach Nr. 01414 in Verbindung mit den Leistungen nach den Nrn. 01100 oder 01101 kann der Belegarzt und der Vertragsarzt nach § 6, entgegen den Bestimmungen der Präambel zum Abschnitt 36.2, auch dann berechnen, wenn die Visite wegen der Art der Erkrankung zu diesem Zeitpunkt dringend erforderlich war und unverzüglich ausgeführt wurde.

3. Ferner werden dem Belegarzt vergütet:
 - a) die Pauschalerstattungen der Abschnitte 40.3 (mit Ausnahme der in 1. genannten Leistung), 40.4, 40.5 mit 100 % der Vergütungssätze,
 - b) alle weiteren Leistungen mit 100 % der Vergütungssätze, mit Ausnahme der unter c), d) und e) aufgeführten Leistungen,
 - c) die Leistungen nach dem Kapitel 33, den Abschnitten 30.7 (mit Ausnahme der in 1. genannten Leistungen), 34.2, 34.6 sowie die Leistungen nach den Nrn. 01770, 01772, 01773, 01774, 01775, 01785, 01786, 01831, 01902, 02520, 03321, 03322, 03324, 03330, 03331, 03332, 04321, 04322, 04324, 04330, 04331, 10320, 10322, 10324, 13250, 13251, 13252, 13253, 13254, 13255, 13256, 13257, 13301, 13310, 13311, 13400 bis 13435, 13551 bis 13561, 13651 bis 13675, 13701, 30430, 30431, 34500 und 34501 mit 60 % der Vergütungssätze,

- d) - die Kosten der Laborleistungen des vertraglichen Anhangs zu Kapitel 32, sofern sich eine Bewertung von mindestens 160 Punkten ergibt,
 - die Leistungen des Abschnittes 19.3,
 - die den Leistungen des Kapitels 32, einschl. des vertraglichen Anhangs und des Abschnittes 19.3 entsprechenden Leistungen aus den Abschnitten 1.7 und 11.3, die mit mindestens 160 Punkten bewertet sind,mit 60 % der Vergütungssätze.
 - Die Leistungen des Kapitels 32 sowie die entsprechenden Leistungen aus den Abschnitten 1.7 und 11.3 sind nur berechnungsfähig, wenn sie in Belegkrankenhäusern erbracht werden und die diesbezüglich in den Bundesmantelverträgen genannten Voraussetzungen erfüllt sind. Laborleistungen, die in gemischten Krankenhäusern erbracht werden, sind nicht berechnungsfähig,
 - e) die Leistungen der Abschnitte 17.3, 34.3 und 34.4 sowie die Leistung nach der Nr. 34502 mit 20 % der Vergütungssätze.
4. Die reduzierten Vergütungssätze nach 3. gelten unabhängig davon, ob Apparaturen bzw. Geräte des Krankenhauses oder solche, die sich im Besitz des Belegarztes befinden, benutzt werden.
5. Vom Belegarzt hinzugezogene Vertragsärzte können unter den Voraussetzungen des § 33 Absätze 2, 6 und 7 Bundesmantelvertrag Ärzte/Ersatzkassen bzw. § 41 Abs. 2, 6 und 7 Bundesmantelvertrag-Ärzte berechnen:
- a. für das Aufsuchen des Belegkrankenhauses bei Durchführung von Assistenzleistungen
 - die Leistung nach der Nr. 01414 für jeden Kranken mit 70 % des Vergütungssatzes und insgesamt einmal die entsprechende Wegepauschale/ das entsprechende Wegegeld,
 - die Leistung nach der Nr. 01414 mit 70 % des Vergütungssatzes in Verbindung mit der Gebühr nach Nr. 01100 bzw. 01101, wenn die zeitlichen Rahmenbedingungen der Leistungslegende der Nrn. 01100 bzw. 01101 erfüllt sind und je Fall die entsprechende Wegepauschale/das entsprechende Wegegeld,
 - b. bei Durchführung von Narkosen/Anästhesien die Leistungen nach den Nrn. 01852, 01853, 01856, 01857, 01903, 01913 und 01914 sowie nach den Kapiteln 2, 5 und den Abschnitten 36. 3 und 36.5 unter Berücksichtigung der Punkte 1 bis 4.
6. Die Leistungen eines anderen an demselben Krankenhaus tätigen Belegarztes, der zur Diagnostik und/oder Therapie hinzugezogen wird, werden nach den Bestimmungen der Punkte 1 bis 4 vergütet.

7. Entgelt des ärztlichen Bereitschaftsdienstes für Belegpatienten

- a) Ärztlicher Bereitschaftsdienst wird wahrgenommen, wenn sich der bereitchaftsdiensthabende Arzt auf Anordnung des Krankenhauses oder des Belegarztes außerhalb der regelmäßigen Arbeitszeit im Krankenhaus aufhält, um im Bedarfsfall auf der (den) Belegabteilung(en) rechtzeitig tätig zu werden.

Die Vertragskrankenkassen entgelten die Wahrnehmung dieses Bereitschaftsdienstes, wenn dem Belegarzt durch seine belegärztliche Tätigkeit Aufwendungen für diesen ärztlichen Bereitschaftsdienst entstehen. Der Belegarzt hat - ggf. durch eine Bestätigung des Krankenhausträgers – gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen, dass ihm Kosten für den ärztlichen Bereitschaftsdienst für Belegpatienten entstanden sind.

Der von Belegärzten selbst wahrgenommene Bereitschaftsdienst fällt nicht unter die vorstehende Regelung. Für einen solchen Bereitschaftsdienst wird kein Entgelt gezahlt. Dies gilt auch für jegliche Art von Rufbereitschaft des Belegarztes, seines Assistenten oder von Krankenhausärzten für den Belegarzt.

- b) Als Vergütung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes wird von den Vertragskrankenkasse der auf der Bundesebene vereinbarte Betrag je Patient und Pflage-tag gezahlt.

Die Abrechnung erfolgt auf dem Belegarztschein für jeden Belegpatienten nach der Zahl der Pflage-tage.

Hannover, den 18.04.2012

Anlage 1: Beschluss aus der 218. Sitzung des Bewertungsausschusses

B E S C H L U S S

des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V

in seiner 218. Sitzung am 26. März 2010

[Lesefassung: Änderungen sind markiert]

Teil F

**Beschluss gemäß § 87b Abs. 4 Satz 1 SGB V
zur Berechnung und zur Anpassung von arzt- und praxisbezogenen
Regelleistungsvolumen nach § 87b Abs. 2 und 3 SGB V**

zuletzt geändert durch:

**Beschluss in seiner 239. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung),
amtlich bekannt gemacht im Deutschen Ärzteblatt, Heft 43
vom 29.10.2010, Jg. 107, Seiten A2132 bis A2133,
in seiner 242. Sitzung am 24. November 2010,
in seiner 245. Sitzung am 22. Dezember 2010,
in seiner 248. Sitzung am 25. Januar 2011,
in seiner 253. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) und
in seiner 256. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)**

mit Wirkung zum 1. Juli 2011

**I. Vorgaben des Bewertungsausschusses zur Berechnung und zur Anpassung
von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen**

Zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der vertragsärztlichen Tätigkeit gibt der Gesetzgeber für die Vergütung der Ärzte arzt- und praxisbezogene Regelleistungsvolumen in § 87b SGB V vor. Auf Basis dieser Vorgaben beschließt der Bewertungsausschuss das folgende Verfahren zur Berechnung und zur Anpassung der Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen gemäß § 87b Abs. 4 Satz 1 SGB V.

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. Die mit diesem Beschluss erfolgende Anpassung des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 22. September 2009 (amtliche Bekanntmachung: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 106, Heft 42 vom 16. Oktober 2009, Seiten A 2103 bis A 2112), geändert durch Beschlüsse des Bewertungsausschusses in seiner 215. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung; amtliche Bekanntmachung: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 107, Heft 9 vom 5. März 2010, Seite A 408) und in seiner 219. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung; amtliche Bekanntmachung: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 107, Heft 12 vom 26. März 2010, Seiten A 568f.) kann daher keine Nachschusspflicht der Krankenkassen begründen.

Dieser Beschluss ersetzt den Beschluss Teil F, Abschnitt I. des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 22. September 2009, geändert in der 215. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung) und in der 219. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung).

1. Grundsätze der Vergütung

1.1 Vergütung für vertragsärztliche Leistungen

- Die Vergütung der Ärzte erfolgt auf Basis der gemäß § 87a Abs. 2 Satz 6 SGB V zum jeweiligen Zeitpunkt gültigen regionalen Euro-Gebührenordnung.
- Zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der vertragsärztlichen Tätigkeit wird je Quartal und Arztpraxis eine abrechenbare Menge vertragsärztlicher Leistungen vorgegeben [Regelleistungsvolumen (RLV)], die mit den in der Euro-Gebührenordnung gemäß § 87a Abs. 2 SGB V enthaltenen Preisen zu vergüten ist.
- Wenn eine Arztpraxis die in Ziffer 3.3 i.V.m. Anlage 3 genannten Voraussetzungen erfüllt, kann unter Beachtung der Abrechnungsbestimmungen des EBM die Arztpraxis weitere vertragsärztliche Leistungen in qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV) abrechnen, die mit den in der Euro-Gebührenordnung gemäß § 87a Abs. 2 SGB V enthaltenen Preisen zu vergüten sind.
- Der abgestaffelte Preis für die das Regelleistungsvolumen und die qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen überschreitenden Leistungen ergibt sich gemäß Anlage 1.

1.2 Ermittlung

1.2.1 Quartalsbezug

Die Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen werden von den Partnern der Gesamtverträge nach Maßgabe von 2. und 3. für das jeweilige Abrechnungsquartal ermittelt. Dabei legen die Partner der Gesamtverträge fest, ob der Bezug auf das Quartal unmittelbar oder jahresbezogen erfolgt.

1.2.2 Arztbezug

Die Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen werden nach Maßgabe von 2. und 3. je Arzt ermittelt.

Für Vertragsärzte, die außer in ihrer Arztpraxis auch in einer oder mehreren Teilberufsausübungsgemeinschaften tätig sind, wird ein gesamtes Regelleistungsvolumen für die vom jeweiligen Vertragsarzt in der Arztpraxis und in der(n) Teilberufsausübungsgemeinschaft(en) erbrachten Leistungen ermittelt.

Für Vertragsärzte, die mit mehreren Gebiets- und Schwerpunktbezeichnungen zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen sind, treffen die Partner der Gesamtverträge eine Regelung über die Höhe des zutreffenden Regelleistungsvolumens und ggf. der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen.

1.2.3 Tätigkeitsumfang

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

1.3 Zuweisung

1.3.1 Arztpraxisbezogene Zuweisung der Regelleistungsvolumen

Die Zuweisung der Regelleistungsvolumen erfolgt praxisbezogen. Dabei ergibt sich die Höhe des Regelleistungsvolumens einer Arztpraxis aus der Addition der Regelleistungsvolumen je Arzt, der in der Arztpraxis tätig ist. Soweit im Folgenden

der Kooperationsgrad berücksichtigt wird, ist dieser wie folgt definiert:
Kooperationsgrad (KG) je Abrechnungsquartal in Prozent = $((\text{RLV-relevante Arztfallzahl der Arztpraxis im Vorjahresquartal} / \text{Zahl der Behandlungsfälle gemäß 2.6, Satz 1 im Vorjahresquartal}) - 1) * 100$.

Zur Förderung der vertragsärztlichen Versorgung in Berufsausübungsgemeinschaften wird das praxisbezogene Regelleistungsvolumen

- a) bei nicht standortübergreifenden fach- und schwerpunktgleichen Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten der gleichen Arztgruppe um 10 Prozent erhöht,
- b) bei standortübergreifenden fach- und schwerpunktgleichen Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten der gleichen Arztgruppe um 10 Prozent erhöht, soweit ein Kooperationsgrad von mindestens 10% erreicht wird,
- c) in fach- und schwerpunktübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten, in denen mehrere Ärzte unterschiedlicher Arztgruppen gemäß Anlage 2 tätig sind, wird das Regelleistungsvolumen unter Berücksichtigung des Kooperationsgrades der Einrichtung oder Praxis um die in nachstehender Tabelle in Prozent ausgewiesenen Anpassungsfaktoren erhöht.

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

Die Zuschläge nach a) bis c) werden aus dem Vergütungsvolumen gemäß 3.1.2, 5. Spiegelstrich vergütet. Über das Verfahren bei Über- und Unterschreitung des Vergütungsvolumens einigen sich die Partner der Gesamtverträge unter Beachtung des Grundsatzes gemäß I., zweiter Absatz.

Der Bewertungsausschuss wird die Auswirkungen dieser Regelung zeitnah überprüfen. Das Institut des Bewertungsausschusses wird beauftragt, die Auswirkungen der Regelungen gem. Nr. 1.3.1 insbesondere im Hinblick auf das Volumen der Zuschläge, die Auswirkungen auf die RLV-Fallwerte, die Fallzahlen und den Kooperationsgrad auf Basis der Abrechnungsdaten der Quartale 3/2011 und 4/2011 zu analysieren und dem Bewertungsausschuss bis zum 15. Juli 2012 die Ergebnisse dieser Analyse vorzulegen.

Die Partner des Gesamtvertrages können einvernehmliche Regelungen zu einer Anwendung der Zuschläge nach a) bis c) auch auf die qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen treffen. In die Analyse nach Absatz 4 sind die Auswirkungen der

gegebenenfalls getroffenen KV-spezifischen Regelungen von Zuschlägen zu den qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen mit einzubeziehen.

1.3.2 Arztpraxisbezogene Zuweisung qualifikationsgebundener Zusatzvolumen

Die Zuweisung der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen erfolgt praxisbezogen, wenn mindestens einer der Ärzte, die in der Arztpraxis tätig sind, über die Voraussetzung gemäß Ziffer 3.3 i.V.m. Anlage 3 für das jeweilige qualifikationsgebundene Zusatzvolumen verfügt. Dabei ergibt sich die Höhe des jeweiligen qualifikationsgebundenen Zusatzvolumens aus der Addition der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen je zur Abrechnung der entsprechenden Leistungen berechtigtem Arzt (unabhängig vom Zulassungsstatus), der in der Arztpraxis tätig ist.

1.4 Abrechnung

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

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

2.1 Ärzte und Arztgruppen

Regelleistungsvolumen kommen für Ärzte der in Anlage 2 genannten Arztgruppen zur Anwendung.

Qualifikationsgebundene Zusatzvolumen kommen für die in Anlage 3 aufgeführten ggf. im Gesamtvertrag modifizierten Arztgruppen und Leistungen zur Anwendung. Die Partner der Gesamtverträge können Zusammenfassungen von qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen in der Anlage 3 auch mit den Regelleistungsvolumen sowie qualifikationsgebundene Zusatzvolumen für weitere Leistungen und Arztgruppen vereinbaren.

Ermächtigte Krankenhausärzte sowie ermächtigte Krankenhäuser, Einrichtungen oder Institutionen erhalten ein Regelleistungsvolumen nach dem mit der Ermächtigung begründeten Versorgungsauftrag, es sei denn, die Partner der Gesamtverträge haben gleichwertige andere Maßnahmen zur Steuerung der Leistungen für ermächtigte Krankenhausärzte sowie ermächtigte Krankenhäuser, Einrichtungen oder Institutionen vereinbart. Über das Verfahren der Umsetzung einigen sich die Partner der Gesamtverträge.

2.2 Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

Die Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen nach Nr. 1.3 und 2.1 in Beschluss Teil B des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 2. September 2009 sowie Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen, die sich aus Vereinbarungen der Partner der Gesamtverträge nach § 87a Abs. 3 Satz 5, 2. Halbsatz SGB V ergeben, unterliegen nicht dem Regelleistungsvolumen.

2.3 Besonders förderungswürdige Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen

Die Partner der Gesamtverträge können gemäß § 87b Abs. 2 Satz 7 SGB V vereinbaren, dass besonders förderungswürdige Leistungen außerhalb der

Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen vergütet werden.

2.4 Vergütung und Steuerung psychotherapeutischer Leistungen

Die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM von Ärzten der in § 87b Abs. 2 Satz 6 SGB V genannten Arztgruppen werden aus dem Vergütungsanteil gemäß Anlage 4, Anhang 1, Schritt 17. unter Berücksichtigung der für diesen Leistungsbereich im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung erfolgenden Zahlungen mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet, wobei für die in 4.1 genannten Arztgruppen, bei denen diese Leistungen der Steuerung durch die zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen unterliegen, nur die Leistungen bis zur zeitbezogenen Kapazitätsgrenze gemäß 4.2.1 zu berücksichtigen sind. Über das Verfahren bei Über- und Unterschreitung des Vergütungsvolumens einigen sich die Partner der Gesamtverträge unter Beachtung des Grundsatzes gemäß I., zweiter Absatz.

Die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM von Ärzten aus nicht in § 87b Abs. 2 Satz 6 SGB V genannten Arztgruppen werden mit qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen aus dem arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen gemäß 3.1.3 vergütet. Wird die Höhe des einer Arztpraxis zugewiesenen Regelleistungsvolumens und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumens überschritten, erfolgt die Vergütung mit abgestaffelten Preisen gemäß 1.1.

Die nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen von Ärzten gemäß 4.1 werden innerhalb der zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen aus dem entsprechenden arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen gemäß 3.1.3 vergütet. Wird die Höhe der arztgruppenspezifischen zeitbezogenen Kapazitätsgrenze überschritten, erfolgt die Vergütung mit abgestaffelten Preisen gemäß 1.1.

Die nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der Abschnitte 35.1 und 35.3 EBM von Ärzten aus nicht in 4.1 aufgeführten Arztgruppen werden mit qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen aus dem entsprechenden arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen gemäß 3.1.3 vergütet. Wird die Höhe des einer Arztpraxis zugewiesenen Regelleistungsvolumen und der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen überschritten, erfolgt die Vergütung mit abgestaffelten Preisen gemäß 1.1.

2.5 Vergütung und Steuerung von Leistungen im Vorwegabzug

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

Die Konsiliar- und Grundpauschale für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin und ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin bei Probeneinsendungen (Gebührenordnungspositionen 12210 und 12220), der Grundpauschale für zur Abrechnung von Leistungen und Kostenerstattungen des Kapitels 32 ermächtigte Ärzte, Einrichtungen, Krankenhäuser und Institutionen (Gebührenordnungsposition 01320) sowie Leistungen und Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM werden aus dem Vergütungsvolumen gemäß Anlage 4, Anhang 1, Schritt 18. unter Berücksichtigung der für diesen Leistungsbereich im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung erfolgenden Zahlungen vergütet. Über das Verfahren bei Über- und Unterschreitung des Vergütungsvolumens einigen sich die Partner der Gesamtverträge unter Beachtung des Grundsatzes gemäß I., zweiter Absatz.

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

2.5.2 Vergütung und Steuerung von Leistungen des organisierten Notfalldienstes und der Notfallbehandlungen durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser

Leistungen des organisierten Notfalldienstes und der Notfallbehandlungen durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser während der Zeiten des organisierten Notdienstes gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 17. Sitzung am 16. Dezember 2009 werden aus dem Vergütungsvolumen gemäß Anlage 4, Anhang 1, Schritt 19. unter Berücksichtigung der für diesen Leistungsbereich im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung erfolgenden Zahlungen vergütet. Über das Verfahren bei Über- und Unterschreitung des Vergütungsvolumens einigen sich die Partner der Gesamtverträge unter Beachtung des Grundsatzes gemäß I., zweiter Absatz.

2.5.3 Vergütung und Steuerung pathologischer Leistungen des Kapitels 19 EBM bei Probeneinsendungen

Pathologische Leistungen des Kapitels 19 EBM werden aus dem Vergütungsvolumen gemäß 3.1.2, dritter Spiegelstrich vergütet, sofern sie zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen überwiesen werden. Über das Verfahren bei Über- und Unterschreitung des Vergütungsvolumens einigen sich die Partner der Gesamtverträge unter Beachtung des Grundsatzes gemäß I., zweiter Absatz.

2.5.4 Vergütung und Steuerung der Kostenpauschalen gemäß Kapitel 40 EBM

Die innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanzierten Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM werden aus dem Vergütungsvolumen gemäß 3.1.2, vierter Spiegelstrich vergütet. Über das Verfahren bei Über- und Unterschreitung des Vergütungsvolumens einigen sich die Partner der Gesamtverträge unter Beachtung des Grundsatzes gemäß I., zweiter Absatz.

2.5.5 Vergütung und Steuerung humangenetischer Leistungen des Kapitels 11 EBM bei Probeneinsendungen

Humangenetische Leistungen des Kapitels 11 EBM werden aus dem Vergütungsvolumen gemäß 3.1.2, 8. Spiegelstrich vergütet, sofern sie zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen überwiesen werden. Über das Verfahren bei Über- und Unterschreitung des Vergütungsvolumens einigen sich die Partner der Gesamtverträge unter Beachtung des Grundsatzes I., 2. Absatz.

2.6 Für Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundene Zusatzvolumen relevante Fälle

Für Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundene Zusatzvolumen relevante 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 und Überweisungsfälle zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen und Fälle, in denen ausschließlich Leistungen und Kostenerstattungen, die gemäß 2.2 bis 2.5 nicht dem Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen unterliegen, abgerechnet werden.

Zur Umsetzung des Arztbezuges gemäß Nr. 1.2.2 ist die Bemessung des Regelleistungsvolumens 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. Sofern möglich, kann die RLV-Fallzahl je Arztgruppe in einer Arztpraxis ermittelt werden.

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

3. Festsetzung der Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen

3.1.1 Versorgungsbereichsspezifisches Verteilungsvolumen

Die zutreffende kassenübergreifende unbereinigte morbiditätsbedingte Gesamtvergütung gemäß dem für das entsprechende Abrechnungsquartal geltenden Beschluss des (Erweiterten) Bewertungsausschusses stellt die Ausgangsgröße für die Ermittlung und Festsetzung der Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen dar. Diese Ausgangsgröße wird auf den haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich gemäß Anlage 4 verteilt. Es entsteht jeweils ein haus- bzw. fachärztliches (versorgungsbereichsspezifisches) Verteilungsvolumen.

3.1.2 Versorgungsbereichsspezifisches RLV-Verteilungsvolumen

Für den jeweiligen Versorgungsbereich wird als weitere Ausgangsgröße das versorgungsbereichsspezifische RLV-Verteilungsvolumen gebildet

- unter Berücksichtigung der zu erwartenden Zahlungen im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 75 Abs. 7 und 7a SGB V,
- unter Abzug der durch die Partner der Gesamtverträge festgesetzten Rückstellungen entsprechend dem jeweils gültigen Beschluss des (Erweiterten) Bewertungsausschusses
- unter Abzug der Vergütung für pathologische Leistungen des Kapitels 19 EBM als Überweisungsfälle zur Durchführung von Probenuntersuchungen,
- unter Abzug der Vergütung für innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanzierten Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM,
- unter Abzug der zu erwartenden Zahlungen für den Aufschlag bei Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Arztpraxen mit angestellten Ärzten,
- unter Abzug von 2 % des versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumens für abgestaffelt zu vergütenden Leistungen,
- unter Abzug des gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses nach 5. vereinbarten Vergütungsvolumens,
- unter Abzug der Vergütung für humangenetische Leistungen des Kapitels 11 EBM als Überweisungsfälle zur Durchführung von Probenuntersuchungen sowie
- unter Abzug der zu erwartenden Vergütung für die Gebührenordnungspositionen 01410, 01413 und 01415. Die Partner der Gesamtverträge treffen geeignete Maßnahmen zur Vermeidung ungewollter Ausweitungen der Besuchstätigkeit nach den Gebührenordnungspositionen 01410, 01413 und 01415. Bestehende Vereinbarungen der Partner der Gesamtverträge zur Förderung dieser Leistungen bleiben unberührt.

3.1.3 Arztgruppenspezifisches Verteilungsvolumen

Das versorgungsbereichsspezifische RLV-Verteilungsvolumen wird gemäß Anlage 5 jeweils auf die entsprechenden Arztgruppen gemäß Anlage 2 und Beschluss Teil F,

Abschnitt I., Nr. 4.1 verteilt. Es entsteht jeweils ein arztgruppenspezifisches Verteilungsvolumen.

3.1.4 Arztgruppenspezifische Vergütungsbereiche

Das arztgruppenspezifische Verteilungsvolumen wird gemäß Anlage 6 jeweils auf nachfolgende arztgruppenspezifische Vergütungsbereiche aufgeteilt:

- Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der Regelleistungsvolumen und
- Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen.

Vereinbaren die Partner der Gesamtverträge Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen gemäß 2.3 als besonders förderungswürdig, so ist ein entsprechender zusätzlicher Vergütungsbereich aus dem arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen zu bilden. Über das Verfahren einigen sich die Partner der Gesamtverträge.

3.2 Ermittlung der Regelleistungsvolumen je Arzt

3.2.1 Regelleistungsvolumen (RLV)

Jeder Arzt einer Arztgruppe gemäß Anlage 2 erhält ein arztgruppenspezifisches Regelleistungsvolumen. Die Höhe des Regelleistungsvolumens eines Arztes ergibt sich für die in Anlage 2 benannten Arztgruppen aus der Multiplikation des zum jeweiligen Zeitpunkt gültigen KV-bezogenen arztgruppenspezifischen Fallwertes (FW_{AG}) gemäß Anlage 7 und der RLV-Fallzahl des Arztes gemäß 2.6 im Vorjahresquartal. Der für einen Arzt zutreffende arztgruppenspezifische Fallwert nach Satz 2 wird für jeden über 150 % der durchschnittlichen RLV-Fallzahl der Arztgruppe gemäß 2.3 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.

Aus Sicherstellungsgründen kann im Einzelfall von der Minderung des Fallwertes abgewichen werden. Über das Verfahren der Umsetzung einigen sich die Partner der Gesamtverträge. Für Ärzte, die ihre vertragsärztliche Tätigkeit in Planungsbereichen ausüben, in denen gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung (Bedarfsplanungs-Richtlinie) für die jeweilige Arztgruppe Unterversorgung festgestellt worden ist bzw. die von Unterversorgung bedroht sind, findet die Fallzahlabstaffelung gemäß Absatz 1 keine Anwendung.

Die Partner der Gesamtverträge können abweichend von der Vorgabe eines einheitlichen arztgruppenspezifischen Fallwertes gemäß Anlage 7 eine Differenzierung in Gruppen von Ärzten mit unterschiedlich hohem Leistungsbedarf in 2008 der in dem Regelleistungsvolumen enthaltenen Leistungen vornehmen.

Die Partner der Gesamtverträge vereinbaren geeignete Maßnahmen zur Steuerung der RLV-Fallzahl.

3.2.2 Berücksichtigung der Morbidität im Regelleistungsvolumen

Der Bewertungsausschuss stellt fest, dass das Kriterium Geschlecht sich nicht zur Abbildung der Morbidität eignet, da das abgerechnete Volumen durch dieses Kriterium nicht signifikant beeinflusst wird. Zur Berücksichtigung des Morbiditätskriteriums Alter ist das RLV gemäß 3.2.1 unter Berücksichtigung der Versicherten nach Altersklassen gemäß Anlage 7, Nr. 3 zu ermitteln.

3.3 Ermittlung der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen je Arzt

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

- er mindestens eine Leistung des entsprechenden qualifikationsgebundenen Zusatzvolumens im jeweiligen Vorjahresquartal erbracht hat und
- er die zutreffende Gebiets- bzw. Schwerpunktbezeichnung führt. Unterliegt die Voraussetzung zur Erbringung von in qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen aufgeführten Leistungen einer Qualifikation nach § 135 Abs. 2 SGB V, § 137 SGB V oder dem Führen einer Zusatzbezeichnung ist der Nachweis zusätzlich erforderlich oder
- die Versorgung der Versicherten mit einer Leistung des qualifikationsgebundenen Zusatzvolumens aus Sicherheitsgründen notwendig ist und/oder
- die Partner der Gesamtverträge andere Regelungen vereinbart haben (z. B. für Neupraxen).

Die Partner der Gesamtverträge können abweichend von der Vorgabe eines für alle berechtigten Ärzte einheitlichen qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen eine Differenzierung in Gruppen von Ärzten mit unterschiedlich hohem Leistungsbedarf in 2008 der in einem qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen enthaltenen Leistungen oder gemäß § 136 Abs. 4 SGB V vornehmen.

Die Partner der Gesamtverträge können Zusammenfassungen von qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen in der Anlage 3 auch mit den Regelleistungsvolumen sowie qualifikationsgebundene Zusatzvolumen für weitere Leistungen und Arztgruppen vereinbaren.

Die Berechnung der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen erfolgt je Arzt oder je Fall gemäß Anlage 8. Von der in Anlage 8 beschriebenen Berechnung können die Partner der Gesamtverträge abweichen, wenn im Falle einer niedrigen Anzahl der für ein qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen berechtigten Ärzte eine statistische Ermittlung nicht mehr vertretbar ist. In diesem Fall können sie von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bundesweit ermittelte Werte für die entsprechenden qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen verwenden. Über das Verfahren zur Umsetzung der Berechnung der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen einigen sich die Partner der Gesamtverträge.

3.4 Unvorhersehbarer Anstieg der Morbidität

Nachzahlungen von Krankenkassen aufgrund des in Beschluss Teil E des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 2. September 2009 festgelegten Verfahrens zur Bestimmung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 3 Satz 4 SGB V führen ggf. zu Nachzahlungen im Rahmen der Honorarbescheidung der Abrechnungsquartale nach den angeforderten Leistungen.

3.5 Kriterien zur Ausnahme von der Abstaffelung

Auf Antrag des Arztes und nach Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung können Leistungen über das arzt-/praxisbezogene Regelleistungsvolumen hinaus mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet werden. Über das Verfahren der Umsetzung einigen sich die Partner der Gesamtverträge.

- Bei einer außergewöhnlich starken Erhöhung der Zahl der behandelten Versicherten aufgrund

- Urlaubs- und krankheitsbedingte Vertretung eines Arztes der eigenen Berufsausübungsgemeinschaft
- Urlaubs- und krankheitsbedingte Vertretung eines Arztes einer Arztpraxis in der näheren Umgebung der Arztpraxis
- Aufgabe einer Zulassung oder genehmigten Tätigkeit eines Arztes der eigenen Berufsausübungsgemeinschaft
- Aufgabe einer Zulassung oder genehmigten Tätigkeit eines Arztes in der näheren Umgebung der Arztpraxis
- eines außergewöhnlichen und/oder durch den Arzt unverschuldeten Grundes, der zu einer niedrigeren Fallzahl des Arztes im Aufsatzquartal geführt hat. Hierzu zählt z. B. Krankheit des Arztes.
- der Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit in einem Planungsbereich, der für diese Arztgruppe von Unterversorgung betroffen bzw. von Unterversorgung bedroht ist und in dem die Sicherstellung der medizinischen Versorgung – auch nach Anwendung der Regelung gemäß Abschnitt I., Nr. 3.2.1, zweiter Absatz, Satz 3 – nicht in ausreichendem Maße gewährleistet ist.

3.6 Regelleistungsvolumen bei Neuzulassung und Umwandlung der Kooperationsform

Die Partner der Gesamtverträge beschließen für Neuzulassungen von Vertragsärzten, Praxen in der Anfangsphase und Umwandlung der Kooperationsform Anfangs- und Übergangsregelungen. Über das Verfahren der Umsetzung einigen sich die Partner der Gesamtverträge.

3.7 Praxisbesonderheiten

Die Praxisbesonderheiten werden zwischen den Partnern der Gesamtverträge geregelt. Praxisbesonderheiten ergeben sich aus einem besonderen Versorgungsauftrag oder einer besonderen, für die Versorgung bedeutsamen fachlichen Spezialisierung. Über das Verfahren der Umsetzung einigen sich die Partner der Gesamtverträge. Ein besonderer Versorgungsauftrag kann sich aus der Besuchstätigkeit in der ärztlichen Betreuung in beschützenden Wohnheimen bzw. Einrichtungen bzw. Alten- oder Pflegeheimen ergeben.

3.8 Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten

Die Partner der Gesamtverträge können geeignete Maßnahmen zur Vermeidung überproportionaler Honorarverluste vereinbaren, sofern die Honorarminderung mit der Umstellung der Mengensteuerung auf die neue Systematik oder dadurch begründet ist, dass die Partner der Gesamtverträge bisherige Regelungen zu den sogenannten extrabudgetären Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen nicht fortgeführt haben.

3.9 Information durch die Kassenärztliche Vereinigung

Die Kassenärztliche Vereinigung informiert quartalsweise die Krankenkassen über die Zuweisung der Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen an die Arztpraxis gemäß 1.3.

4. Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen

4.1 Anwendungsbereich

Abweichend von den Regelungen für Arztgruppen gemäß Anlage 2 werden für

- Psychologische Psychotherapeuten
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
- Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie

- andere ausschließlich psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte gemäß den Kriterien der Bedarfsplanungsrichtlinien

zeitbezogene Kapazitätsgrenzen je Quartal durch die Kassenärztlichen Vereinigungen jedem Arzt zugewiesen, um eine übermäßige Ausdehnung der psychotherapeutischen Tätigkeit zu verhindern.

Die Summe der Leistungen mit einer abgerechneten ärztlichen bzw. therapeutischen Zuwendungszeit gemessen nach den Prüfzeiten der Leistungen des Anhangs 3 zum Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) in der gültigen Fassung sind bis zu der gemäß 4.2 ermittelten zeitbezogenen Kapazitätsgrenze je Arzt mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung zu vergüten.

Überschreitet die abgerechnete ärztliche bzw. therapeutische Zuwendungszeit gemessen nach den Prüfzeiten der Leistungen des Anhangs 3 zum Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) in der gültigen Fassung die gemäß 4.2 ermittelte zeitbezogene Kapazitätsgrenze je Arzt, so werden diese Leistungen maximal bis zur 1,5-fachen zeitbezogenen Kapazitätsgrenze mit den abgestaffelten Preisen nach 1.1 vergütet.

4.2 Ermittlung und Festsetzung der Kapazitätsgrenzen

4.2.1 Antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen der Psychotherapie

Als Anteil der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze für die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der in 4.1 genannten Arztgruppen werden je Arzt 27.090 Minuten je Abrechnungsquartal festgelegt.

4.2.2 Nicht antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen

Als Anteil der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze für die nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der in 4.1 genannten Arztgruppen wird die arztgruppenspezifische, durchschnittlich abgerechnete ärztliche bzw. therapeutische Zuwendungszeit je Arzt gemessen nach den Prüfzeiten der Leistungen des Anhangs 3 zum Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) in der gültigen Fassung ermittelt.

4.2.3 Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen

Je Arzt bzw. Psychotherapeut der in 4.1 genannten Arztgruppen ergibt sich die zeitbezogene Kapazitätsgrenze aus der Addition der Werte in 4.2.1 und 4.2.2.

4.3 Finanzierung der Leistungen innerhalb der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze

Für die Umsetzung der Vergütung der antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen sowie der nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen bis zur zeitbezogenen Kapazitätsgrenze mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung ist ein Vergütungsvolumen aus der Summe der Vergütungsvolumen gemäß Abschnitt I, Nr. 2.4, erster Absatz sowie dem für die in 4.1 genannten Arztgruppen ermittelten arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen gemäß Abschnitt I, 3.1.3 zu bilden. Über das Verfahren bei Über- und Unterschreitung des Vergütungsvolumens nach Satz 1 einigen sich die Partner der Gesamtverträge unter Beachtung des Grundsatzes gemäß I., zweiter Absatz, der gesetzlichen Vorgaben des §87b Abs. 2 Satz 6 SGB V und der Rechtsprechung des BSG.

5. Bereinigung des Regelleistungsvolumens bei Selektivverträgen

Der (Erweiterte) Bewertungsausschuss hat in separaten Beschlüssen ein konkretes Verfahren zur Ermittlung des zu bereinigenden Behandlungsbedarfs bei Beitritt eines Versicherten zu einem Vertrag gemäß §§ 73b, 73c und 140d SGB V sowie zur damit verbundenen Bereinigung der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen festgelegt.

II. Konvergenzphase für die Steuerung der Auswirkungen der Umsetzung des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung, insbesondere Teil F, Beschluss zur Berechnung und zur Anpassung der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen nach § 87b Abs. 2 und 3 SGB V

1. Zur Vermeidung von überproportionalen Honorarverlusten und zur Sicherung der flächendeckenden Versorgung mit vertragsärztlichen Leistungen können die Partner der Gesamtverträge¹ einvernehmlich und zeitlich begrenzt bis zum 31. Dezember 2011 ein Verfahren zur schrittweisen Anpassung der Steuerung der vertragsärztlichen Leistungen, insbesondere der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen (Konvergenzverfahren) beschließen, sofern diese Honorarverluste durch die Umstellung der Steuerung auf die neue Systematik begründet sind.

Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, die außerhalb der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen vergütet werden, können – soweit dies nicht bereits gemäß Abschnitt I. dieses Beschlusses erfolgt – einer Steuerung unterzogen werden, um einer nachteiligen Auswirkung auf die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zu Lasten anderer Ärzte oder Arztgruppen (z. B. durch Mengenentwicklung) entgegenzuwirken. Dies gilt auch für Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, welche von Arztgruppen erbracht werden, die nicht dem Regelleistungsvolumen unterliegen.

Für den Fall, dass es für Kostenerstattungen des Abschnitts 32.2 Verlagerungen zwischen dem haus- und dem fachärztlichen Versorgungsbereich aufgrund der zum 1. Oktober 2008 in Kraft getretenen Laborreform gibt, treffen die Partner der Gesamtverträge geeignete Maßnahmen, die sicherstellen, dass es nicht zu – durch die Laborreform bedingten – finanziellen Verwerfungen zwischen den Versorgungsbereichen kommt.

2. Soweit die Partner der Gesamtverträge ein Verfahren nach 1. beschließen, wird dieses mit dem Ziel einer schrittweisen Anpassung der Steuerung der vertragsärztlichen Leistungen, insbesondere der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen an die sich aus der Beschlussfassung des Erweiterten Bewertungsausschusses zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung ergebenden Vorgaben ausgestaltet.
3. Für die Vergütung der antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der Richtlinien-Psychotherapie der in § 87b Abs. 2 Satz 6 SGB V genannten Ärzte und Psychotherapeuten sind die gesetzlichen Vorgaben, die Rechtsprechung des BSG und die in Abschnitt I., Ziffer 4. genannten Vorschriften zwingend zu beachten.
4. Weiterhin ist Anlage 4 zur Trennung der Anteile der hausärztlichen und fachärztlichen Vergütung zu beachten.
5. Bestehende Differenzen zwischen der sich aus der jeweiligen Beschlussfassung des (Erweiterten) Bewertungsausschusses ergebenden Steuerung der vertragsärztlichen Leistungen insbesondere der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen sowie der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen und der aus dem regionalen Verfahren nach 1. ergebenden Steuerung der vertragsärztlichen Leistungen sind in quartalsweise erfolgenden Schritten bis zum 31. Dezember 2011 vollständig aufzuheben.
6. Hierzu sind im Interesse einer größtmöglichen Transparenz die durch die Gesamtvertragspartner beschlossenen Regelungen nach Ziffer 1. bis 4., die auf dieser Grundlage getroffenen Maßnahmen und ihre Auswirkungen im Vergleich zur Umsetzung der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen und der

¹ Die Bezeichnung „Partner der Gesamtverträge“ bezieht sich auf die Kassenärztlichen Vereinigungen sowie gemeinsam und einheitlich die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen.

qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen entsprechend den unveränderten Vorgaben der Beschlüsse des (Erweiterten) Bewertungsausschusses analog den Regelungen in Abschnitt III. dieses Beschlusses durch die Kassenärztliche Vereinigung zu dokumentieren und an die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen sowie über die Kassenärztliche Bundesvereinigung an das Institut des Bewertungsausschusses und den GKV-Spitzenverband zu übermitteln.

7. Die Regelungen unter den Ziffern 1. bis 5. lösen keine Nachschusspflicht der Krankenkassen aus und sind nicht schiedsfähig. Bei der Bildung von Rückstellungen gemäß dem jeweils gültigen Beschluss des (Erweiterten) Bewertungsausschusses und bei den Vorwegabzügen gemäß Abschnitt 1, Ziffer 3.1.2 sind die Auswirkungen der Anwendung von Ziffern 1. bis 4. zum Zwecke der Vermeidung von Unterdeckungen zu berücksichtigen.
8. Die Regelungen nach den Ziffern 1. bis 7. schreiben den Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 9. Sitzung am 15. Januar 2009 zur Umsetzung und Weiterentwicklung der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen nach § 87b Abs. 2 und 3 SGB V (Teil A), geändert durch den Erweiterten Bewertungsausschuss in seiner 10. Sitzung am 27. Februar 2009, ergänzt durch den Bewertungsausschuss in seiner 180. Sitzung (Teil B) am 20. April 2009 sowie fortgeschrieben durch den Bewertungsausschuss in seiner 199. Sitzung am 22. September 2009, geändert in der 215. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung), fort und ersetzen diesen mit Wirkung ab 1. Juli 2010.

III. Information der Kassenärztlichen Vereinigungen über die Zuweisung und Auslastung der Regelleistungsvolumen, qualitätsgebundenen Zusatzvolumen und zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen

In Abschnitt I., Ziffer 3.9 ist grundsätzlich beschlossen, dass die Kassenärztliche Vereinigung quartalsweise die Krankenkassen über die Zuweisung der Regelleistungsvolumen und qualitätsgebundenen Zusatzvolumen an den Arzt oder die Arztpraxis gemäß der Vorgaben des Beschlusses informiert. Für die Konkretisierung der Umsetzung dieser Information fasst der Bewertungsausschuss folgenden Beschluss zum Nachweis und zur Auslastung der Regelleistungsvolumen, qualitätsgebundenen Zusatzvolumen und zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen.

Zur Information über die Zuweisung der Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen an den Arzt oder die Arztpraxis sowie der zeitgebundenen Kapazitätsgrenzen gemäß Abschnitt I., Ziffer 4 an den Arzt bzw. Psychotherapeuten und über die Verwendung der bei der Ermittlung eingestellten Beträge übermitteln die Kassenärztlichen Vereinigungen an die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen sowie über die Kassenärztliche Bundesvereinigung an das Institut des Bewertungsausschusses und den GKV-Spitzenverband bis zum Ende des 6. Monats nach Abschluss des jeweiligen Abrechnungsquartals Daten gemäß dem für das jeweilige Quartal geltenden Beschluss des Bewertungsausschusses zur elektronischen Übermittlung von RLV-Transparenzdaten.

IV. Auswirkungen der Regelungen in den Abschnitten I. bis III.

Der Bewertungsausschuss wird die Vorgaben in den Abschnitten I. bis III. dieses Beschlusses insgesamt überprüfen und ggf. Änderungen beschließen, insbesondere hinsichtlich

- der Zuweisung der Regelleistungsvolumen zu Berufsausübungsgemeinschaften gemäß Abschnitt I., Nr. 1.3.1,

- der Übertragungen in Folgequartale und Rückführung in das Verteilungsvolumen für abgestaffelt vergütete Leistungen von Vergütungen aus Rückstellungen und Vorwegabzügen,
- der Entwicklung der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung und die Auswirkungen der gesetzlichen Vorgabe in § 87a Abs. 3a SGB V zur Anerkennung der Preise der regionalen Euro-Gebührenordnung am Ort der Leistungserbringung,
- der Einführung der Punktwerte bei Unter- und Überversorgung,
- der aus dem Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses zur Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen in seiner 17. Sitzung am 16. Dezember 2009 folgenden Spitzabrechnung sowie
- der Konvergenzregelungen gemäß Abschnitt II.

Anlage 1

zum

Beschluss Teil F, Abschnitt I.

Beschluss des Bewertungsausschusses gemäß § 87b Abs. 4 Satz 1 SGB V zur Berechnung und zur Anpassung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen nach § 87b Abs. 2 und 3 SGB V

Ermittlung des abgestaffelten Preises gemäß 1.1

1. Im jeweiligen Quartal werden versorgungsbereichsspezifisch die über die Regelleistungsvolumen und die qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen hinausgehenden Vergütungen festgestellt.
2. In demselben Quartal wird versorgungsbereichsspezifisch das Vergütungsvolumen für abgestaffelte Preise gemäß Abschnitt I., Ziffer 3.1.2 in Höhe von 2% des versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumens ermittelt. Ggf. kommen ergänzend Vergütungsvolumen aus den Vorwegabzügen gemäß Anlage 4, Anhang 1 und Abschnitt I., Ziffer 3.1.2 in Verbindung mit dem jeweils gültigen Beschluss des (Erweiterten) Bewertungsausschusses hinzu.
3. Die Vergütung aus 2. wird durch die Vergütung aus 1. dividiert. Es entsteht eine Quote für die abgestaffelt zu vergütenden Leistungen.
4. Die über die Regelleistungsvolumen und die qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen hinausgehenden Vergütungen werden mit der Quote nach 3. multipliziert.

Anlage 2

zum

Beschluss Teil F, Abschnitt I.

Beschluss des Bewertungsausschusses gemäß § 87b Abs. 4 Satz 1 SGB V zur Berechnung und zur Anpassung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen nach § 87b Abs. 2 und 3 SGB V

Arztgruppen gemäß 2.1

1. Für nachfolgende Arztgruppen werden Regelleistungsvolumen gemäß § 87b Abs. 2 und 3 SGB V ermittelt und festgesetzt.
2. Die Partner der Gesamtverträge können Modifikationen (z. B. Differenzierungen oder Zusammenfassungen) von relevanten Arztgruppen vereinbaren, insbesondere bei Arztgruppen mit unterschiedlichen Schwerpunkten der Leistungserbringung (zum Beispiel für Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Nephrologie mit und ohne Erbringung von Blutreinigungsverfahren).
3. Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt können durch die Kassenärztlichen Vereinigungen entsprechenden Arztgruppen zugeordnet werden.
4. Für Regelleistungsvolumen relevante Arztgruppen
 - 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 Neurochirurgie
 - Fachärzte für Frauenheilkunde
 - Fachärzte für Frauenheilkunde mit fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin
 - Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde
 - Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten
 - Fachärzte für Humangenetik
 - Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören
 - Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie
 - Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie und invasiver Tätigkeit
 - Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Endokrinologie

- 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 Kardiologie und invasiver Tätigkeit
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Nephrologie
- Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
- Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
- Fachärzte für Nervenheilkunde
- Fachärzte für Neurologie
- Fachärzte für Nuklearmedizin
- Fachärzte für Orthopädie
- Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie
- Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie
- Fachärzte für Diagnostische Radiologie
- Fachärzte für Urologie
- Fachärzte für Physikalisch-Rehabilitative Medizin
- Ausschließlich bzw. weit überwiegend schmerztherapeutisch tätige Vertragsärzte gemäß Präambel 30.7 Nr. 6 EBM

Anlage 3
zum
Beschluss Teil F, Abschnitt I.

**Beschluss des Bewertungsausschusses gemäß § 87b Abs. 4 Satz 1
SGB V zur Berechnung und zur Anpassung
von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen nach
§ 87b Abs. 2 und 3 SGB V**

**Zuordnung der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen
gemäß 2.1**

1. Für nachfolgende ggf. im Gesamtvertrag modifizierte Arztgruppen werden qualifikationsgebundene Zusatzvolumen (QZV) für die im Folgenden genannten Leistungen ermittelt und festgesetzt.
2. Die Partner der Gesamtverträge können Zusammenfassungen von qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen in der Anlage 3 auch mit den Regelleistungsvolumen sowie qualifikationsgebundene Zusatzvolumen für weitere Arztgruppen und Leistungen vereinbaren.
3. Nachfolgende qualifikationsgebundene Zusatzvolumen (QZV) setzen sich systematisch für alle Arztgruppen aus denselben Gebührenordnungspositionen zusammen. Die berufsrechtlichen Bestimmungen zur Erbringung von Leistungen und die Abrechnungsbestimmungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) bleiben von der nachfolgenden Zuordnung der Gebührenordnungspositionen zu den Arztgruppen unberührt.

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören	Akupunktur	30790, 30791
	Allergologie (Zusatzbezeichnung)	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123
	Behandlung des diabetischen Fußes	02311
	Behandlung von Hämorrhoiden	30610, 30611
	Chirotherapie	30200, 30201
	Dringende Besuche	01411, 01412
	Ergometrie	03321
	Hyposensibilisierungsbehandlung	30130
	Kardiorespiratorische Polygraphie	30900
	Kleinchirurgie	02300, 02301, 02302, 02310

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören	Langzeit-Blutdruckmessung	03324
	Langzeit-EKG	03241, 03322
	Phlebologie	30500, 30501
	Physikalische Therapie	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421
	Proktologie	03331, 03332, 30600, 30601
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150
	Richtlinienpsychotherapie II	35200, 35201, 35202, 35203, 35210, 35211, 35220, 35221, 35222, 35223, 35224, 35225
	Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	30700, 30702, 30704, 30706, 30708
	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092
	Sonographie III	33060, 33061, 33062
	Spirometrie	03330
	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102
	Verordnung medizinischer Rehabilitation	01611

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	Akupunktur	30790, 30791
	Allergologie	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123
	Dringende Besuche	01411, 01412
	Ergometrie	04321
	Gastroenterologie I	04511, 04513
	Hyposensibilisierungsbehandlung	30130
	Labor Grundpauschale	12225
	Langzeit Blutdruckmessung	04324
	Langzeit-EKG	04241, 04322
	Nephrologische Leistungen	04560, 04561, 04562, 04564, 04565, 04566, 04572, 04573
	Neurophysiologische Übungsbehandlung	30300, 30301
	Physikalische Therapie	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150
	Richtlinienpsychotherapie II	35200, 35201, 35202, 35203, 35210, 35211, 35220, 35221, 35222, 35223, 35224, 35225
	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, 33076
	Spirometrie	04330
	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102
Verordnung medizinischer Rehabilitation	01611	

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Fachärzte für Anästhesiologie	Akupunktur	30790, 30791
	Dringende Besuche	01411, 01412
	Labor-Grundpauschale	12225
	Narkosen bei Geburtshilfe	05360, 05361, 05370, 05371, 05372
	Narkosen bei zahnärztlicher Behandlung	05330, 05331, 05340, 05341, 05350
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512
	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150
	Richtlinienpsychotherapie II	35200, 35201, 35202, 35203, 35210, 35211, 35220, 35221, 35222, 35223, 35224, 35225
	Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	30700, 30702, 30704, 30706, 30708
	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760
	Schwangerschaftsabbruch	01903, 01910, 01913
	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungs- positionen des EBM
Fachärzte für Augenheilkunde	Dringende Besuche	01411, 01412
	Elektroophthalmologie	06312
	Fluoreszenzangiographie	06331
	Kontaktlinsenanpassung	06340, 06341, 06342, 06343
	Labor-Grundpauschale	12225
	Photodynamische Therapie	06332
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Sonographie I	33000, 33001, 33002, 33011
	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie, für Neurochirurgie	Akupunktur	30790, 30791
	Behandlung des diabetischen Fußes	02311
	Behandlung von Hämorrhoiden	30610, 30611
	Dringende Besuche	01411, 01412, 01415
	Chirotherapie	30200, 30201
	Gastroenterologie I	13400, 13401, 13402, 13410, 13411, 13412
	Gastroenterologie II	13420, 13662, 13663, 13664, 13670
	Labor-Grundpauschale	12225
	Phlebologie	30500, 30501
	Physikalische Therapie	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 30431
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512
	Proktologie	30600, 30601
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760
	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	

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie, für Neurochirurgie	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
	Verordnung medizinischer Rehabilitation	01611
	Ulcus cruris, CVI	02312, 02313
	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
<p>Fachärzte für Frauenheilkunde, Fachärzte für Frauenheilkunde mit fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin</p>	Dringende Besuche	01411, 01412
	Geburtshilfe	08231
	Inkontinenzbehandlung	08310, 08311
	Kurative Mammographie	34270, 34271, 34272, 34273
	Labor-Grundpauschale	12225
	Mamma-Sonographie, Stanzbiopsie	08320, 33041
	Physikalische Therapie	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 30431
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512
	Proktologie	08333, 08334, 30600, 30601
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Reproduktionsmedizin	08230
	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150
	Richtlinienpsychotherapie II	35200, 35201, 35202, 35203, 35210, 35211, 35220, 35221, 35222, 35223, 35224, 35225
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102
Zytologie	19310 bis 19312, 19331	

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	Allergologie	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123
	Bronchoskopie	09315, 09316
	Chirotherapie	30200, 30201
	Dringende Besuche	01411, 01412
	Gastroenterologie I	09317
	Hyposensibilisierungsbehandlung	30130
	Otoakustische Emissionen	09324, 09327, 09340
	Kardiorespiratorische Polygraphie	30900
	Labor-Grundpauschale	12225
	Phoniatrie, Pädaudiologie	09330, 09331, 09332, 09333, 09335, 09336
	Polysomnographie	30901
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150
	Richtlinienpsychotherapie II	35200, 35201, 35202, 35203, 35210, 35211, 35220, 35221, 35222, 35223, 35224, 35225
	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760
Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	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
	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten	Allergologie	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123
	Behandlung des diabetischen Fußes	02311
	Behandlung von Hämorrhoiden	30610, 30611
	Dermatologische Lasertherapie	10320, 10322, 10324
	Dringende Besuche	01411, 01412
	Histologie	19310 bis 19312, 19315, 19320
	Hyposensibilisierungsbehandlung	30130
	Labor-Grundpauschale	12225
	Phlebologie	30500, 30501
	Verordnung medizinischer Rehabilitation	01611
	Physikalische Therapie	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 30431
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512
	Proktologie	30600, 30601
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150
	Richtlinienpsychotherapie II	35200, 35201, 35202, 35203, 35210, 35211, 35220, 35221, 35222, 35223, 35224, 35225
	Sonographie Haut	33080, 33081
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
	Ulcus cruris, CVI	02312, 02313
Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102	

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	Akupunktur	30790, 30791
	Allergologie (Zusatzbezeichnung)	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123
	Behandlung des diabetischen Fußes	02311
	Behandlung von Hämorrhoiden	30610, 30611
	Dringende Besuche	01411, 01412
	Hyposensibilisierungsbehandlung	30130
	Kardiorespiratorische Polygraphie	30900
	Kleinchirurgie	02300, 02301, 02302, 02310
	Kontrolle Herzschrittmacher	13552
	Labor- Grundpauschale	12225
	Langzeit-EKG	13252, 13253
	Phlebologie	30500, 30501
	Physikalische Therapie	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512
	Proktologie	13257, 30600, 30601
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150
	Richtlinienpsychotherapie II	35200, 35201, 35202, 35203, 35210, 35211, 35220, 35221, 35222, 35223, 35224, 35225
	Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	30700, 30702, 30704, 30706, 30708
	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	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
	Ulcus cruris, CVI	02312, 02313
	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102
	Verordnung medizinischer Rehabilitation	01611

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
<p>Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie, Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie und invasiver Tätigkeit</p>	Akupunktur	30790, 30791
	Behandlung des diabetischen Fußes	02311
	Dringende Besuche	01411, 01412
	Interventionelle Radiologie	01530, 01531, 34283, 34284, 34285, 34286, 34287
	Invasive Kardiologie	01520, 01521, 34291, 34292
	Kardiorespiratorische Polygraphie	30900
	Kleinchirurgie	02300, 02301, 02302, 02310
	Kontrolle Herzschrittmacher	13552
	Labor-Grundpauschale	12225
	Langzeit-EKG	13252, 13253
	Phlebologie	30500, 30501
	Physikalische Therapie	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150
	Richtlinienpsychotherapie II	35200, 35201, 35202, 35203, 35210, 35211, 35220, 35221, 35222, 35223, 35224, 35225
	Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	30700, 30702, 30704, 30706, 30708
Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760	

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie, Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie und invasiver Tätigkeit	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
	Ulcus cruris, CVI	02312, 02313
	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102
	Verordnung medizinischer Rehabilitation	01611

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Endokrinologie	Behandlung des diabetischen Fußes	02311
	Dringende Besuche	01411, 01412
	Kontrolle Herzschrittmacher	13552
	Labor-Grundpauschale	12225
	Osteodensitometrie	34600
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102
	Verordnung medizinischer Rehabilitation	01611

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie	Behandlung von Hämorrhoiden	30610, 30611
	Dringende Besuche	01411, 01412
	Hyposensibilisierungsbehandlung	30130
	Kardiorespiratorische Polygraphie	30900
	Kontrolle Herzschrittmacher	13552
	Langzeit-EKG	13252, 13253
	Labor-Grundpauschale	12225
	Phlebologie	30500, 30501
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512
	Proktologie	13257, 30600, 30601
	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
	Ulcus cruris, CVI	02312, 02313
	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102
Verordnung medizinischer Rehabilitation	01611	

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/ Onkologie	Dringende Besuche	01411, 01412
	Gastroenterologie I	13400, 13401, 13402, 13410, 13411, 13412
	Labor-Grundpauschale	12225
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	30701, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760
	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
	Ulcus cruris, CVI	02312, 02313
	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102
	Verordnung medizinischer Rehabilitation	01611

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
<p>Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie, Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie und invasiver Tätigkeit</p>	Dringende Besuche	01411, 01412
	Kardiorespiratorische Polygraphie	30900
	Labor-Grundpauschale	12225
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Sonographie I	33000, 33001, 33002, 33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503
	Ulcus cruris, CVI	02312, 02313
	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102
	Verordnung medizinischer Rehabilitation	01611

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie	Allergologie	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123
	Bronchoskopie	13362, 13663, 13664, 13670
	Dringende Besuche	01411, 01412
	Hyposensibilisierungsbehandlung	30130
	Labor-Grundpauschale	12225
	Verordnung medizinischer Rehabilitation	01611
	Physikalische Therapie	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 30431
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Polysomnographie	30901
	Sonographie I	33000, 33001, 33002, 33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092
	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040
	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
Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102	

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie	Akupunktur	30790, 30791
	Chirotherapie	30200, 30201
	Dringende Besuche	01411, 01412
	Labor-Grundpauschale	12225
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760
	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
	Osteodensitometrie	34600
	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102
	Verordnung medizinischer Rehabilitation	01611

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Nephrologie	Behandlung des diabetischen Fußes	02311
	Dringende Besuche	01411, 01412
	Labor-Grundpauschale	12225
	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102
	Verordnung medizinischer Rehabilitation	01611

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungs- positionen des EBM
Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	Dringende Besuche	01411, 01412
	Labor-Grundpauschale	12225
	Neurophysiologische Übungsbehandlung	30300, 30301
	Physikalische Therapie	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150
	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Fachärzte für Nervenheilkunde	Akupunktur	30790, 30791
	Betreuung neurologisch bzw. psychisch Kranker im sozialen Umfeld	16230, 16231, 21230, 21231
	Chirotherapie	30200, 30201
	Dringende Besuche	01411, 01412
	Kardiorespiratorische Polygraphie	30900
	Labor-Grundpauschale	12225
	Neurophysiologische Übungsbehandlung	30300, 30301
	Physikalische Therapie	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150
	Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	30700, 30702, 30704, 30706, 30708
	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
	Soziotherapie	30810, 30811
	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102
Verordnung medizinischer Rehabilitation	01611	

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Fachärzte für Neurologie	Akupunktur	30790, 30791
	Betreuung psychisch, neurologisch Kranker im sozialen Umfeld	16230, 16231
	Chirotherapie	30200, 30201
	Dringende Besuche	01411, 01412
	Kardiorespiratorische Polygraphie	30900
	Labor-Grundpauschale	12225
	Neurophysiologische Übungsbehandlung	30300, 30301
	Physikalische Therapie	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 30431
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150
	Richtlinienpsychotherapie II	35200, 35201, 35202, 35203, 35210, 35211, 35220, 35221, 35222, 35223, 35224, 35225
	Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	30700, 30702, 30704, 30706, 30708
	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102
Verordnung medizinischer Rehabilitation	01611	

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Fachärzte für Nuklearmedizin	Labor-Grundpauschale	12225
	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
	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
	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01102

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Fachärzte für Orthopädie	Akupunktur	30790, 30791
	Behandlung des diabetischen Fußes	02311
	Chirotherapie	30200, 30201
	Dringende Besuche	01411, 01412
	Labor-Grundpauschale	12225
	Neurophysiologische Übungsbehandlung	30300, 30301
	Osteodensitometrie	34600
	Physikalische Therapie	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150
	Richtlinienpsychotherapie II	35200, 35201, 35202, 35203, 35210, 35211, 35220, 35221, 35222, 35223, 35224, 35225
	Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	30700, 30702, 30704, 30706, 30708
	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Fachärzte für Orthopädie	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
	Ulcus cruris, CVI	02312, 02313
	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102
	Verordnung medizinischer Rehabilitation	01611

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie	Allergologie (Zusatzbezeichnung)	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123
	Dringende Besuche	01411, 01412
	Hyposensibilisierungs- behandlung	30130
	Labor-Grundpauschale	12225
	Otoakustische Emissionen	20324, 20327, 20340
	Neurophysiologische Übungsbehandlung	30300, 30301
	Phoniatrie, Pädaudiologie	20330, 20331, 20332, 20333, 20335, 20336
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150
	Richtlinienpsychotherapie II	35200, 35201, 35202, 35203, 35210, 35211, 35220, 35221, 35222, 35223, 35224, 35225
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092
	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie	Betreuung psychisch Kranker im sozialen Umfeld	21230, 21231
	Dringende Besuche	01411, 01412
	Kardiorespiratorische Polygraphie	30900
	Labor-Grundpauschale	12225
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
	Soziotherapie	30810, 30811
	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102
	Verordnung medizinischer Rehabilitation	01611

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Fachärzte für Diagnostische Radiologie	CT	34310, 34311, 34312, 34320, 34321, 34322, 34330, 34340, 34341, 34342, 34343, 34344, 34345, 34350, 34351, 34360, 34502
	Interventionelle Radiologie	01530, 01531, 34283, 34284, 34285, 34286, 34287
	Kurative Mammographie	34270, 34271, 34272, 34273
	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
	Osteodensitometrie	34600
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092
	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Fachärzte für Urologie	Behandlung von Hämorrhoiden	30610, 30611
	Dringende Besuche	01411, 01412
	Inkontinenzbehandlung	26310, 26311, 26313, 26340
	Labor-Grundpauschale	12225
	Physikalische Therapie	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 30431
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512
	Proktologie	30600, 30601
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150
	Richtlinienpsychotherapie II	35200, 35201, 35202, 35203, 35210, 35211, 35220, 35221, 35222, 35223, 35224, 35225
	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760
	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

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Fachärzte für Urologie	Stoßwellenlithtripsie	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
	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102
	Zytologie	19310 bis 19312, 19331

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Fachärzte für Physikalisch-Rehabilitative Medizin	Akupunktur	30790, 30791
	Chirotherapie	30200, 30201
	Dringende Besuche	01411, 01412
	Labor-Grundpauschale	12225
	Langzeit-EKG	27322, 27323
	Neurophysiologische Übungsbehandlung	30300, 30301
	Physikalische Therapie	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 30431
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150
	Richtlinienpsychotherapie II	35200, 35201, 35202, 35203, 35210, 35211, 35220, 35221, 35222, 35223, 35224, 35225
	Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	30700, 30702, 30704, 30706, 30708
	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Fachärzte für Physikalisch-Rehabilitative Medizin	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
	Ulcus cruris, CVI	02312, 02313
	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102
	Verordnung medizinischer Rehabilitation	01611

Anlage 4
zum
Beschluss Teil F, Abschnitt I.

**Beschluss des Bewertungsausschusses gemäß § 87b Abs. 4 Satz 1
SGB V zur Berechnung und zur Anpassung
von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen nach
§ 87b Abs. 2 und 3 SGB V**

**Berechnung des versorgungsbereichsspezifischen
Verteilungsvolumens gemäß 3.1.1**

Berechnung des Verteilungsvolumens eines Versorgungsbereichs (VV_{VB})

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

Anlage 5
zum
Beschluss Teil F, Abschnitt I.

**Beschluss des Bewertungsausschusses gemäß § 87b Abs. 4 Satz 1
SGB V zur Berechnung und zur Anpassung
von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen nach
§ 87b Abs. 2 und 3 SGB V**

**Berechnung des arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumens
gemäß 3.1.3**

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

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

LB_{VB} : Zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannter Leistungsbedarf in Punkten in 2008 ohne Leistungen nach Abschnitt I., Ziffer 2.4 erster Absatz und 2.5, ggf. unter Berücksichtigung der EBM-Anpassungsfaktoren gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 15. Sitzung am 2. September 2009, Beschluss Teil B, Nr. 1.4 sowie gemäß 2. aller Arztgruppen gemäß Anlage 2 und Abschnitt I., Ziffer 4.1 des Versorgungsbereichs

LB_{AG} : Zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannter Leistungsbedarf in Punkten in 2008 ohne Leistungen nach Abschnitt I., Ziffer 2.4 erster Absatz und 2.5, ggf. multipliziert mit den EBM-Anpassungsfaktoren gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 15. Sitzung am 2. September 2009, Beschluss Teil B, Nr. 1.4 sowie gemäß 2. einer Arztgruppe

AG : Arztgruppe gemäß Anlage 2 und Abschnitt I., Ziffer 4.1

VV_{VB}^{RLV} : Versorgungsbereichsspezifisches RLV-Verteilungsvolumen gemäß Abschnitt I., Ziffer 3.1.2.

Die Partner der Gesamtverträge können hinsichtlich der Verwendung der Anzahl der RLV-Fälle aus dem Vorjahresquartal bei der Berechnung des Regelleistungsvolumens je Arzt gemäß Anlage 7 für Arztgruppen mit kleinen Besetzungszahlen ein Verfahren vereinbaren, um Veränderungen in der Arztzahl der Arztgruppe im Zeitraum seit 2008 zu berücksichtigen.

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

Die Anpassungsfaktoren werden wie folgt festgelegt:

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

	- Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	0,9327
	- Urologie	0,9359

Anlage 6
zum
Beschluss Teil F, Abschnitt I.

**Beschluss des Bewertungsausschusses gemäß § 87b Abs. 4 Satz 1
SGB V zur Berechnung und zur Anpassung
von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen nach
§ 87b Abs. 2 und 3 SGB V**

**Berechnung der arztgruppenspezifischen Vergütungsbereiche
gemäß 3.1.4**

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

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

LB_{AG}^{RLV}: Zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannter Leistungsbedarf in Punkten in 2008 einer Arztgruppe derjenigen Leistungen, die innerhalb der Regelleistungsvolumen vergütet werden, ggf. unter Berücksichtigung der EBM-Anpassungsfaktoren gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 15. Sitzung am 2. September 2009, Beschluss Teil B, Nr. 1.4 sowie des sich aus den Anpassungsfaktoren in Anlage 5, Ziffer 2 für die entsprechende Arztgruppe ergebenden Punktzahlvolumens.

LB_{AG}: Zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannter Leistungsbedarf in Punkten in 2008 ohne Leistungen nach Abschnitt I., Ziffer 2.4 erster Absatz und 2.5, ggf. multipliziert mit den EBM-Anpassungsfaktoren gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 15. Sitzung am 2. September 2009, Beschluss Teil B, Nr. 1.4 sowie gemäß Anlage 5, Ziffer 2. einer Arztgruppe.

VV_{AG}: Arztgruppenspezifisches Verteilungsvolumen gemäß Abschnitt I., Ziffer 3.1.3

AG: Arztgruppen gemäß Anlage 2

Der arztgruppenspezifische Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der Regelleistungsvolumen (RLV_{AG}) ist maximal in der Höhe des arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumens gemäß Abschnitt I., Ziffer 3.1.3 festzulegen.

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

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

VV_{AG}: Arztgruppenspezifisches Verteilungsvolumen gemäß Abschnitt I., Ziffer 3.1.3

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

Stellen die Partner der Gesamtverträge bei der Festsetzung der Regelleistungsvolumen fest, dass mit den praxisbezogenen Regelleistungsvolumen in einer Arztgruppe die arztgruppenspezifischen Versicherten- bzw. Grundpauschalen nicht in ausreichendem Umfang vergütet werden können, können sie innerhalb der arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen einvernehmlich geeignete Maßnahmen treffen, um dies sicherzustellen. Abschnitt I., 2. Absatz gilt entsprechend.

Anlage 7
zum
Beschluss Teil F, Abschnitt I.

**Beschluss des Bewertungsausschusses gemäß § 87b Abs. 4 Satz 1
SGB V zur Berechnung und zur Anpassung
von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen nach
§ 87b Abs. 2 und 3 SGB V**

Berechnung des Regelleistungsvolumens je Arzt gemäß 3.2

1. Berechnung des arztgruppenspezifischen Fallwertes gemäß 3.2.1

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

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

FZ_{AG}: Anzahl der RLV-Fälle gemäß Abschnitt I., Ziffer 2.6 einer Arztgruppe im Vorjahr*

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

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

FW_{AG}: Arztgruppenspezifischer Fallwert gemäß 1.

FZ_{Arzt}: Anzahl der RLV-Fälle eines Arztes gemäß Abschnitt I, Ziffer 2.6 eines Arztes im Vorjahresquartal unter Berücksichtigung der Fallzahlsteuerung gemäß Abschnitt I., Ziffer 3.2.1

Das ermittelte Regelleistungsvolumen je Arzt ist gegebenenfalls entsprechend den nach Abschnitt I., Ziffer 3.7 festgestellten Praxisbesonderheiten anzupassen.

Das praxisbezogene Regelleistungsvolumen ergibt sich gemäß Abschnitt I., Ziffer 1.3.1 aus der Addition der Regelleistungsvolumen der Ärzte, die in der Arztpraxis tätig sind sowie der entsprechenden Zuschläge für Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinische Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten.

3. Morbiditätsbezogene Differenzierung des Regelleistungsvolumen nach Altersklassen gemäß Abschnitt I., Ziffer 3.2.2

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

g = KV-bezogener, arztgruppenspezifischer Leistungsbedarfs je RLV-Fall im Vorjahr aus Leistungen, die innerhalb des Regelleistungsvolumens

* Bei der jahresbezogenen Ermittlung des Fallwertes gemäß Abschnitt I., Nr. 1.2.1 ggf. geschätzt auf der Basis der vorliegenden aktuellen Abrechnungsdaten, die vier Quartale umfassen

vergütet werden, für Versicherte ab dem 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr

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

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

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

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

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

n = Zahl der RLV-Fälle eines Arztes im Vorjahr

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

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

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

Anlage 8
zum
Beschluss Teil F, Abschnitt I.

**Beschluss des Bewertungsausschusses gemäß § 87b Abs. 4 Satz 1
SGB V zur Berechnung und zur Anpassung
von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen nach
§ 87b Abs. 2 und 3 SGB V**

**Berechnung der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen
gemäß 3.3**

Entsprechend Anlage 3 werden je Arztgruppe und je qualifikationsgebundenem Zusatzvolumen die Berechnungen je Arzt oder je Fall wie folgt durchgeführt. Über das Verfahren zur Umsetzung der Berechnung der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen einigen sich die Partner der Gesamtverträge.

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

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

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

LB_{AG}^i : Zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannter Leistungsbedarf in Punkten in 2008 einer Arztgruppe derjenigen Leistungen, die innerhalb eines qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen i vergütet werden ggf. multipliziert mit den EBM-Anpassungsfaktoren gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 15. Sitzung am 2. September 2009, Beschluss Teil B, Nr. 1.4 einer Arztgruppe.

LB_{AG}^{QZV} : Zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannter Leistungsbedarf in Punkten in 2008 derjenigen Leistungen, die innerhalb der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen einer Arztgruppe vergütet werden, ggf. multipliziert mit den EBM-Anpassungsfaktoren gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 15. Sitzung am 2. September 2009, Beschluss Teil B, Nr. 1.4 einer Arztgruppe.

i : Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen einer Arztgruppe gemäß Anlage 3

AG: Arztgruppe gemäß Anlage 3

2. **Berechnung des qualifikationsgebundenen Zusatzvolumens je Fall oder je Arzt**

Variante A: Fallbezug

2.1 **a) Berechnung des Fallwertes für ein qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen**

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

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

FZ_{AG}^i : Anzahl der RLV-Fälle gemäß Abschnitt I., Ziffer 2.6 derjenigen Ärzte einer Arztgruppe, die Anspruch auf das qualifikationsgebundene Zusatzvolumen i haben

i: qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen einer Arztgruppe

2.1 **b) Berechnung des qualifikationsgebundenen Zusatzvolumens eines Arztes**

$$QZV_{Arzt}^i = FW_{AG}^i \times FZ_{Arzt}^i$$

FZ_{Arzt}^i : Anzahl der RLV-Fälle gemäß Abschnitt I., Ziffer 2.6 eines Arztes, der Anspruch auf das arztgruppenspezifische qualifikationsgebundene Zusatzvolumen i hat, unter Berücksichtigung der Fallzahlsteuerung gemäß Abschnitt I., Ziffer 3.2.1

2.2 **Berechnung der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen je Leistungsfall**

Die qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen können je Leistungsfall berechnet und zugewiesen werden. Ein Leistungsfall liegt vor, sofern im Behandlungsfall des Vorjahresquartals mindestens eine Leistung des Leistungskatalogs des entsprechenden qualifikationsgebundenen Zusatzvolumens abgerechnet worden ist.

Variante B: Arztbezug

Berechnung des qualifikationsgebundenen Zusatzvolumens eines Arztes

$$QZV_{\text{Arzt}}^i = \frac{QZV_{\text{AG}}^i}{N_{\text{AG}}^i}$$

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

N_{AG}^i : Anzahl der Ärzte einer Arztgruppe, die Anspruch auf das arztgruppenspezifische qualifikationsgebundene Zusatzvolumen i haben

i : Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen einer Arztgruppe

3. Berechnung des arztbezogenen Bereinigungsvolumens aufgrund von Selektivverträgen mit ex-ante Einschreibung von Versicherten

Sofern auf den QZV-Leistungsumfang i der Arztgruppe AG ein Teil des Bereinigungsbetrags der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung aufgrund eines Selektivvertrags mit ex-ante Einschreibung von Versicherten entfällt, wird dieser wie folgt auf die einzelnen an diesem Selektivvertrag mit ex-ante Einschreibung von Versicherten teilnehmenden Ärzte aufgeteilt.

$BE_QZV_{\text{AG}}^i$ Auf den QZV-Leistungsumfang i der Arztgruppe AG entfallender Teil des Bereinigungsbetrags der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für den Selektivvertrag mit ex-ante Einschreibung von Versicherten

$SV_E_{\text{Arzt}}^i$ Anzahl der bei einem Arzt der Arztgruppe AG, der Anspruch auf das arztgruppenspezifische Zusatzvolumen i hat und an dem Selektivvertrag mit ex-ante Einschreibung von Versicherten teilnimmt, in diesen Vertrag eingeschriebenen Versicherten

$SV_E_{\text{AG}}^i = \sum SV_E_{\text{Arzt}}^i$ Gesamtanzahl der bei den Ärzten der Arztgruppe AG mit Anspruch auf das arztgruppenspezifische Zusatzvolumen i , die an dem Selektivvertrag mit ex-ante Einschreibung von Versicherten teilnehmen, in diesen Vertrag eingeschriebenen Versicherten

$BE_QZV_{\text{Arzt}}^i = BE_QZV_{\text{AG}}^i \cdot \frac{SV_E_{\text{Arzt}}^i}{SV_E_{\text{AG}}^i}$ Auf einen einzelnen am Selektivvertrag teilnehmenden Arzt entfallender Teil des Bereinigungsbetrags innerhalb des QZV i

Das gemäß 2. zugewiesene arztindividuelle QZV_{Arzt}^i wird bei an dem Selektivvertrag teilnehmenden Ärzten um den Bereinigungsbetrag $BE_QZV_{\text{Arzt}}^i$ vermindert.

Sollte dieser Bereinigungsbetrag für einen Arzt sein unbereinigtes QZV_{Arzt}^i überschreiten, so wird das RLV dieses Arztes (ggf. zusätzlich) um den übersteigenden Bereinigungsbetrag vermindert und diesem Arzt kein bereinigtes QZV zugewiesen.

Diese Bereinigung ist für jeden betroffenen Selektivvertrag getrennt durchzuführen.

Anhang 1 zu Anlage 4

zum

Beschluss, Teil F, Abschnitt I.

TEIL I.

Beschluss zur Berechnung des versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumen gemäß 3.1.1

Die Kassenärztlichen Vereinigungen ermitteln mit Wirkung ab dem 3. Abrechnungsquartal 2010 in jedem Abrechnungsquartal aus der für das Quartal zutreffenden kassenübergreifenden unbereinigten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gemäß dem jeweils gültigen Beschluss des (Erweiterten) Bewertungsausschusses das versorgungsbereichsspezifische Verteilungsvolumen mit folgenden Schritten.

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

Ermittlung des Trennungsfaktors

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

(= MGV^{2009})

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

(= TVG_1^{2009})

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

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

(= TVG²⁰⁰⁹)

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

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

(= TVG³²⁰⁰⁹)

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

(= TVG⁴²⁰⁰⁹)

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

$$\text{Trennung}_{\text{VG}} = \text{MGV}^{2009} - \text{TVG}_1^{2009} - \text{TVG}_2^{2009} - \text{TVG}_3^{2009} - \text{TVG}_4^{2009}$$

[Formel 1]

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

(= $MGV_{HÄ}^{2009}$)

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

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

(= LAB^{2007})

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

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

(= LAB^{2009})

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

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

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

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

[Formel 2]

- Schritt 10.)** Ermittlung der für die Abrechnungsquartale 1./2009 und 2./2009 insgesamt zutreffenden MGV (MGV für die entsprechende Behandlung bzw. Untersuchung von Material bereichseigener Versicherter durch bereichseigene und bereichsfremde Hausärzte) für die zur hausärztlichen Versorgung zu diesem Zeitpunkt zugelassenen Vertragsärzte für
- die wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen des Kapitels 32 (GOP 32001),
 - Leistungen und Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM.

$$\text{TVG}_{2\text{HÄ}}^{2009} = \text{LAB}_{\text{HÄ}}^{2007} / \text{LAB}^{2007} \times \text{LAB}^{2009} - \text{LFKZ}_{\text{HÄ}}^{2009}$$

[Formel 3]

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

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

$$\text{TVG}_{2\text{HÄ}}^{2009} = \text{LAB}_{\text{HÄ}}^{2007} \times 1,049 - \text{LFKZ}_{\text{HÄ}}^{2009}$$

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

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

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

[Formel 4]

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

$$\text{TVG}_{3\text{HÄ}}^{2009} = \text{TVG}_3^{2009} \text{ je Arzt} \times \text{Anzahl der dem hausärztlichen Versorgungsbereich zuzuordnenden Ärzte gem. Schritt 11.}$$

[Formel 5]

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

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

[Formel 6]

Schritt 15.) Ermittlung des Trennungsfaktors.

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

[Formel 7]

Ermittlung des trennungsrelevanten versorgungsbereichsübergreifenden Verteilungsvolumens in einem Abrechnungsquartal

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

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

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

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

[Formel 8]

Schritt 18.) Ermittlung der für das Vorjahresabrechnungsquartal zutreffenden und um die für das entsprechende Abrechnungsquartal gültige Veränderungsrate (VR) gemäß Beschluss des (Erweiterten) Bewertungsausschusses gesteigerten MG (MGV für die entsprechende Behandlung bzw. Untersuchung von Material

bereichseigener Versicherter durch bereichseigene und bereichsfremde Vertragsärzte) für

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

$$TVG_2^{\text{Quartal}} = VG_{VJQ} (\text{Labor}) \times VR$$

[Formel 9]

Vorgehen bei wirksamer Bereinigung ab dem 3. Quartal 2010 aufgrund des Beitritts von Versicherten zu einem Vertrag gemäß §§ 73b, 73c und 140d SGB V: Sofern für das Vorjahresabrechnungsquartal aufgrund von Selektivverträgen keine vollständigen Daten zum o. g. Leistungsbereich vorliegen, ist das entsprechende, aktuellste noch vollständige Quartal eines Vorjahres zu verwenden.

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

$$TVG_3^{\text{Quartal}} = VG_{VJQ} (\text{NFD}) \times VR$$

[Formel 10]

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

$$TVG_4^{\text{Quartal}} = MG_{VKV}^{\text{Quartal}} \times 0,001635$$

[Formel 11]

Schritt 21.) Ermittlung des trennungsrelevanten versorgungsbereichsübergreifenden Verteilungsvolumens in einem Abrechnungsquartal gemäß Abschnitt I., Ziffer 3.1.1

$$V_{\text{üVKV}}^{\text{Quartal}} = MG_{VKV}^{\text{Quartal}} - TVG_1^{\text{Quartal}} - TVG_2^{\text{Quartal}} - TVG_3^{\text{Quartal}} - TVG_4^{\text{Quartal}}$$

[Formel 12]

Ermittlung des hausärztlichen Verteilungsvolumens gemäß Abschnitt I., Ziffer 3.1.1 in einem Abrechnungsquartal

Schritt 22.) Ermittlung des hausärztlichen Verteilungsvolumens gemäß Abschnitt I., Ziffer 3.1.1

$$VV_{H\ddot{A}}^{Quartal} = V\ddot{U}V_{KV}^{Quartal} \times TF + TVG^4_{Quartal} \times 0,15$$

[Formel 13]

Ermittlung des fachärztlichen Verteilungsvolumens gemäß Abschnitt I., Ziffer 3.1.1 in einem Abrechnungsquartal

Schritt 23.) Ermittlung des fachärztlichen Verteilungsvolumens gemäß Abschnitt I., Ziffer 3.1.1

$$VV_{F\ddot{A}}^{Quartal} = V\ddot{U}V_{KV}^{Quartal} - VV_{H\ddot{A}}^{Quartal} + TVG^4_{Quartal}$$

[Formel 14]

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

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

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

[Formel 15]

Schritt 25.) Ermittlung der für das Vorjahresabrechnungsquartal zutreffenden und gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses mit VR angepassten, für den hausärztlichen Versorgungsbereich zutreffenden MG (MGV für die entsprechende Behandlung bzw. Untersuchung von Material bereichseigener Versicherter durch bereichseigene und bereichsfremde Hausärzte) für

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

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

[Formel 16]

Schritt 26.) Ermittlung der für das Vorjahresabrechnungsquartal zutreffenden und gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses mit VR angepassten, für den

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

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

[Formel 17]

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

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

[Formel 18]

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

$KVV_{HÄ}^{Quartal} = VV_{HÄ}^{Quartal}$	falls $0,95 \times VV_{HÄ}^{VJQ} \leq VV_{HÄ}^{Quartal} \leq 1,05 \times VV_{HÄ}^{VJQ}$
$KVV_{HÄ}^{Quartal} = 0,95 \times VV_{HÄ}^{VJQ}$	falls $VV_{HÄ}^{Quartal} < 0,95 \times VV_{HÄ}^{VJQ}$
$KVV_{HÄ}^{Quartal} = 1,05 \times VV_{HÄ}^{VJQ}$	falls $VV_{HÄ}^{Quartal} > 1,05 \times VV_{HÄ}^{VJQ}$

Schritt 29.) Ermittlung des fachärztlichen Verteilungsvolumens nach Konvergenz

$$KVV_{FÄ}^{Quartal} = V_{Ü}V_{KV}^{Quartal} - KVV_{HÄ}^{Quartal} + TVG_{4}^{Quartal}$$

[Formel 19]

Feststellung des Bewertungsausschusses zum Begriff „zutreffende morbiditätsbedingte Gesamtvergütung“ in Anhang 1 zu Anlage 4, Schritte 7.), 10.), 13.) und 24.) bis 27.):

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