



KVN

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

**Honorarverteilungsmaßstab (HVM)
der Kassenärztlichen Vereinigung
Niedersachsen
vom 21./22. Juni 2013**

- gültig ab 3/2013 -

Inhaltsverzeichnis

Teil A: Honorarverteilung	5
Präambel.....	5
§ 1 Teilnahme an der Honorarverteilung	5
§ 2 Grundlage der Verteilung der Gesamtvergütung (Honorarverteilung)	6
§ 3 Belegärztliche Leistungen	7
§ 4 Berücksichtigung besonderer Kosten	7
§ 5 Prüfung der vertragsärztlichen Leistungen	7
§ 6 Verteilung der Gesamtvergütung.....	8
§ 7 Leistungsbeschränkung.....	10
§ 8 Beschränkung des Leistungsspektrums	10
§ 9 Leistungsbegrenzung bei zeitlich begrenztem Versorgungsauftrag/zeitlich begrenzter Anstellung	11
§ 10 Verfahrensregeln.....	12
Anlage 1 zu Teil A des HVM: Abrechnungsanweisung	13
A. Allgemeine Regelungen für die Abrechnung	13
§ 1 Geltungsbereich	13
§ 2 Abrechnungsbestimmungen in anderen Rechtsgrundlagen	13
§ 3 Teilnahme an der Honorarverteilung	13
§ 4 Voraussetzung zur Leistungsabrechnung	14
§ 5 Abzurechnende Leistungen.....	14
§ 6 Prüfung der vertragsärztlichen Leistungen	14
§ 7 Organisationsleistungen im Bereitschaftsdienst	15
§ 8 Auszahlung der Vergütung	15
§ 9 Rechnungslegung.....	16
B. Spezielle Regelungen für die Abrechnung.....	16
§ 10 Beratung der Ärzte	16
§ 11 Persönliche Leistungserbringung	16
§ 12 Abrechnung durch ermächtigte Krankenhausärzte.....	17
§ 13 Leistungen bei Urlaubs- und Krankheitsvertretung, in Notfällen und im organisierten Bereitschaftsdienst.....	17
§ 14 Besuchs- und Wegegebühren	17
§ 15 Ausfüllen der Behandlungsausweise/Abrechnungsscheine	18
§ 16 Änderungen der Praxiskonstellation während des laufenden Behandlungsquartals	19
§ 17 Führen von Gebiets- und Schwerpunktbezeichnungen	19
§ 18 Abrechnung vertragsärztlicher stationärer Leistungen	19
§ 19 Abrechnung und Nachweis von Kosten.....	20
§ 20 Einreichung der Behandlungsausweise/Abrechnungsscheine/Abrechnungs- disketten bei der KVN	20
§ 21 Monatliche Fallzahlmeldung	21
§ 22 Inkrafttreten	21
Anlage 2 zu Teil A des HVM: Belegärztliche Leistungen	22
§ 1 Allgemeines	22
§ 2 Vergütungsumfang	22

§ 3 Leistungen am Aufnahme-tag.....	22
§ 4 Leistungen am Entlassungstag	22
§ 5 Leistungen während der übrigen Tage des stationären Aufenthaltes.....	22
§ 6 Vergütungsregelungen für Anästhesien	23
§ 7 Vergütungen für hinzugezogene Ärzte ohne § 6	23
§ 8 Fortfall der Vergütung.....	23
§ 9 Vergütung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes für Belegpatienten.....	23
Anhang zu Anlage 2 zu Teil A des HVM: Vergütungsumfang gemäß § 2 der Anlage 2.....	25
Teil B: Vergütung der MGV-Leistungen.....	28
1 Grundsätze der Vergütung.....	28
1.1 Vergütung für vertragsärztliche Leistungen	28
1.2 Ermittlung	28
1.2.1 Quartalsbezug	28
1.2.2 Arztbezug.....	28
1.2.3 Tätigkeitsumfang.....	28
2 Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV).....	29
2.1 Definition der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV)	29
2.2 Unvorhersehbarer Anstieg der Morbidität.....	29
2.3 Bereinigung des Regelleistungsvolumens aufgrund von Selektivverträgen	29
3 Für Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundene Zusatzvolumen relevante Arztgruppen.....	29
3.1 Ärzte und Arztgruppen.....	29
3.2 Ermächtigte Ärzte.....	29
4 Für Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundene Zusatzvolumen relevante Fälle	29
5 Fallzahlzuwachsbegrenzung.....	30
6 Benennung der Leistungen, die von der Steuerung durch die Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen erfasst sind.....	31
6.1 Vergütung und Steuerung von Leistungen im Vorwegabzug.....	31
7 Festsetzung der Regelleistungsvolumen und der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen.....	31
7.1 Versorgungsbereichsspezifisches RLV/QZV-Verteilungsvolumen	31
7.1.1 Versorgungsbereichsspezifische Vorab-Leistungen	32
7.1.2 Weitere versorgungsbereichsspezifische Vorweg-Abzüge	32
7.2 Arztgruppenspezifisches Verteilungsvolumen	33
7.3 Arztgruppenspezifische Vergütungsbereiche	33
8 Ermittlung der Regelleistungsvolumen je Arzt.....	33
8.1 Arztpraxisbezogene Zuweisung der Regelleistungsvolumen	33
8.2 Regelleistungsvolumen (RLV)	33

8.3 Berücksichtigung der Morbidität im Regelleistungsvolumen.....	34
8.4 RLV-Zuschlag für Berufsausübungsgemeinschaften.....	34
9 Berechnung der Qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV) je Leistungsfall	35
9.1 Arztpraxisbezogene Zuweisung qualifikationsgebundener Zusatzvolumen.	35
9.2 Ermittlung der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen je Arzt	35
10 Verfahren bei Über-/Unterschreitung der Vergütungsvolumen	35
11 Abrechnung.....	35
12 Kriterien zur Ausnahme von der Abstufelung.....	36
13 Regelleistungsvolumen bei Neuzulassung und Umwandlung der Kooperationsform.....	36
14 Praxisbesonderheiten	37
15 Vergütung laboratoriumsmedizinischer Leistungen.....	37
Anlage 1: Ermittlung des abgestaffelten Preises gemäß Ziffer 1.1	39
Anlage 2: Arztgruppen gemäß Ziffer 3	40
Anlage 3: Zuordnung der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen gemäß Ziffer 3.....	42
Anlage 4: Berechnung des versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumens gemäß Ziffer 7.....	68
Anlage 5: Berechnung des arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumens gemäß 7.2	69
Anlage 6: Berechnung der arztgruppenspezifischen Vergütungsbereiche gemäß Ziffer 7.3.....	71
Anlage 7: Berechnung des Regelleistungsvolumens je Arzt gemäß Ziffer 8.....	73
Anlage 8: Berechnung der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen gemäß Ziffer 9.2.....	75
Teil C: Übergangsregelungen.....	77
Teil D: Inkrafttreten.....	77

Teil A: Honorarverteilung

Präambel

Der Honorarverteilungsmaßstab (HVM) regelt gemäß § 87b Abs. 1 SGB V im Benehmen mit den Verbänden der Krankenkassen auf Landesebene für den Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN) die Verteilung der vereinbarten Gesamtvergütungen an die Ärzte, Psychotherapeuten, Medizinischen Versorgungszentren sowie ermächtigten Einrichtungen und andere an der vertragsärztlichen Versorgung Teilnehmende.

Dieser hat gemäß § 87b Abs. 2 Satz 1 SGB V Regelungen vorzusehen, die verhindern, dass die Tätigkeit der Ärzte, Psychotherapeuten, Medizinischen Versorgungszentren sowie ermächtigten Einrichtungen über den zugestandenen Versorgungsauftrag oder den Ermächtigungsumfang hinaus übermäßig ausgedehnt wird.

Dabei soll den Ärzten, Psychotherapeuten, Medizinischen Versorgungszentren und ermächtigten Einrichtungen eine Kalkulationssicherheit hinsichtlich der Höhe des zu erwartenden Honorars ermöglicht werden.

Ebenfalls verbindlich und Bestandteil dieses HVM sind die Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) gemäß § 87b Abs. 4 SGB V in der jeweils geltenden Fassung.

Spätere Änderungen oder Ergänzungen dieser KBV-Vorgaben 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.

§ 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:

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 zu Teil A.

§ 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 KVN prüft 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, 106a 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 B 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 – soweit möglich je Versorgungsbereich – 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 – soweit möglich je Versorgungsbereich – 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 dem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zum 9. Abschnitt der „Bedarfsplanungs-Richtlinien-Ärzte“ zur gemeinsamen Berufsausübung mit einem bereits zugelassenen Vertragsarzt derselben Arztgruppe in Planungsbereichen mit Zulassungsbeschränkungen und zum 12. Abschnitt der „Bedarfsplanungs-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 § 18 Abs. 2 Nr. 2 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 zeitlich begrenztem Versorgungsauftrag/zeitlich begrenzter Anstellung

- (1) Ärzte mit hälftigem Versorgungsauftrag gemäß § 95 Abs. 3 Satz 1 SGB V bzw. viertel-, halb- oder dreivierteltägiger Anstellung unterliegen in Umsetzung des § 87b Abs. 2 Satz 1 SGB V einer Leistungsmengenbegrenzung nach Maßgabe der Absätze (2) bis (4).
- (2) Bei Reduzierung eines Versorgungsauftrages oder einer Anstellung eines Arztes reduziert sich das abrechenbare Leistungsvolumen dieses Arztes um den Anteil der Reduzierung des Versorgungsauftrages/Tätigkeitsumfanges bezogen auf das im selben Quartal vor Reduzierung des Versorgungsauftrages/Tätigkeitsumfanges abgerechneten Leistungsvolumens (Leistungsgrenze), jedoch nicht auf weniger als 25 v.H., 50 v.H. bzw. 75 v.H. des Fachgruppenschnitts. Insoweit wird für Arztgruppen/Ärzte, die bis 4/2012 den zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen unterlagen (Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie andere ausschließlich psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte gemäß den Kriterien der Bedarfsplanungsrichtlinien) die Leistungsgrenze auf 25 v.H., 50 v.H. bzw. 75 v.H. der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze (32.000 Minuten) festgelegt.
- (3) Liegen entsprechende Daten für den Basiszeitraum nicht vor, wird als Leistungsgrenze 25 v.H., 50 v.H. bzw. 75 v.H. des durchschnittlichen Leistungsvolumens je Arzt der jeweiligen Fachgruppe im Basiszeitraum zugrunde gelegt. Für Ärzte gemäß Abs. (2) Satz 2 wird die Leistungsgrenze auf 25 v.H., 50 v.H. bzw. 75 v.H. der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze (32.000 Minuten) festgelegt.
- (4) Die Leistungsgrenze nach Abs. (2) und (3) folgt ab dem 5. Quartal der Entwicklung des Fachgruppenschnitts auf Basis der Regelung nach § 45 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 Veränderungsraten 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.

Anlage 1 zu Teil A des HVM: Abrechnungsanweisung

A. Allgemeine Regelungen für die Abrechnung

§ 1 Geltungsbereich

Diese Abrechnungsanweisung gilt für die Abrechnung von Leistungen für folgende Kostenträger

- Primärkassen
- Ersatzkassen
- Sonstige Kostenträger, die über die KVN abgerechnet werden.

Darüber hinaus gilt diese Abrechnungsanweisung auch für durch den Honorarverteilungsvertrag nicht erfasste sonstige Kostenträger, mit denen nach BMÄ oder E-GO abgerechnet wird, sofern mit dem jeweiligen sonstigen Kostenträger nichts anderes vereinbart ist.

§ 2 Abrechnungsbestimmungen in anderen Rechtsgrundlagen

Es gelten die einschlägigen Regelungen des SGB V, des BMV-Ä bzw. des EKV und der Gesamtverträge zwischen der KVN und den Landesverbänden der niedersächsischen Krankenkassen sowie der vdek, Landesvertretung Niedersachsen.

§ 3 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. 4 SGB V 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 beziehungsweise 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.

(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 Bereitschaftsdienstpraxis verfügt.
- b) Der Betrieb der Bereitschaftsdienstpraxis basiert auf einer Organisationsentscheidung der KVN.
- 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 Betriebsstättennummer der Gemeinschaft nach Maßgabe besonderer Abrechnungsvorgaben der KVN einverstanden ist,
- mit einer Prüfung der sachlich/rechnerischen Richtigkeit und Wirtschaftlichkeit der ärztlichen Notfalleistungen sowie der Verordnungen, welche unter der einheitlichen Betriebsstättennummer 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 Betriebsstättennummer der Gemeinschaft einverstanden ist.

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

§ 4 Voraussetzung zur Leistungsabrechnung

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. Soweit Laborleistungen der Qualitätssicherung unterliegen, sind diese abrechnungsfähig, wenn für den Arzt ein gültiges Zertifikat über die erforderliche Teilnahme an den angebotenen Ringversuchen von einem von der Bundesärztekammer (BÄK) anerkannten Versuchsleiter vorliegt.

§ 5 Abzurechnende Leistungen

Alle vertragsärztlichen Leistungen gem. EBM; BMÄ und E-GO werden über die KVN abgerechnet. Hierzu zählen auch die sonstigen zur vertragsärztlichen Versorgung gehörenden Leistungen (Entschädigungen/Erstattungen u. ä.).

§ 6 Prüfung der vertragsärztlichen Leistungen

(1) Die KVN prüft die Abrechnungen der Ärzte nach den jeweils geltenden Vorschriften auf Plausibilität und 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 von der KVN 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.

§ 7 Organisationsleistungen im Bereitschaftsdienst

Im Bereitschaftsdienst, der von der KVN organisiert wird, nimmt die KVN für Organisationsleistungen Abzüge von den Wegeentschädigungen vor:

- a) Die KVN zieht den Betrag der Wegeentschädigung ab, der über den einfachen Satz hinaus gegenüber den Kostenträgern berechnet wird, wenn sie die zentrale Notrufeinrichtung betreibt oder finanziert und der Arzt für die Besuche sein eigenes Fahrzeug benutzt.
- b) Wenn die KVN auch die Bereitstellung der Besuchsfahrzeuge finanziert, zieht sie den vollen Betrag der von den Kostenträgern gezahlten Wegeentschädigung ab.

§ 8 Auszahlung der Vergütung

(1) Der Anspruch des Arztes und der anderen an der Honorarverteilung Teilnehmenden gegen die Kassenärztliche Vereinigung auf Vergütung ihrer Leistungen für die vertragsärztliche Versorgung wird fällig, wenn der Anspruch gemäß § 6 Abs. (3) festgestellt und das Ergebnis rechtswirksam geworden ist.

(2) Zur vorläufigen teilweisen Abgeltung ihrer Leistungen erhalten zugelassene Vertragsärzte und ermächtigte Ärzte für den laufenden Monat jeweils am 24. des laufenden Monats auf ihre Gesamtleistung eine aufrechnungsfähige und ggf. rückzahlungspflichtige Abschlagszahlung in Höhe von bis zu 25 Prozent des Durchschnitts ihrer im letzten Kalenderjahr abgerechneten Honorargutschriften. Fällt der 24. auf einen Samstag, Sonntag oder Feiertag, so erfolgt die Zahlung am nächstfolgenden Werktag.

Liegen Honorargutschriften für das letzte Kalenderjahr nicht vor, so ist der Durchschnitt der Honorargutschriften der letzten vier, drei bzw. zwei Quartale bzw. die Honorargutschrift des letzten Quartals für die Berechnung der Abschlagszahlung zugrunde zu legen.

(3) Die KVN leistet den zugelassenen Vertragsärzten und ermächtigten Ärzten bis zum 8. des dritten Monats des Folgequartals (Abgabe des Überweisungsauftrages an das Geldinstitut) eine weitere Abschlagszahlung auf bis zu 85 Prozent des Durchschnitts ihrer im letzten Kalenderjahr abgerechneten Honorargutschriften. Die Zahlungen erfolgen abzüglich etwaiger dem Arztkonto belasteter Beträge. Für die zugelassenen Vertragsärzte, die ihre Praxis neu beginnen, werden die Abschlagszahlungen von der KVN in angemessener Höhe geleistet.

(3a) Bei wesentlichen Änderungen der Fallzahl-, Punktzahl- oder Honorarentwicklung des Arztes kann die KVN die Abschläge an die aktuelle Entwicklung anpassen.

(3b) Im Einzelfall können auf Antrag des Mitglieds Zahlungstermine individuell vorgezogen werden, wenn die Praxis eine vorübergehende Notlage nachweist und ein individuelles Beratungsangebot innerhalb einer angemessenen Frist wahrnimmt.

(4) Etwaige Abschlagszahlungen an Krankenhäuser, Polikliniken und ermächtigte (ärztlich geleitete) Einrichtungen richten sich nach den getroffenen Vereinbarungen.

(5) Die Schlussrechnung und die Zahlung des Restbetrages erfolgt bis zum 15. des auf das Quartal der Leistung folgenden vierten Monats. Überzahlungen sind mit den Zahlungen für das nächste Quartal zu verrechnen. Reichen die Zahlungen für das nächste Quartal nicht für die Verrechnung aus, so hat die KVN Anspruch auf Rückzahlung des überzahlten Betrages innerhalb eines Monats nach Aufforderung.

(6) Fällige Erstattungsbeträge aufgrund der Überprüfung der Leistungen für die vertragsärztliche Versorgung, insbesondere nach §§ 106, 106 a, 136 SGB V sowie fällige Schadensersatzforderungen infolge schuldhafter Verletzung vertragsärztlicher Pflichten (§§ 48, 49 und 52 BMV-Ä bzw. § 48 EKV), kann die KVN mit den nach Abs. (2) bis (5) zu zahlenden Beträgen aufrechnen.

(7) Bei der Durchführung von Zahlungen für die Leistungen ermächtigter Krankenhausärzte ist § 120 Abs. 1 Satz 3 SGB V zu beachten.

(8) Von den abgerechneten Leistungen gemäß § 5 der Ärzte und der anderen an der Honorarverteilung Teilnehmenden werden die von der Vertreterversammlung beschlossenen Vmhundertsätze für Verwaltungskosten und für einen ggf. von der KVN eingerichteten ärztlichen Bereitschaftsdienst in Abzug gebracht.

§ 9 Rechnungslegung

Die KVN übermittelt jedem an der Honorarverteilung Teilnehmenden nach Fertigstellung der Quartalsabrechnung eine gegliederte Abrechnung über die Vergütung für das jeweilige Quartal. Die Einzelheiten der gegliederten Abrechnung beschließt der Vorstand der KVN.

B. Spezielle Regelungen für die Abrechnung

§ 10 Beratung der Ärzte

Die KVN informiert die Ärzte in geeigneter Weise regelmäßig über alle mit der Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen zusammenhängenden Fragen. Werden Fehler bei der Abrechnung der Leistungen festgestellt, hat die KVN den Arzt hierauf aufmerksam zu machen und ihn zu beraten. Eine solche Beratung ist auch für jeden erstmals in Niedersachsen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt vor Beginn seiner vertragsärztlichen Tätigkeit und nach Vorliegen der Abrechnung und der Verordnungen für das erste Vierteljahr seiner Tätigkeit durchzuführen. Der Arzt ist zur Teilnahme an diesen Beratungen verpflichtet.

§ 11 Persönliche Leistungserbringung

Es gelten § 32 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) sowie § 15 BMV-Ä bzw. § 14 EKV.

§ 12 Abrechnung durch ermächtigte Krankenhausärzte

(1) Die Bestimmungen des Dreiseitigen Vertrages zu § 115 Abs. 2 Nr. 4 SGB V über die prä- und poststationäre Behandlung sind zu beachten.

Aufgrund einer ausgestellten Verordnung von Krankenhausbehandlung (§ 26 BMV-Ä bzw. § 13 Abs. 3 EKV) dürfen ambulante vertragsärztliche Leistungen durch den ermächtigten Krankenhausarzt nicht abgerechnet werden.

(2) Leistungen (einschließlich Aufnahmeuntersuchungen) am Aufnahmetag und Aufnahmeuntersuchungen an anderen Tagen, die im Krankenhaus von einem an diesem Krankenhaus tätigen, an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt oder einer zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigten ärztlich geleiteten Einrichtung erbracht werden, sind nicht abrechnungsfähig.

§ 13 Leistungen bei Urlaubs- und Krankheitsvertretung, in Notfällen und im organisierten Bereitschaftsdienst

(1) Wird ein Arzt in Vertretung eines zuerst in Anspruch genommenen, z.B. durch Krankheit oder Urlaub verhinderten, Vertragsarztes tätig, so rechnet der Vertreter die Leistungen mittels eines Abrechnungsscheines für Urlaubs- bzw. Krankheitsvertretung ab. Wird ein Arzt in der Praxis des vertretenen Arztes tätig, rechnet der vertretene Arzt die Leistungen ab.

(2) Bei der Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen in Notfällen und im Rahmen des organisierten Bereitschaftsdienstes rechnet der die Notfall-/Bereitschaftsdienstleistungen erbringende Arzt diese mittels eines Abrechnungsscheines für den ärztlichen Notfalldienst ab. Lässt sich ein Vertragsarzt im ärztlichen Notfalldienst durch einen Nichtvertragsarzt vertreten, so rechnet der vertretene Vertragsarzt die vom Nichtvertragsarzt erbrachten Bereitschaftsdienstleistungen über seine eigene Vertragsarzt Nummer ab. Abweichend von Satz 2 kann die KVN einen Nichtvertragsarzt, der die Voraussetzungen für die Eintragung ins Arztregister erfüllt und regelmäßig Vertretungsaufgaben im organisierten Bereitschaftsdienst wahrnimmt, auf Antrag die eigenständige Abrechnung der Vertretungsleistungen zubilligen. Voraussetzung ist, dass sich der Nichtvertragsarzt durch schriftliche Erklärung gegenüber der KVN sämtlichen vertragsärztlichen Regelungen unterwirft.

(3) Der nach den Abs. (1) und (2) tätig gewordene Arzt ist verpflichtet, dem behandelnden Arzt unverzüglich, bei Bereitschaftsdienstfällen an dem auf die Bereitschaftsdienstbehandlung folgenden Wochentag, von seiner ärztlichen Tätigkeit Mitteilung zu machen. Dies geschieht durch Übermittlung der Zweitschrift des von ihm ausgestellten Abrechnungsscheines für ärztlichen Notfalldienst oder für Urlaubs- bzw. Krankheitsvertretung (jeweils unter Angabe der Befunde). In dringenden Fällen ist eine telefonische Vorab-Benachrichtigung erforderlich.

§ 14 Besuchs- und Wegegebühren

Unbeschadet der Regelungen des BMÄ/E-GO und der gesamtvertraglichen Regelungen können Besuchs- und Wegegebühren eines Kinderarztes zur Durchführung einer Untersuchung nach Nr. 01712 EBM im Belegkrankenhaus an demselben Tag nur 1x berechnet werden, auch wenn bei mehreren Kindern eine Früherkennungsuntersuchung durchgeführt wird.

§ 15 Ausfüllen der Behandlungsausweise/Abrechnungsscheine

(1) Nachfolgende Bestimmungen zum Ausfüllen der Behandlungsausweise/Abrechnungsscheine gelten sinngemäß auch für die Abrechnung mittels eines gemäß der Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für den Einsatz von IT-Systemen in der Arztpraxis zum Zweck der Abrechnung gemäß § 295 Abs. 4 SGB V genehmigten Datenverarbeitungssystems, sofern in den hierfür geltenden Sonderregelungen (insbesondere des BMV-Ä bzw. des EKV) nicht Abweichendes geregelt ist.

(2) Der Nachweis der vom Arzt erbrachten vertragsärztlichen Leistungen erfolgt durch deutliche und maschinenlesbare Eintragung der Nummern des EBM und des BMÄ bzw. der E-GO bzw. der bekannt gegebenen KVN-internen Betriebsstättennummern/-symbole und des Behandlungstages sowie weiterer zulässiger/notwendiger Vermerke in das hierfür vorgesehene Abrechnungsschema des Behandlungsausweises/Abrechnungsscheines. Für das Kriterium der Maschinenlesbarkeit sind die Vorgaben zu erfüllen, die von der KVN veröffentlicht werden.

(3) Ärzte in den nachstehenden Arten von Gemeinschaftspraxen sind auch dann verpflichtet, eine nach Gebietsbezeichnung/geführter Teilgebietsbezeichnung/hausärztlicher oder fachärztlicher Zugehörigkeit/regulärer Zulassung oder Sonderbedarfzulassung differenzierte Abrechnung vorzulegen, wenn der Zulassungsausschuss im Zulassungsbeschluss keine entsprechende Auflage erteilt hat. Bei den Gemeinschaftspraxen handelt es sich um fachübergreifende Gemeinschaftspraxen, fachverbindende Gemeinschaftspraxen zwischen Ärzten mit denselben Gebieten - wobei jedoch mindestens ein Arzt eine Teilgebietsbezeichnung führt bzw. unterschiedliche Teilgebietsbezeichnungen geführt werden und/oder zwischen Ärzten mit denselben Gebieten, wobei jedoch mindestens ein Arzt eine Sonderbedarfzulassung hat, sowie um fachverbindende Gemeinschaftspraxen, in denen Hausärzte und Fachärzte tätig sind. Sätze 1 und 2 gelten entsprechend für Vertragsärzte, die sowohl für ein Gebiet aus dem hausärztlichen als auch für ein Gebiet aus dem fachärztlichen Versorgungsbereich zugelassen sind., sowie für medizinische Versorgungszentren nach § 95 Abs. 1 SGB V, die abrechnungstechnisch fachübergreifenden Gemeinschaftspraxen gleichgestellt werden.

(4) Bei mehreren Inanspruchnahmen des Arztes an demselben Tag sind die Leistungen für die zweite und jede weitere Arzt-Patienten-Begegnung mit der Uhrzeitangabe zu versehen.

(5) Soweit der EBM für Katalog-Leistungen Höchstwerte enthält, sind die Nummern des EBM und ggf. die Häufigkeit der Einzelleistungen anzugeben.

(6) Werden in Akut- bzw. Nottfällen Leistungen nach den Nummern 32035 bis 32039 EBM als Einzelbestimmungen im Eigenlabor erbracht, sind diese Leistungen mit „A“ zu kennzeichnen.

(7) Ist der Versicherte in einem Quartal nacheinander bei verschiedenen Kassen versichert gewesen, so sind die Leistungen jeweils auf dem Behandlungsausweis/Abrechnungsschein der Kasse abzurechnen, bei der die Versicherung während der Behandlung bestanden hat.

(8) Bei einem Konsilium sind die Namen der Ärzte, die hieran teilgenommen haben, auf dem Behandlungsausweis/Abrechnungsschein zu vermerken. Bei Hinzuziehung zur Assistenz oder Anästhesie gilt dies nur dann, wenn der hinzugezogene Arzt die Leistungen nicht selbst abrechnen kann.

(9) Die Behandlungsausweise/Abrechnungsscheine müssen vom Arzt mit dem von der KVN ausgegebenen Vertragsarztstempel versehen werden.

§ 16 Änderungen der Praxiskonstellation während des laufenden Behandlungsquartals

(1) Ändert sich im laufenden Behandlungsquartal die Zusammensetzung einer bestehenden Praxis durch Weggang oder Zugang eines Arztes oder ändert sich der Status, die Fachgruppe oder der Schwerpunkt eines Arztes und wird ein Patient in dieser Praxis sowohl vor als auch nach der Änderung behandelt, entsteht kein neuer Behandlungsfall. Durch die Weiterverwendung der bereits vergebenen Betriebsstättennummern ist die korrekte Zählung der Behandlungsfälle gewährleistet.

(2) Erfordert die Praxiskonstellationsänderung im laufenden Behandlungsquartal aus abrechnungstechnischen Gründen und zur Gewährleistung der korrekten Fallzählung die Vergabe einer neuen Betriebsstättennummer für eine Praxis oder einen weiteren Tätigkeitsort und wird ein Patient, der schon vor dem Wechsel der Betriebsstättennummer von einem oder mehreren Ärzten dieser Praxis bzw. dieses Tätigkeitsortes behandelt wurde, auch nach der Konstellationsänderung von demselben Arzt bzw. von Ärzten der bisherigen Praxis bzw. des bisherigen Tätigkeitsortes behandelt, dann sind die ärztlichen Leistungen, die an diesem Patienten nach dem Wechsel in demselben Quartal erbracht werden, noch unter der Betriebsstättennummer abzurechnen, die vor dem Wechsel für die Praxis bzw. den Tätigkeitsort gegolten hat.

Das trifft u.a. zu bei Umzug einer Praxis bzw. eines seiner weiteren Tätigkeitsorte in einen anderen Zulassungsbezirk, bei Beendigung einer Praxisgemeinschaft und Fortführung als örtliche Berufsausübungsgemeinschaft, bei Beendigung einer örtlichen Berufsausübungsgemeinschaft und Fortführung als Praxisgemeinschaft oder bei Fusion zweier Praxen zu einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft unter Beibehaltung der Tätigkeitsorte der durch die Fusion aufgegebenen Praxis.

(3) Ein gegebenenfalls erforderlicher zivilrechtlicher Ausgleich unter den Partnern einer Berufsausübungsgemeinschaft bleibt unberührt.

(4) Die Regelungen der Abs. (1) bis (3) gelten entsprechend für Teilberufsausübungsgemeinschaftspraxen.

§ 17 Führen von Gebiets- und Schwerpunktbezeichnungen

Der Arzt ist verpflichtet, Änderungen im Hinblick auf das Führen von Gebiets- und Schwerpunktbezeichnungen der KVN zu melden. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Änderungen abrechnungstechnisch erst mit dem Quartal nach Bekanntgabe gegenüber der KVN berücksichtigt werden.

§ 18 Abrechnung vertragsärztlicher stationärer Leistungen

(1) Die vertragsärztlichen stationären Leistungen sind auf Abrechnungsscheinen bei belegärztlicher Behandlung abzurechnen. Werden von einem Belegarzt in einem Abrechnungsfall sowohl ambulante als auch stationäre Leistungen erbracht, so hat sich der Belegarzt für die stationäre Behandlung einen separaten Abrechnungsschein bei belegärztlicher Behandlung selbst auszustellen.

(2) Die Ärzte rechnen ihre bei stationärer Krankenhausbehandlung erbrachten Leistungen vierteljährlich bei der KVN ab.

§ 19 Abrechnung und Nachweis von Kosten

(1) Es gelten die Regelungen des BMÄ bzw. der E-GO und der Gesamtverträge.

(2) Der Arzt ist verpflichtet, auf Anforderung durch die KVN für in tatsächlicher Höhe abrechnungsfähige Kosten den Kostennachweis durch Rechnungsvorlage und ggf. weitere notwendige Unterlagen zu führen.

§ 20 Einreichung der Behandlungsausweise/Abrechnungsscheine/Abrechnungsdisketten bei der KVN

(1) Nachfolgende Bestimmungen betreffend Behandlungsausweise/Abrechnungsscheine gelten sinngemäß auch für die Abrechnung mittels eines gemäß der Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für den Einsatz von IT-Systemen in der Arztpraxis zum Zweck der Abrechnung gemäß § 295 Abs. 4 SGB V genehmigten Datenverarbeitungssystems, sofern in den hierfür geltenden Sonderregelungen nicht Abweichendes geregelt ist.

(2) Die Behandlungsausweise/Abrechnungsscheine sind nach den Vorgaben der „Verfahrensanweisung zur Abgabe der Quartalsabrechnung“ zu dem im niedersächsischen Ärzteblatt oder durch Rundschreiben der KVN jeweils bekannt gegebenen Termin bei der KVN einzureichen.

(3) Für die Abrechnung der Leistungen durch die KVN werden nur solche Behandlungsausweise/Abrechnungsscheine berücksichtigt, die im Zeitraum der Behandlung gültig gewesen und vom Arzt vollständig und nach den Regelungen des § 15 Abs. 2 ausgefüllt worden sind.

(4) Ist die Bearbeitung der vom Arzt eingereichten Behandlungsausweise/Abrechnungsscheine und insbesondere die Prüfung der Leistungen durch die KVN durch Umstände erschwert, die der Arzt zu vertreten hat (z. B. bei nicht maschinenlesbaren Angaben, unzutreffenden Gebührenordnungsnummern, nicht einlesbaren Disketten, usw.), bleiben die eingereichten Behandlungsausweise/Abrechnungsscheine zunächst unberücksichtigt. Die KVN gibt dem Arzt die Behandlungsausweise/Abrechnungsscheine mit aufklärenden Hinweisen, ggf. unter Terminsetzung, für eine erneute Einreichung zurück. Es besteht nach Beseitigung der Abrechnungshindernisse kein Anspruch auf Abrechnung solcher Behandlungsausweise/Abrechnungsscheine im laufenden Quartal.

Die Bearbeitung der vom Arzt eingereichten Behandlungsausweise/Abrechnungsscheine gilt insbesondere auch dann als durch Umstände erschwert, die der Arzt zu vertreten hat, wenn die Arztnummer des überweisenden Arztes und/oder andere notwendige Angaben nicht ordnungsgemäß vermerkt sind.

(5) Den Behandlungsausweisen/Abrechnungsscheinen ist eine vom Arzt unterschriebene Erklärung beizufügen, dass die abgerechneten Leistungen von ihm persönlich oder auf seine Anordnung und unter seiner Aufsicht und Verantwortung von nichtärztlichen Hilfspersonen erbracht worden sind und die Abrechnung sachlich richtig und vollständig ist (s. Beiblatt 1).

(6) Reicht der Arzt die Behandlungsausweise/Abrechnungsscheine nicht zu dem festgesetzten Termin ein, kann die KVN dem Arzt als Abgeltung für zusätzlichen Verwaltungsaufwand eine Gebühr von 5 Prozent, im Falle der wiederholt verspäteten Einreichung eine Gebühr von 10 Prozent des Honorarwertes der verspätet eingereichten Abrechnung auferlegen. Die Möglichkeit der Einleitung disziplinarrechtlicher Maßnahmen im Einzelfall bleibt unberührt. Der verspäteten Einreichung gleichgesetzt ist die vom Arzt zu

vertretende Einreichung nicht lesbarer Disketten. Der verspäteten Einreichung gleichgesetzt ist die vom Arzt zu vertretene Einreichung nicht belegsefähiger Abrechnungsscheine.

(7) Die nachträgliche Berichtigung unvollständiger Behandlungsausweise / Abrechnungsscheine durch den Arzt ist nach Einreichung der Behandlungsausweise / Abrechnungsscheine nach Vorgabe der KVN nur bis zum Ablauf des auf die Behandlung folgenden Abrechnungsquartals gestattet. Eine Ausnahme ist im begründeten Einzelfall möglich, sofern die Berichtigung aus Gründen erforderlich ist, die nicht im Verantwortungsbereich des Arztes liegen, sofern das Berichtigungsvolumen voraussichtlich 1.000 Euro überschreitet. In diesem Fall beträgt die Berichtigungsfrist 12 Monate nach Ende des Abrechnungsquartals.

(8) Einzelne Behandlungsausweise/Abrechnungsscheine des Arztes bleiben für die Honorarverteilung unberücksichtigt, wenn sie später als zwölf Monate nach dem in Absatz 2 festgesetzten Termin bei der KVN eingereicht werden. Komplette Arztabrechnungen bleiben für die Honorarverteilung unberücksichtigt, wenn sie später als drei Monate nach dem in Absatz 2 festgesetzten Termin bei der KVN eingereicht werden.

§ 21 Monatliche Fallzahlmeldung

Die Ärzte sind verpflichtet, der KVN jeweils bis zum 10. des Folgemonats die Anzahl der im Vormonat erreichten Behandlungsfälle im Sinne der Bundesmantelverträge in der Unterteilung nach M, F, R und Gesamt zu melden. Nähere Vorgaben werden mit Rundschreiben der KVN bekannt gegeben.

§ 22 Inkrafttreten

Diese Abrechnungsanweisung gilt erstmals für die Abrechnung der im 3. Quartal 2013 erbrachten Leistungen.

Anlage 2 zu Teil A des HVM: Belegärztliche Leistungen

§ 1 Allgemeines

Nachstehende Regelungen bestimmen die 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 A, § 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 Krankenhausentlassung nach der Krankenhausentlassung 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

Belegarzt 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 Pflégetage.

Anhang zu Anlage 2 zu Teil A des 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 Abschnitts 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 den Nrn. 34504 und 34505 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.

Teil B: Vergütung der MGV-Leistungen

1 Grundsätze der Vergütung

1.1 Vergütung für vertragsärztliche Leistungen

- Die Vergütung der Ärzte erfolgt auf Basis der gemäß § 87a Abs. 2 Satz 5 SGB V zum jeweiligen Zeitpunkt gültigen regionalen Euro-Gebührenordnung.
- Zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der vertragsärztlichen Tätigkeit sowie um dem Leistungserbringer eine Kalkulationssicherheit hinsichtlich der Höhe seines zu erwartenden Honorars zu ermöglichen (gemäß § 87b Abs. 2 Satz 1 SGB V) 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 9.2 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 nach Maßgabe der Ziffern 2 bis 14 auf Quartalsebene für das jeweilige Abrechnungsquartal ermittelt.

1.2.2 Arztbezug

Die Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen werden nach Maßgabe der Ziffern 2 bis 14 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.

1.2.3 Tätigkeitsumfang

Der Tätigkeitsumfang des Arztes 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 Ziffer 8.2 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.

2 Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV)

2.1 Definition der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV)

Die von den Krankenkassen zu entrichtende morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) gemäß § 87a Abs. 3 Satz 1 SGB V unter Beachtung der entsprechenden Vereinbarungen der Partner der Gesamtverträge ist Ausgangsgröße der Honorarverteilung gemäß nachstehenden Regelungen.

2.2 Unvorhersehbarer Anstieg der Morbidität

Nachzahlungen von Krankenkassen aufgrund des auf Bundesebene zwischen KBV und GKV-Spitzenverband 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.

2.3 Bereinigung des Regelleistungsvolumens aufgrund von 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 §§ 63, 73b, 73c und 140d SGB V sowie zur damit verbundenen Bereinigung der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen festgelegt.

3 Für Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundene Zusatzvolumen relevante Arztgruppen

3.1 Ärzte und Arztgruppen

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

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

3.2 Ermächtigte Ärzte

Ermächtigte Krankenhausärzte sowie ermächtigte Krankenhäuser, Einrichtungen oder Institutionen erhalten ein Regelleistungsvolumen sowie qualifikationsgebundene Zusatzvolumen nach dem mit der Ermächtigung begründeten Versorgungsauftrag, sofern die Ermächtigung keinerlei Einschränkung unterliegt und damit einer Vollzulassung vergleichbar ist.

4 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 den Ziffern 6.1 und 7.1.1 nicht dem Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen unterliegen, abgerechnet werden.

Zur Umsetzung des Arztbezuges gemäß Ziffer 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.

5 Fallzahlzuwachsbegrenzung

- (1) Die Fallzahlzuwachsbeschränkung (FZZB) dient zur Steuerung der RLV-Fallzahl.
- (2) Überschreitet der prozentuale Zuwachs der RLV-relevanten Behandlungsfallzahl gemäß Ziffer 4 einer Arztgruppe gemäß Anlage 2 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.
- (8) Auf Antrag des Arztes und nach Genehmigung durch die KVN kann eine individuelle Ausnahmeregelung bzgl. der Fallzahlzuwachsbeschränkung erfolgen. Die diesbezüglichen Ausnahmetatbestände orientieren sich an den unter Ziffer 12 genannten Fallkonstellationen.
- (9) 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 gemäß § 87b Abs. 3 SGB V die Fallzahlzuwachsbeschränkung keine Anwendung.

6 Benennung der Leistungen, die von der Steuerung durch die Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen erfasst sind

6.1 Vergütung und Steuerung von Leistungen im Vorwegabzug

6.1.1 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 vor Berechnung der versorgungsbereichsspezifischen RLV/QZV-Verteilungsvolumen gemäß Anlage 4 unter Berücksichtigung der für diesen Leistungsbereich im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung erfolgenden Zahlungen vergütet.

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.

6.1.2 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 werden aus dem Vergütungsvolumen vor Berechnung der versorgungsbereichsspezifischen RLV/QZV-Verteilungsvolumen gemäß Anlage 4 unter Berücksichtigung der für diesen Leistungsbereich im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung erfolgenden Zahlungen vergütet.

7 Festsetzung der Regelleistungsvolumen und der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen

Die zutreffende kassenübergreifende unbereinigte morbiditätsbedingte Gesamtvergütung gemäß § 87a Abs. 3 Satz 1 SGB V 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.

7.1 Versorgungsbereichsspezifisches RLV/QZV-Verteilungsvolumen

Für den jeweiligen Versorgungsbereich wird als weitere Ausgangsgröße das versorgungsbereichsspezifische RLV/QZV-Verteilungsvolumen unter Anwendung der nachfolgenden Ziffern 7.1.1 und 7.1.2 gebildet.

7.1.1 Versorgungsbereichsspezifische Vorab-Leistungen

- (1) Abzug der zu erwartenden Vergütung für humangenetische Leistungen des Kapitels 11 EBM als Überweisungsfälle zur Durchführung von Probenuntersuchungen,
- (2) Abzug der zu erwartenden Vergütung für pathologische Leistungen des Kapitels 19 EBM als Überweisungsfälle zur Durchführung von Probenuntersuchungen,
- (3) Abzug der zu erwartenden Vergütung für sonstige Leistungen auf Überweisungsfällen zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen,
- (4) Abzug der zu erwartenden Vergütung für innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanzierten Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM,
- (5) Abzug der zu erwartenden Vergütung für die Gebührenordnungspositionen 01410, 01413 und 01415,
- (6) Abzug der zu erwartenden Vergütung für sonstige Leistungen, die in belegärztlichen Behandlungsfällen zur Abrechnung gelangen,
- (7) Abzug der zu erwartenden Vergütung für Leistungen der Empfängnisregelung, Sterilisation und im Rahmen von Schwangerschaftsabbrüchen der Abschnitte 1.7.5 und 1.7.7. EBM,
- (8) Abzug der zu erwartenden Vergütung für Leistungen der Ärzte, die nicht dem RLV unterliegen.

7.1.2 Weitere versorgungsbereichsspezifische Vorweg-Abzüge

- (1) Abzug der zu erwartenden Zahlungen für den Aufschlag bei Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Arztpraxen mit angestellten Ärzten (gemäß Ziffer 8.4),
- (2) Abzug von 2 % des versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumens für abgestaffelt zu vergütenden Leistungen,
- (3) Berücksichtigung der zur erwarteten Vergütung auf Grundlage einer Zu- bzw. Abnahme von den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte,
- (4) Abzug des zu erwartenden Vergütungsvolumens von etablierten Ärzten für neue QZV-Leistungen gemäß Ziffer 9.2 Absatz 2,
- (5) Abzug des zu erwartenden Vergütungsvolumens aufgrund von anerkannten Ausnahmen von der Abstufung gemäß Ziffer 12,
- (6) Abzug des zu erwartenden Vergütungsvolumens für Ärzte, die im Aufsatzzeitraum noch nicht 16 Quartale niedergelassen waren, gemäß Ziffer 13,
- (7) Abzug des zu erwartenden Vergütungsvolumens für anerkannte Praxisbesonderheiten gemäß Ziffer 14,
- (8) Berücksichtigung der zu erwartenden Zahlungen im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 75 Abs. 7 und 7a SGB V,
- (9) Abzug des Vergütungsvolumens für die Bereinigung aufgrund von Selektivverträgen gemäß Ziffer 2.3,
- (10) Berücksichtigung von Sicherstellungsaufgaben (u.a. nachträglich erfolgende Honorarkorrekturen aus Vorquartalen, Ermächtigungen) und
- (11) Berücksichtigung von Fehlschätzungen für Vorwegabzüge.

7.2 Arztgruppenspezifisches Verteilungsvolumen

Das versorgungsbereichsspezifische RLV/QZV-Verteilungsvolumen wird gemäß Anlage 5 jeweils auf die entsprechenden Arztgruppen gemäß Anlage 2 verteilt. Es entsteht jeweils ein arztgruppenspezifisches Verteilungsvolumen.

7.3 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.

8 Ermittlung der Regelleistungsvolumen je Arzt

8.1 Arztpraxisbezogene Zuweisung der Regelleistungsvolumen

Die Zuweisung der Regelleistungsvolumen erfolgt praxisbezogen. Dabei ergibt sich die Höhe des Regelleistungsvolumen 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 = $((\text{RLV-relevante Arztfallzahl der Arztpraxis im Vorjahresquartal} / \text{Zahl der Behandlungsfälle gemäß Ziffer 4, Satz 1 im Vorjahresquartal}) - 1) * 100$.

8.2 Regelleistungsvolumen (RLV)

(1) Jeder Arzt einer Arztgruppe gemäß Anlage 2 erhält ein arztgruppenspezifisches Regelleistungsvolumen. Die Höhe des Regelleistungsvolumen eines Arztes ergibt sich für die in Anlage 2 benannten Arztgruppen aus der Multiplikation des zum jeweiligen Zeitpunkt gültigen arztgruppenspezifischen Fallwertes (FW_{AG}) gemäß Anlage 7 und der RLV-Fallzahl des Arztes gemäß Ziffer 4 im Vorjahresquartal. Der für einen Arzt zutreffende arztgruppenspezifische Fallwert nach Satz 2 wird für jeden über 150 % der durchschnittlichen RLV-Fallzahl der Arztgruppe hinausgehenden RLV-Fall wie folgt gemindert:

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

(2) Aus Sicherstellungsgründen kann im Einzelfall von der Minderung des Fallwertes abgewichen werden. 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.

8.3 Berücksichtigung der Morbidität im Regelleistungsvolumen

Zur Berücksichtigung des Morbiditätskriteriums Alter ist das RLV gemäß 8.2 unter Berücksichtigung der Versicherten nach Altersklassen gemäß Anlage 7, Nr. 3 zu ermitteln.

8.4 RLV-Zuschlag für Berufsausübungsgemeinschaften

Zur Berücksichtigung der vertragsärztlichen Versorgung in Berufsausübungsgemeinschaften wird gemäß § 87b Abs. 2 Satz 2 SGB V 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.

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 Teil B Ziffer 8.4 c) 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.

Die Zuschläge nach a) bis c) werden aus dem Vergütungsvolumen gemäß Ziffer 7.1.2 Absatz 1 vergütet.

9 Berechnung der Qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV) je Leistungsfall

9.1 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 9.2 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.

9.2 Ermittlung der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen je Arzt

(1) 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 Sicherstellungsgründen notwendig ist.

(2) 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.

(3) Die Berechnung der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen erfolgt je Leistungsfall gemäß Anlage 8. Von der in Anlage 8 beschriebenen Berechnung kann abgewichen werden, wenn im Falle einer niedrigen Anzahl der für ein qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen berechtigten Ärzte eine statistische Ermittlung nicht mehr vertretbar ist.

10 Verfahren bei Über-/Unterschreitung der Vergütungsvolumen

Die im Rahmen einer Schätzung durch die KVN zu ermittelnden voraussichtlichen Über- und Unterschreitungen der Vergütungsvolumen werden durch entsprechenden Vorweg-Abzug aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung bereit gestellt.

11 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.

12 Kriterien zur Ausnahme von der Abstufung

Auf Antrag des Arztes und nach Genehmigung durch die KVN können Leistungen über das arzt-/praxisbezogene Regelleistungsvolumen hinaus mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet werden.

Die folgenden Fallkonstellationen werden dabei als Ausnahmetatbestände 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 (vergleichbare 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).

Eine außergewöhnlich starke Erhöhung der Zahl der behandelten Versicherten liegt vor, sofern es zu einer Fallzahlsteigerung (je Arzt bzw. in Berufsausübungsgemeinschaften je Fachgruppe) kommt, die entweder mindestens 10 Prozent der individuellen Fallzahl des Aufsatzquartals oder aber mindestens 10 Prozent des Arztgruppendurchschnitts des Aufsatzquartals entspricht.

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.

13 Regelleistungsvolumen bei Neuzulassung und Umwandlung der Kooperationsform

Ärzten, die im Aufsatzzeitraum noch nicht 16 Quartale niedergelassen waren (neue Praxen) wird 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 Ziffer 4 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.

14 Praxisbesonderheiten

Praxisbesonderheiten 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.

15 Vergütung laboratoriumsmedizinischer Leistungen

Die Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß § 87b Abs. 4 SGB V zur Honorarverteilung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen (Laborvorgaben – Teil E) finden ab 01.10.2012 mit folgenden Änderungen Anwendung:

Die Option in 3.5.5 der Laborvorgaben der bedarfsgerechten Anpassung wird für die in 3.5.3 der Laborvorgaben genannten Arztgruppen dahingehend genutzt, dass die Budgetierung auf Basis von Individualbudgets erfolgt.

Das Individualbudget bemisst sich je Arzt in der Höhe der anerkannten Vergütung für spezielle Laboratoriumsuntersuchungen des Abschnitts 32.3 EBM (Speziallabor) im entsprechenden Quartal des Basiszeitraums 1/2011 bis 4/2011.

Das Individualbudget wird je Arzt ermittelt und vor Quartalsbeginn je Praxis für die in 3.5.3 der Laborvorgaben aufgeführten Ärzte unter Berücksichtigung von Nr. 3.4 (bundeseinheitliche Abstaffelungsquote „Q“) zugewiesen. Dabei ergibt sich die Höhe des Individualbudgets einer Arztpraxis gemäß Satz 4 aus der Addition der Individualbudgets je Arzt, die in der Arztpraxis tätig sind.

Ärzte, die im Basiszeitraum noch keine 16 Quartale im Speziallabor tätig waren, erhalten als Individualbudget – sofern höher – den Durchschnittswert der Zuweisung je Arzt der Arztgruppe.

Bei der Ermittlung des Individualbudgets eines Arztes ist der Umfang seiner Tätigkeit laut Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid zu berücksichtigen.

Bei wesentlichen Änderungen gegenüber dem Basiszeitraum entscheidet der Vorstand im Einzelfall auf Antrag des Arztes auf Basis von ihm erlassener Durchführungsbestimmungen über eine bedarfsgerechte Anpassung des Individualbudgets. Als wesentliche Änderungen können auch die in Ziffer 12 aufgeführten Fallkonstellationen Berücksichtigung finden.

Anlage 1: Ermittlung des abgestaffelten Preises gemäß Ziffer 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 Teil B, Ziffer 7.1.2 in Höhe von 2 % des versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumens ermittelt. Ggf. kommen ergänzend Vergütungsvolumen aus den Vorwegabzügen gemäß Anlage 4 und Teil B, Ziffer 7.1 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: Arztgruppen gemäß Ziffer 3

1. Für nachfolgende Arztgruppen werden Regelleistungsvolumen ermittelt und festgesetzt:
 - Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören
 - Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, 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 ¹⁾
 - Fachärzte für Frauenheilkunde mit fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin und den abgerechneten GONRn 08541-08561 ¹⁾
 - Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde², Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie²
 - 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 ¹⁾
 - Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie und invasiver Tätigkeit und abgerechneter GONR 34291 ¹⁾
 - 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 Nervenheilkunde², Fachärzte für Neurologie²
 - 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 mehr als 30 %
 - Fachärzte für Diagnostische Radiologie

- Fachärzte für Urologie
- Fachärzte für Physikalisch-Rehabilitative Medizin

¹⁾ Für die Vertragsärzte für Frauenheilkunde gilt bezüglich der RLV-Ermittlung für die differenzierte RLV-Fallwertermittlung 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.

²⁾ Für die RLV-Zuschlagsregelung gemäß Teil B Ziffer 8.4 werden diese Arztgruppen getrennt betrachtet.

Anlage 3: Zuordnung der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen gemäß Ziffer 3

1. Für nachfolgende Arztgruppen werden qualifikationsgebundene Zusatzvolumen (QZV) für die im Folgenden genannten Leistungen ermittelt und festgesetzt.
2. 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, 30131
	Kardiorespiratorische Polygraphie	30900
	Kleinchirurgie	02300, 02301, 02302, 02310
	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
	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 Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören	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, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören	Allergologie	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123
	Dringende Besuche	01411, 01412
	Ergometrie	04321
	Hyposensibilisierungsbehandlung	30130, 30131
	Langzeit Blutdruckmessung	04324
	Langzeit-EKG	04241, 04322
	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
	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 der Säuglingshüfte	33051
	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
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	30700, 30702, 30704, 30706, 30708
	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760
	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Fachärzte für Augenheilkunde	Dringende Besuche	01411, 01412
	Elektroophthalmologie	06312
	Fluoreszenzangiographie	06331
	Kontaktlinsenanpassung	06340, 06341, 06342, 06343
	Photodynamische Therapie	06332
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Sonographie I	33000, 33001, 33002, 33011
	Strukturpauschale konservativ tätiger Augenärzte ¹	06225
	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102

¹⁾ 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
Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie, für Herzchirurgie	Akupunktur	30790, 30791
	Behandlung des diabetischen Fußes	02311
	Behandlung von Hämorrhoiden	30610, 30611
	Dringende Besuche	01411, 01412
	Chirotherapie	30200, 30201
	Gastroenterologie I	13400, 13401, 13402, 13410, 13411, 13412
	Phlebologie	30500, 30501
	Physikalische Therapie	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 30431
	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 Herzchirurgie	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
Fachärzte für Neurochirurgie	Akupunktur	30790, 30791
	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
	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 Frauenheilkunde	Dringende Besuche	01411, 01412
	Inkontinenzbehandlung	08310, 08311
	Kurative Mammographie	34270, 34271, 34272, 34273
	Mamma-Sonographie, Stanzbiopsie	08320, 33041
	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
	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 Frauenheilkunde mit fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin und den abgerechneten GONRn 08541-08561	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Reproduktionsmedizin	08230
	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, Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie	Allergologie	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123
	Bronchoskopie	09315, 09316
	Chirotherapie	30200, 30201
	Dringende Besuche	01411, 01412
	Gastroenterologie I	09317
	Hyposensibilisierungsbehandlung	30130, 30131
	Kardiorespiratorische Polygraphie	30900
	Phoniatrie, Pädaudiologie	09330, 09331, 09332, 09333, 09335, 09336, 20330, 20331, 20332, 20333, 20335, 20336
	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
	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten	Behandlung des diabetischen Fußes	02311
	Behandlung von Hämorrhoiden	30610, 30611
	Dringende Besuche	01411, 01412
	Histologie	19310 bis 19312, 19315, 19320
	Hyposensibilisierungsbehandlung	30130, 30131
	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
	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 nachstehende Schwerpunkte, 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
	Gastroenterologie I	13400, 13401, 13402, 13410, 13411, 13412
	Hyposensibilisierungsbehandlung	30130, 30131
	Kardiorespiratorische Polygraphie	30900
	Kleinchirurgie	02300, 02301, 02302, 02310
	Kontrolle Herzschrittmacher	13552
	Langzeit-EKG	13252, 13253
	Phlebologie	30500, 30501
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512
	Proktologie	13257, 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	

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Fachärzte für Innere Medizin ohne nachstehende Schwerpunkte, 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
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie	Behandlung des diabetischen Fußes	02311
	Dringende Besuche	01411, 01412
	Interventionelle Radiologie	01530, 01531, 34283, 34284, 34285, 34286, 34287
	Kardiorespiratorische Polygraphie	30900
	Kleinchirurgie	02300, 02301, 02302, 02310
	Kontrolle Herzschrittmacher	13552
	Phlebologie	30500, 30501
	Physikalische Therapie	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421
	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
	Ulcus cruris, CVI	02312, 02313

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie	Dringende Besuche	01411, 01412
	Hyposensibilisierungsbehandlung	30130, 30131
	Kardiorespiratorische Polygraphie	30900
	Kontrolle Herzschrittmacher	13552
	Langzeit-EKG	13252, 13253
	Phlebologie	30500, 30501
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512
	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

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
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512
	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
	Transfusionen	02110, 02111
	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie	Beobachtung und Betreuung eines Kranken	01520, 01521
	Dringende Besuche	01411, 01412
	Kardiorespiratorische Polygraphie	30900
	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

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie und invasiver Tätigkeit und abgerechneter GONR 34291	Beobachtung und Betreuung eines Kranken	01520, 01521
	Dringende Besuche	01411, 01412
	Kardiorespiratorische Polygraphie	30900
	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

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie	Allergologie	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123
	Bronchoskopie	13662, 13663, 13664, 13670
	Dringende Besuche	01411, 01412
	Hyposensibilisierungsbehandlung	30130, 30131
	Verordnung medizinischer Rehabilitation	01611
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512
	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 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
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Punktionen	02340, 02341
	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 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
	Osteodensitometrie	34600
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
	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

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	Neurophysiologische Übungsbehandlung	30300, 30301
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142
	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Fachärzte für Nervenheilkunde, Fachärzte für Neurologie	Akupunktur	30790, 30791
	Betreuung neurologisch bzw. psychisch Kranker im sozialen Umfeld	16230, 16231, 21230, 21231
	Dringende Besuche	01411, 01412
	Kardiorespiratorische Polygraphie	30900
	Lumbalpunktion	02342
	Physikalische Therapie	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 30431
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512
	Psychiatrische Gruppenbehandlung	21221
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142
	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 ambulanter psychiatrischer Pflege	01422, 01424
Verordnung medizinischer Rehabilitation	01611	

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Fachärzte für Nuklearmedizin	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
	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
	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
	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 der Säuglingshüfte	33051

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 Psychiatrie und Psychotherapie mit einem Anteil an Leistungen der Richtlinien-Psychotherapie nach Kapitel 35.2 des EBM von mehr als 30 %	Betreuung psychisch Kranker im sozialen Umfeld	21230, 21231
	Dringende Besuche	01411, 01412
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142
	Soziotherapie	30810, 30811
	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102
	Verordnung ambulanter psychiatrischer Pflege	01422, 01424
	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, 34504, 34505
	Interventionelle Radiologie	01530, 01531, 34283, 34284, 34285, 34286, 34287
	Kurative Mammographie	34270, 34271, 34272, 34273
	Mamma-Sonographie, Stanzbiopsie	08320, 33041
	MRT	34410, 34411, 34420, 34421, 34422, 34430, 34431, 34440, 34441, 34442, 34450, 34451, 34452, 34460
	MRT-Angiographie	34470, 34475, 34480, 34485, 34486, 34489, 34490, 34492
	Nuklearmedizin	17310, 17311, 17312, 17320, 17321, 17330, 17331, 17332, 17333, 17340, 17341, 17350, 17351, 17360, 17361, 17362, 17363, 17371, 17372, 17373
	Osteodensitometrie	34600
	Punktionen	02340, 02341
	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
	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 III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
	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
	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
	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
	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: Berechnung des versorgungsbereichsspezifischen
Verteilungsvolumens gemäß Ziffer 7**

Die Berechnung des Verteilungsvolumens eines Versorgungsbereichs (VV_{VB}) erfolgt unter Beachtung der Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß § 87b Abs. 4 SGB V zur Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung in der jeweils geltenden Fassung.

Anlage 5: Berechnung des arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumens gemäß 7.2

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 Teil B Ziffer 6.1, 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 des Versorgungsbereichs

LB_{AG} : Zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannter Leistungsbedarf in Punkten in 2008 ohne Leistungen nach Teil B Ziffer 6.1 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

VV_{VB}^{RLV} : Versorgungsbereichsspezifisches RLV-Verteilungsvolumen gemäß Teil B Ziffer 7.1

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
	- Haut- und Geschlechtskrankheiten	0,9801
	- Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	0,9327
Einführung neuer Leistungen	Fachärzte für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie	1. Quartal: 1,0516 2. Quartal: 1,0550 3. Quartal: 1,0548 4. Quartal: 1,0554
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
	- Urologie	0,9680

Anlage 6: Berechnung der arztgruppenspezifischen Vergütungsbereiche gemäß Ziffer 7.3

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 Teil B Ziffer 6.1, 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 Teil B Ziffer 7.2

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 Teil B Ziffer 7.2 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 Teil B Ziffer 7.2

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

Liegt der RLV -Fallwert der Arztgruppe unterhalb der nach Altersgruppen und Abrechnungsfrequenzen gewichteten arztgruppenspezifischen Versicherten-, Grund- bzw. Konsiliarpauschale pauschalen, 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.

Anlage 7: Berechnung des Regelleistungsvolumens je Arzt gemäß Ziffer 8

1. Berechnung des arztgruppenspezifischen Fallwertes gemäß 8.2

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

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

FZ_{AG}: Anzahl der RLV-Fälle gemäß Teil B, Ziffer 4 einer Arztgruppe im Vorjahr

2. Berechnung des arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumens

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

FW_{AG}: Arztgruppenspezifischer Fallwert gemäß 1.

FZ_{Arzt}: Anzahl der RLV-Fälle eines Arztes gemäß Teil B, Ziffer 4 im Vorjahresquartal unter Berücksichtigung der Fallzahlsteuerung gemäß Teil B, Ziffer 8.2, der Fallzahlzuwachsbeschränkung gemäß Teil B, Ziffer 5 sowie einer ggf. gewährten Ausnahme von der Abstaffelung gemäß Teil B, Ziffer 12

Das ermittelte Regelleistungsvolumen je Arzt ist gegebenenfalls entsprechend den nach Teil B, Ziffer 14 festgestellten Praxisbesonderheiten anzupassen.

Das praxisbezogene Regelleistungsvolumen ergibt sich gemäß Teil B, Ziffer 8.1 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 gemäß Teil B, Ziffer 8.4.

3. Morbiditätsbezogene Differenzierung des Regelleistungsvolumen nach Altersklassen gemäß Teil B, Ziffer 8.3

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

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

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

i = 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 Quartal in der Arztgruppe.

Anlage 8: Berechnung der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen gemäß Ziffer 9.2

Entsprechend Anlage 3 werden je Arztgruppe und je qualifikationsgebundenem Zusatzvolumen die Berechnungen je Leistungsfall wie folgt durchgeführt. Ein Leistungsfall liegt vor, sofern im Behandlungsfall des Vorjahresquartals mindestens eine Leistung des Leistungskatalogs des entsprechenden qualifikationsgebundenen Zusatzvolumens abgerechnet worden ist.

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

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 Leistungsfälle gemäß Teil B, Ziffer 4 derjenigen Ärzte einer Arztgruppe, die Anspruch auf das qualifikationsgebundene Zusatzvolumen i haben

i: qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen einer Arztgruppe

b) Berechnung des qualifikationsgebundenen Zusatzvolumens eines Arztes

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

FZ_{Arzt}^i : Anzahl der Leistungsfälle gemäß Teil B, Ziffer 4 eines Arztes, der Anspruch auf das arztgruppenspezifische qualifikationsgebundene Zusatzvolumen i hat, unter Berücksichtigung der Fallzahlsteuerung gemäß Teil B, Ziffer 8.2

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. Das hierdurch ggf. frei werdende Honorarvolumen verbleibt in der Arztgruppe.

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 2013 erbrachten Leistungen.