

ANMERKUNG:



DIE NACHFOLGENDEN HONORARVERTEILUNGSREGELUNGEN SIND BESTANDTEIL DES MIT ALLEN KASSENVERBÄNDEN KONSENTIIERTEN VERTRAGES ZUR VERGÜTUNGSVEREINBARUNG (TEIL A) UND DER HONORARVERTEILUNGSVEREINBARUNG (TEIL B). DIE REGELUNGEN TRETEN ZUM 1. JANUAR 2009 IN KRAFT.

B. Honorarverteilung, Berechnung und Anpassung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen für das Jahr 2009

gemäß §§ 83, 85 Abs. 4 Satz 2 i. V. m. § 87b SGB V und auf der Basis der Beschlüsse des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 27. und 28. August, 17. Oktober 2008 sowie deren Anpassungen und Ergänzungen

Gültig ab 1. Januar 2009

§ 1 Grundsätze der Honorarverteilung

1. Die KVBW führt die Verteilung der Gesamtvergütungen und der sonstigen Vergütungen, die an die KVBW gezahlt werden, durch. Die Verteilung erfolgt nach Art und Umfang der von den
 - Vertragsärztinnen und -ärzten,
 - Vertragspsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten,
 - Vertragskinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten,
 - Berufsausübungsgemeinschaften,
 - angestellten Ärzte nach §§ 95 Absatz 9 Satz 1 oder 103 Absatz 4b SGB V,
 - ermächtigten (Krankenhaus-) Ärztinnen und Ärzten,
 - ermächtigten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie ermächtigten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten,
 - ermächtigten ärztlich und psychotherapeutisch geleiteten Einrichtungen und
 - medizinischen Versorgungszentren (MVZ)– im Folgenden Vertragsärzte genannt – abgerechneten einzelnen Leistungen.
2. Auf die Vergütungen, die für die ärztlichen/psychotherapeutischen Leistungen einschließlich Kostenersatz kraft Gesetzes oder aufgrund von Verträgen an die KVBW zu zahlen sind, kann nur die KVBW selbst Anspruch erheben. Der Vertragsarzt kann seine diesbezüglichen Ansprüche nur gegenüber der KVBW und nur in der nach Prüfung auf rechnerisch/sachliche Richtigkeit und Wirtschaftlichkeit festgestellten Höhe geltend machen. In keinem Fall stehen dem Vertragsarzt weitergehende Ansprüche gegen die KVBW zu, als diese gegenüber Dritten besitzt.

3. Ganz oder teilweise aus dem(n) Vorquartal(en) eingereichte Abrechnungen (Nachträge) werden nach Maßgabe der nachstehenden Regelungen wie die Leistungen im Einreichungsquartal vergütet.

§ 2 Geltungsbereich

1. Die Bestimmungen dieser Vereinbarung gelten für alle Vertragsärzte, die mit der KVBW im Abrechnungsverkehr stehen. Nicht auf Grund der Zulassung oder Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte nehmen an der Honorarverteilung nur teil, soweit es sich um die Versorgung von Notfällen handelt. Die Bestimmungen dieser Vereinbarung finden auch Anwendung auf die Abrechnung von Laborleistungen, deren Teil 3 (§ 25 Absatz 1 BMV-Ä bzw. § 28 Absatz 1 EKV) aus Laborgemeinschaften bezogen und die gemäß § 25 Absatz 3 Satz 2 BMV-Ä bzw. § 28 Absatz 3 Satz 2 EKV abgerechnet wurden.
2. Abgerechnet werden können nur solche ärztlichen oder psychotherapeutischen Leistungen, die der Vertragsarzt persönlich erbracht hat oder die als delegationsfähige Leistungen unter seiner Leitung und Verantwortung erbracht worden sind.

§ 3 Grundsätze der Vergütung der Ärzte

1. Die Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen erfolgt grundsätzlich auf der Basis der gemäß § 87a Abs. 2 Satz 6 SGB V zum jeweiligen Zeitpunkt gültigen baden-württembergischen Euro-Gebührenordnung, nach Maßgabe der Bestimmungen dieser Vereinbarung, der zusätzlichen vertraglichen Bestimmungen sowie der Abrechnungsrichtlinien und autonomen Satzungsnormen der KVBW.
2. Zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der vertragsärztlichen Tätigkeit wird für die in Teil B Anlage 1 aufgeführten Arztgruppen je Quartal 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.
3. Die Regelleistungsvolumen werden je Arzt für das jeweilige Abrechnungsquartal entsprechend den Berechnungsvorgaben zu Teil B Anlage 4 ermittelt. Nicht ausgeschöpfte Anteile eines Regelleistungsvolumens einer Praxis sind weder innerhalb des Abrechnungsquartals auf eine andere Praxis noch für die eigene Praxis auf das Folgequartal übertragbar.
4. Die Tätigkeit angestellter Ärzte im Rahmen des Job-Sharings sowie von Weiterbildungs-, Entlastungs- und Sicherstellungsassistenten fließt bei der Ermittlung des Regelleistungsvolumens des anstellenden Arztes ein.
5. Ist ein Vertragsarzt gleichzeitig auch als angestellter Arzt (z. B. in einem MVZ oder einem Krankenhaus) tätig, ist der Umfang der genehmigten Arbeitszeit als angestellter Arzt mindernd im Rahmen seines Regelleistungsvolumens zu berücksichtigen.
6. Ermächtigte Krankenhausärzte sowie ermächtigte Krankenhäuser, Einrichtungen und Institutionen erhalten grundsätzlich ein Regelleistungsvolumen nach dem mit der Ermächtigung begründeten Versorgungsauftrag, es sei denn, die Ermächtigung ist auf wenige Einzelleistungen begrenzt.

7. Die das Regelleistungsvolumen überschreitenden Leistungsmengen werden mit einem abgestaffelten Preis vergütet. Hierfür steht je Versorgungsbereich ein Eurobetrag in Höhe von 3% des vorläufigen RLV-Vergütungsvolumens (Teil B, Anlage 4, Nr. 2) zur Verfügung. Dieser Betrag wird durch die Summe in Euro aller RLV-Überschreitungen dividiert und ergibt eine Quote. Mit dieser Quote wird die jeweilige RLV-Überschreitung multipliziert und ergibt den Gesamtpreis in Euro für die RLV-Überschreitungen der Praxis.

Bei versorgungsbereichsübergreifenden BAG / Kooperationen werden die das Regelleistungsvolumen überschreitenden Leistungen der Praxis aus dem für diese Leistungen zur Verfügung stehenden RLV-Vergütungsvolumen je Versorgungsbereich anteilig vergütet.

8. Bei der Ermittlung des Regelleistungsvolumens eines Arztes ist der Umfang seiner Tätigkeit laut Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid zu berücksichtigen.
9. 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. Dem so ermittelten Regelleistungsvolumen werden die Leistungen des Vertragsarztes in der Vertragsarztpraxis und in der(n) Teilberufsausübungsgemeinschaft(en) gegenübergestellt.
10. Die Zuweisung der Regelleistungsvolumen erfolgt praxisbezogen. Dabei ergibt sich die Höhe des Regelleistungsvolumens einer Arztpraxis aus der Addition der Regelleistungsvolumen je Arzt, der in der Arztpraxis tätig ist. Dem einer Praxis zugewiesenen Regelleistungsvolumen steht die in der Praxis abgerechnete Leistungsmenge gegenüber. Arztfälle und Leistungen von Ärzten, für die kein Regelleistungsvolumen gebildet wird, bleiben unberücksichtigt.
11. Bei Ärzten, die in mehreren Praxen tätig sind, wird das für den jeweiligen Arzt ermittelte Regelleistungsvolumen auf diese Praxen grundsätzlich nach Maßgabe des Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheids aufgeteilt.
12. Für einen Vertragsarzt, der seine Tätigkeit unter mehreren Gebiets- oder Schwerpunktbezeichnungen ausübt, richtet sich die Höhe des Regelleistungsvolumens nach dem Versorgungsauftrag, mit dem er zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen ist, bzw. auf Antrag des Vertragsarztes nach dem Versorgungsbereich, in dem seine (zeitlich) überwiegende Leistungserbringung der zurückliegenden Quartale lag. Änderungen des Schwerpunkts im Sinne von Satz 1 sind der KVBW spätestens einen Monat vor Beginn des Quartals, für das die Änderung gelten soll, mitzuteilen. Für das Quartal 1/2009 kann die Mitteilung abweichend von Satz 2 bis zum 31.01.2009 erfolgen.
13. Nicht dem Regelleistungsvolumen unterliegen

- Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen, die sich aus
 - Teil B Nr. 1.3 des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses¹,

¹ die betreffenden Leistungen sind in der Übersicht „Einzelleistungen / Leistungen außerhalb des Regelleistungsvolumens ab 1.1.2009“ aufgeführt

- Teil F Anlage 2 Nr. 2 des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses¹,
- Vereinbarungen der Partner der Gesamtverträge nach § 87a Abs. 3 Satz 5 SGB V (Teil A dieser Vereinbarung)¹ oder
- Vereinbarungen der Partner der Gesamtverträge nach § 87b Abs. 2 Satz 7 SGB V (Vorwegabzüge entsprechend Teil B Anlage 4 Nr. 2.1 und 2.2 dieser Vereinbarung)²
- Verträgen nach § 136 Abs. 4 SGB V

ergeben, sowie

antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM.

14. Für Regelleistungsvolumen relevante Fälle

Für Regelleistungsvolumen relevante Fälle sind alle kurativ-ambulanten Arzt- und Behandlungsfälle gemäß § 21 Abs. 1, Abs. 1b Satz 1 und Abs. 2 BMV-Ä bzw. § 25 Abs. 1, Abs. 1b Satz und Abs. 2 EKV, ausgenommen Notfälle im organisierten Notfalldienst (Muster 19a der Vordruckvereinbarung) und Überweisungsfälle zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen oder zur Befundung von dokumentierten Untersuchungsergebnissen und Fälle, in denen ausschließlich Leistungen und Kostenerstattungen, die gemäß Teil B § 3 Nr. 13 nicht dem Regelleistungsvolumen unterliegen, abgerechnet werden.

15. Wird das Regelleistungsvolumen je Arzt und Quartal nicht ausgeschöpft, wird das hieraus resultierende nicht verbrauchte Honorarvolumen den Rückstellungen zugeführt.

§ 4 Bestimmung des Anteils der vorhersehbaren morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zur Bildung von Regelleistungsvolumen

1. Grundlage für die Ermittlung und Festsetzung der Regelleistungsvolumen ist die nach Teil A § 4³ quartalsweise ermittelte vorhersehbare morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (§ 87b Abs. 3 Satz 2 Nr. 1 SGB V).
2. Für die Ermittlung und Festsetzung der Regelleistungsvolumen ist die vorhersehbare morbiditätsbedingte Gesamtvergütung anzupassen
 - unter Berücksichtigung der zu erwartenden Zahlungen im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 75 Abs. 7 und 7a SGB V (Fremdkassenzahlungsausgleich). Soweit Forderungen und Verbindlichkeiten zum Zeitpunkt der Abrechnung nicht bekannt sind, werden diese geschätzt. Nach Vorliegen der endgültigen Werte erfolgt ein Ausgleich eventueller Differenzen im Folgequartal.

² die betreffenden Leistungen sind in der Übersicht „Einzelleistungen / Leistungen außerhalb des Regelleistungsvolumens ab 1.1.2009“ aufgeführt

³ Die entsprechende Regelung in Teil A (noch nicht abschließend konsentierete Honorarvereinbarung) lautet:

Der Behandlungsbedarf je Versicherten wird mit der Zahl der Versicherten der Krankenkasse des jeweiligen Vorvorquartals (definiert nach Satzart ANZVER87c4 im Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 154. Sitzung) sowie dem regionalen Punktwert (3,5001 Cent) multipliziert und ergibt die vorhersehbare morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, die Berechnungsgrundlage für die Regelleistungsvolumen ist.

- unter Abzug der Vergütung für die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 entsprechend Teil D des Beschlusses des erweiterten Bewertungsausschusses

Die so angepasste vorhersehbare morbiditätsbedingte Gesamtvergütung wird im Folgenden als RLV-Vergütungsvolumen (RLV_{VG}) verwendet.

§ 5 Ermittlung des Regelleistungsvolumens je Arzt

1. Jeder Vertragsarzt einer Arztgruppe gemäß Teil B Anlage 1 erhält ein arztgruppenspezifisches Regelleistungsvolumen. Die Höhe des Regelleistungsvolumens eines Vertragsarztes ergibt sich für die in dieser Anlage benannten Arztgruppen aus der Multiplikation des zum jeweiligen Zeitpunkt gültigen KV-bezogenen arztgruppenspezifischen Fallwertes (FW_{AG}) und der kurativ-ambulanten Fallzahlen (Teil B § 3 Nr. 14) des Vertragsarztes im entsprechenden Vorjahresquartal.
2. Hiervon abweichend wird für Teilnehmer in überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften, die ihren Sitz außerhalb des Bereichs der KVBW haben, die Fallzahl des Vorjahresquartals im Bereich der KVBW, jedoch höchstens 50% der Fachgruppendurchschnittsfallzahl des Vorjahresquartals angesetzt. Dies gilt für Ärzte, die aufgrund einer Ermächtigung nach § 24 Abs. 3 Satz 3 Ärzte-ZV im Bereich der KVBW Leistungen erbringen, entsprechend.
3. Werden Ärzte aufgrund mehrerer Ermächtigungen nach § 24 Abs. 3 Satz 3 Ärzte-ZV im Bereich der KVBW tätig, wird das Regelleistungsvolumen im gleichen Verhältnis auf alle Tätigkeitsorte in Baden-Württemberg verteilt. Das Aufteilungsverhältnis kann bis zum Ablauf des Quartals, für das die Erklärung abgegeben wird, in abweichender Höhe gegenüber der KVBW erklärt werden.
4. Zur Berücksichtigung des Morbiditätskriteriums Alter ist das Regelleistungsvolumen nach Altersklassen gemäß Teil B, Anlage 4 zu ermitteln.
5. Die Höhe des zutreffenden Regelleistungsvolumens für arztgruppen- und schwerpunktgleiche Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten derselben Arztgruppe/desselben Schwerpunktes wird unabhängig von der Anzahl der Teilnehmer einer BAG unter Berücksichtigung eines Aufschlages in Höhe von 10 % berechnet.

§ 6 Fallzahlbedingte Abstufung des Regelleistungsvolumens

1. Der für einen Vertragsarzt zutreffende arztgruppenspezifische Fallwert nach § 5 Nr. 1 wird für jeden über 150 % der durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe hinausgehenden Fall wie folgt gemindert:
 - um 25 % für Fälle über 150 % bis 170 % der durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe,
 - um 50 % für Fälle über 170 bis 200 % der durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe.
 - um 75 % für Fälle über 200 % der durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe.

2. Die Fallzahlobergrenze bei Berufsausübungsgemeinschaften, MVZ und Arztpraxen mit angestellten Ärzten ergibt sich aus der Addition der arztgruppenbezogenen Fallzahlobergrenzen je Arzt der dort tätigen Vertragsärzte und angestellten Ärzte. Dabei sind die Ärzte im Umfang ihrer Tätigkeit lt. Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid zu berücksichtigen. Nicht in Teil B Anlage 1 aufgeführte Arztgruppen werden bei der Ermittlung der Fallzahlobergrenze nicht berücksichtigt. Deren Fälle und Leistungen gehen nicht in die Berechnung des RLV ein.
3. Für einen Vertragsarzt, der seine Tätigkeit in mehreren Gebiets- oder Schwerpunktbezeichnungen ausübt, ergibt sich die Fallzahlobergrenze nach dem Versorgungsauftrag, mit dem er zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen ist bzw. auf Antrag des Vertragsarztes nach dem Versorgungsbereich, in dem seine (zeitlich) überwiegende Leistungserbringung der zurückliegenden Quartale lag.

§ 7 Sonderregelungen bei Neuaufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit, Praxisauflösungen, Praxisverlegungen und Übernahme einer Praxis

1. Bei Neuaufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit wird das im jeweiligen Abrechnungsquartal maßgebliche durchschnittliche Regelleistungsvolumen der entsprechenden Arztgruppe zugrunde gelegt.
2. Bei der Übernahme einer Praxis kann der Erwerber auf Antrag die Fallzahl des Praxisübergebers erhalten. Ist diese niedriger als die durchschnittliche Fallzahl der entsprechenden Arztgruppe des jeweiligen Vorjahresquartals, ist die Praxisübernahme als Neuaufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit zu behandeln.
3. Bei der Auflösung von arztgruppen- und schwerpunktgleichen Berufsausübungsgemeinschaften können die Vertragsärzte einvernehmlich eine Aufteilung des Regelleistungsvolumens vereinbaren und der KVBW mitteilen. Erfolgt bis zur Entscheidung des Zulassungsausschusses keine Mitteilung der beteiligten Ärzte, wird das Regelleistungsvolumen zu gleichen Teilen auf die Vertragsärzte aufgeteilt. Die Weiterführung der Arztpraxis ohne eine Praxisverlegung gilt nicht als Neuaufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit.
4. Praxisverlegungen, die mit einem Wechsel des Bedarfsplanungsbereichs oder der Arztgruppe verbunden sind, werden wie eine Neuaufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit behandelt.

§ 8 Fallwertzuschlag für qualitätsgebundene Leistungen

Für die in Teil B Anlage 2 genannten Leistungsbereiche werden arztgruppenspezifische Fallwertzuschläge gebildet. Ein Vertragsarzt hat Anspruch auf diesen, wenn er die beim jeweiligen Fallwertzuschlag genannten Voraussetzungen erfüllt und die Leistungen im Abrechnungsquartal erbringt.

§ 9 Unvorhersehbarer Anstieg der Morbidität

Nachzahlungen von Krankenkassen aufgrund des in Teil E des Beschlusses des erweiterten Bewertungsausschusses vom 27./28.08.2008 festgelegten Verfahrens zur Bestimmung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten

Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 4 Satz 4 SGB V führen zu Nachzahlungen im Rahmen der Honorarbescheidung der Abrechnungsquartale nach den angeforderten Leistungen.

§ 10 Kriterien zur Ausnahme von der Abstufung

1. Bei einer außergewöhnlich starken Erhöhung der Zahl der behandelten Versicherten z. B. auf Grund einer urlaubs- oder krankheitsbedingten Vertretung eines anderen Arztes oder der Aufgabe einer Zulassung oder genehmigten Tätigkeit eines anderen Arztes können auf Antrag des Arztes und nach Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung Leistungen über das arzt-/praxisbezogene Regelleistungsvolumen hinaus mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet werden.
2. Zudem können auf Antrag des Vertragsarztes und nach Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung bei Vorliegen eines außergewöhnlichen und/oder durch den Arzt unverschuldeten Grundes, der zu einer niedrigeren Fallzahl des Arztes in den Aufsatzquartalen geführt hat, Leistungen über das arzt-/praxisbezogene Regelleistungsvolumen hinaus mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet werden.
3. Das Nähere regelt die KVBW.

§ 11 Praxisbesonderheiten

1. Praxisbesonderheiten ergeben sich aus einem besonderen Versorgungsauftrag oder einer besonderen, für die Versorgung bedeutsamen Spezialisierung, wenn zusätzlich eine aus den Praxisbesonderheiten resultierende Überschreitung des durchschnittlichen Fallwertes der Arztgruppe von mindestens 30% vorliegt.
2. Das Nähere regelt die KVBW

§ 12 Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten

1. Verringert sich das Honorar einer Arztpraxis und das Honorar je Fall um mehr als 15 % gegenüber dem Vorjahresquartal, prüft die Kassenärztliche Vereinigung auf Antrag des Arztes, inwiefern eine befristete Ausgleichszahlung an die Arztpraxis erfolgen kann. Die Ausgleichszahlung erfolgt versorgungsbereichsspezifisch aus den Rückstellungen gemäß Teil B Anlage 3. Sie wird geleistet, bis 85% des Fallwertes des Vorjahresquartals, maximal jedoch 85% des Gesamthonorars des Vorjahresquartals erreicht sind.
2. Voraussetzung hierfür ist, dass die Honorarminderung durch die Umstellung der Mengensteuerung auf die neue Systematik entstanden ist oder dadurch begründet ist, dass bis zum Quartal 4/2008 vereinbarte extrabudgetäre Leistungen und Kostenerstattungen nicht fortgeführt werden.
3. Das Nähere regelt die KVBW.

§ 13 Information durch die Kassenärztliche Vereinigung

Die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg informiert quartalsweise die Krankenkassen über die Zuweisung der Regelleistungsvolumen an den Arzt oder die Arztpraxis gemäß Teil B §§ 5 bis 7 und 9 bis 12⁴.

§ 14 Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen Psychotherapie

1. Für folgende Arztgruppen werden zeitbezogene Kapazitätsgrenzen je Quartal je Vertragsarzt zugewiesen:
 - Psychologische Psychotherapeuten
 - Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
 - Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und andere ausschließlich psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte gemäß den Kriterien der Bedarfsplanungsrichtlinien.

2. Die zeitbezogene Kapazitätsgrenze nach Nr. 1 setzt sich aus einem Anteil für die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen und einem Anteil für die nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen zusammen. Für die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen werden hierbei 27.090 Minuten je Abrechnungsquartal zu Grunde gelegt.
3. Für die nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen wird auf die arztgruppenspezifische, durchschnittlich abgerechnete ärztliche bzw. therapeutische Zuwendungszeit je Arzt im entsprechenden Vorjahresquartal - gemessen nach den Prüfzeiten der Leistungen des Anhangs 3 zum Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) in der gültigen Fassung - abgestellt.

Ist ein Vertragsarzt gleichzeitig auch als angestellter Arzt (z. B. in einem MVZ oder einem Krankenhaus) tätig, ist der Umfang der genehmigten Arbeitszeit als angestellter Arzt mindernd bei der Ermittlung der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze zu berücksichtigen.

Je Arzt bzw. Psychotherapeut der in Nr. 1 genannten Arztgruppen ergibt sich die zeitbezogene Kapazitätsgrenze aus der Addition der Werte für die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen und für die nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen.

4. Überschreitet die abgerechnete ärztliche bzw. therapeutische Zuwendungszeit - gemessen nach den Prüfzeiten der Leistungen des Anhangs 3 zum Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) in der gültigen Fassung - die gemäß 2. und 3. ermittelte zeitbezogene Kapazitätsgrenze je Arzt, so werden diese Leistungen bis zur 1,5-fachen zeitbezogenen Kapazitätsgrenze mit den abgestaffelten Preisen nach Teil B § 3 Nr. 7 vergütet.

⁴ Der Bewertungsausschuss wird zur Umsetzung der Informationspflicht der Kassenärztlichen Vereinigungen ein Verfahren beschließen. Unter Berücksichtigung dieses Beschlusses sind ggf. Änderungen/Ergänzungen in § 13 vorzunehmen.

§ 15 Bereinigung des Regelleistungsvolumens bei Verträgen nach §§ 73b, 73c oder 140a ff. SGB V

Bezüglich des Verfahrens zur Bereinigung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen gilt der Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 27./28.08.2008 Teil F Nr. 5. Ergänzend sind weitergehende Vorgaben des (Erweiterten) Bewertungsausschusses zu beachten.

§ 16 Abrechnungsbescheid

1. Der Leistungserbringer erhält über seine Honorarabrechnung einen Abrechnungsbescheid. Gegen den Abrechnungsbescheid kann der Vertragsarzt innerhalb eines Monats nach Zugang Widerspruch bei der KVBW einlegen. Der Widerspruch bedarf der Schriftform und soll eine Begründung enthalten. Über den Widerspruch entscheidet, sofern ihm nicht im Vorfeld abgeholfen (stattgegeben) werden kann, der Vorstand der KVBW. Dieses Verfahren gilt als Vorverfahren im Sinne des Sozialgerichtsgesetzes.
2. Forderungen der Vertragsärzte gegen die KVBW werden erst fällig, nachdem Verfahren wegen sachlicher, rechnerischer oder gebührenordnungsmäßiger Berichtigungen, Verfahren im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung und Verfahren auf Feststellung eines sonstigen Schadens durchgeführt und rechtswirksam abgeschlossen worden sind. Bis zu diesem Zeitpunkt sind die Zahlungen der KVBW an den Vertragsarzt aufrechnungsfähige und ggf. rückzahlungspflichtige Vorschüsse.

Anlage 1

zu Teil B der Honorarverteilungs- und Vergütungsvereinbarung für das Jahr 2009

1. Regelleistungsvolumen - relevante Arztgruppen

Ärzte folgender Arztgruppen erhalten ein Regelleistungsvolumen gemäß Teil B § 5 Nr. 1:

- Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, hausärztlicher Versorgungsbereich
- Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin ohne SP
- Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt
- Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder-Kardiologie
- Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie
- Fachärzte Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder-Hämatologie und -Onkologie
- Fachärzte Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung Kinder-Gastroenterologie
- Fachärzte Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie
- Fachärzte Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung Kinder-Rheumatologie
- Fachärzte Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung Kinder-Nephrologie
- Fachärzte Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie
- Fachärzte für Anästhesiologie
- Fachärzte für Augenheilkunde
- Fachärzte für Chirurgie, Kinderchirurgie, Plastische Chirurgie, Herzchirurgie
- Fachärzte für Neurochirurgie
- Fachärzte für Frauenheilkunde
- Fachärzte für Frauenheilkunde / mit fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin
- Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde
- Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten
- Fachärzte für Humangenetik
- Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, fachärztlicher Versorgungsbereich
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie / und invasiver Tätigkeit
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Endokrinologie
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/Onkologie
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie mit invasiver Tätigkeit
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie

- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Nephrologie
- Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
- Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie mit Teilnahme an der Sozialpsychiatrischen Vereinbarung
- Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
- Fachärzte für Nervenheilkunde
- Fachärzte für Neurologie
- Fachärzte für Nuklearmedizin
- Fachärzte für Orthopädie
- Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie
- Fachärzte für Psychiatrie u. Psychotherapie mit einem Anteil an Leistungen der Richtlinien-Psychotherapie im Vorjahresquartal von höchstens 30 %
- Fachärzte für Psychiatrie u. Psychotherapie mit einem Anteil an Leistungen der Richtlinien-Psychotherapie im Vorjahresquartal von mehr als 30 %
- Fachärzte für Diagnostische Radiologie ohne Vorhaltung von CT und MRT
- Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT
- Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von MRT
- Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT und MRT
- Fachärzte für Urologie
- Fachärzte für Physikalisch-Rehabilitative Medizin

2. Differenzierung nach Qualitätsmerkmalen

Die unter 1. aufgeführten Arztgruppen werden nach den unter 2.1 und 2.2 aufgeführten versorgungsbereichsspezifischen Qualifikationsmerkmalen weiter differenziert.

2.1 Hausärztlicher Versorgungsbereich:

Nr.	Qualifikationsmerkmal	Voraussetzung
1.	Allergologie mit ZB	Zusatzbezeichnung Allergologie
2.	Phlebologie mit ZB	Zusatzweiterbildung / -bezeichnung Phlebologie
3.	Schmerztherapie	Genehmigung zur Teilnahme an der Schmerztherapievereinbarung ⁵

2.2 Fachärztlicher Versorgungsbereich

Nr.	Qualifikationsmerkmal	Voraussetzung
1.	Allergologie mit ZB	Zusatzbezeichnung Allergologie
2.	Sonographische Gefäßuntersuchungen	Doppler- / Duplex-Ultraschallgenehmigung
3.	Chirotherapie	Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnung Manuelle Therapie / Chirotherapie
4.	Phlebologie mit ZB	Zusatzweiterbildung / -bezeichnung Phlebologie

⁵ Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten nach § 135 Abs. 2 SGB V in der jeweils gültigen Fassung

Honorarverteilungsvereinbarung, gültig ab 1. Januar 2009

Nr.	Qualifikationsmerkmal	Voraussetzung
5.	Physikalische Therapie	Zusatzbezeichnung Balneologie und Physikalische Therapie
6.	Psychosomatik, Übende Verfahren	Genehmigung für Psychosomatik
7.	Sonographie	Genehmigung Sonographie
8.	Otoakustische Emissionen	Genehmigung Otoakustische Emissionen
9.	Doppleruntersuchungen im Genitalbereich	Genehmigung zur Erbringung der Nrn. 33062 oder 33064 EBM
10.	MRT	Genehmigung für MRT-Leistungen
11.	Transkavitäre Sonographie	Genehmigung zur Erbringung der Nr. 33090 EBM
12.	Proktologie	Zusatzweiterbildung / -bezeichnung Proktologie
13.	Schmerztherapie	Genehmigung zur Teilnahme an der Schmerztherapievereinbarung ⁶
14.	Elektroophthalmologie	Abrechnung der Nr. 06312 EBM
15.	Druckmessung Blase, Urethra	Abrechnung der Nrn. 08310, 26312 oder 26313 EBM

⁶ Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten nach § 135 Abs. 2 SGB V in der jeweils gültigen Fassung

Anlage 2

zu Teil B der Honorarverteilungs- und Vergütungsvereinbarung für das Jahr 2009

Fallwertzuschläge zum Regelleistungsvolumen

1. Fallwertzuschlag zum Regelleistungsvolumen für Ärzte des hausärztlichen Versorgungsbereichs für qualitätsgebundene Leistungen

- 1.1 Für jeden nachfolgenden Leistungsbereich erhält ein Vertragsarzt des hausärztlichen Versorgungsbereichs jeweils ein weiteres Honorarvolumen, das ihm für die Abrechnung der genannten Leistungen zusätzlich zur Verfügung steht, wenn er mindestens eine Leistung des entsprechenden Leistungsbereichs im aktuellen Quartal abrechnet und über die entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen verfügt. Das Honorarvolumen ergibt sich aus der Multiplikation seiner kurativ-ambulanten Arztfallzahl des entsprechenden Vorjahresquartals mit dem hinter dem Leistungsbereich ausgewiesenen Betrag.

Nr.	Fallwertaufschlag	GOP	Betrag in Euro
1.	Sonographie	33000 bis 33002, 33010 bis 33012, 33040 bis 33044, 33050 bis 33052, 33060 bis 33062, 33076, 33080, 33081, 33090 bis 33092	3,50
2.	Psychosomatik	35100 und 35110	3,00
3.	Prokto/Rektoskopie	03331 bzw. 04331	1,00
4.	Kleinchirurgie	02300 bis 02302	1,50
5.	Langzeit-EKG	03322 bzw. 04322	1,00
6.	Langzeit-Blutdruckmessung	03324 bzw. 04324	1,00
7.	Spirometrie	03330 bzw. 04330	1,00
8.	Ergometrie	03321 bzw. 04321	1,50
9.	Chirotherapie	GNR des Abschnitts 30.2 des EBM	1,00

- 1.2 Sofern ein Arzt das für ihn zutreffende Regelleistungsvolumen nicht ausschöpft, kann er das noch zur Verfügung stehende Honorarvolumen mit Leistungen der unter 1.1 genann-

ten Leistungsbereiche ausfüllen. Das mit diesen Leistungen korrespondierende Honorarvolumen kann dagegen nicht mit anderen Leistungen abgerufen werden.

Die Honorarvolumen für die unter 1.1 genannten Leistungsbereiche der Nrn. 3. bis 9. können gegenseitig verrechnet werden.

- 1.3 Die das Honorarvolumen nach Ausschöpfung der Verrechnungen gemäß 1.2 verbleibenden überschreitenden Leistungen werden mit dem abgestaffelten Preis im hausärztlichen Versorgungsbereich (Teil B § 3 Nr. 7) vergütet.
- 1.4 Für neu zugelassene Ärzte wird die durchschnittliche Zahl der kurativ-ambulanten Arztfälle des entsprechenden Vorjahresquartals herangezogen.
- 1.5 Für Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkttätigkeit gemäß Abschnitt 4.4 des EBM bzw. mit Erbringung von an eine Zusatzweiterbildung gebundenen Leistungen gemäß Abschnitt 4.5 des EBM kann das Regelleistungsvolumen entsprechend des Sicherstellungsbedarfs angepasst werden.

2. Fallwertzuschlag zum Regelleistungsvolumen für Ärzte des fachärztlichen Versorgungsbereichs für qualitätsgebundene Leistungen

2.1 Für jeden nachfolgenden Leistungsbereich erhält ein Vertragsarzt des fachärztlichen Versorgungsbereichs, der nicht Facharzt für Nuklearmedizin, Radiologie oder Strahlentherapie ist, jeweils ein weiteres Honorarvolumen, das ihm für die Abrechnung der genannten Leistungen zusätzlich zur Verfügung steht, wenn er mindestens eine Leistung des entsprechenden Leistungsbereichs im aktuellen Quartal abrechnet über die entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen verfügt. Das Honorarvolumen ergibt sich aus der Multiplikation seiner kurativ-ambulanten Arztfallzahl des entsprechenden Vorjahresquartals mit dem hinter dem Leistungsbereich ausgewiesenen Betrag.

Nr.	Fallwertaufschlag	GOP	Betrag in Euro
1.	Diagnostische Radiologie	34210 - 34282	5,00

- 2.2 Sofern ein Arzt das für ihn zutreffende Regelleistungsvolumen nicht ausschöpft, kann er das noch zur Verfügung stehende Honorarvolumen mit den oben genannten Leistungen der diagnostischen Radiologie ausfüllen. Das mit den Leistungen der diagnostischen Radiologie korrespondierende Honorarvolumen kann dagegen nicht mit anderen Leistungen abgerufen werden.
- 2.3 Die das Honorarvolumen nach Ausschöpfung der Verrechnungen gemäß Absatz 2 verbleibenden überschreitenden Leistungen werden mit dem abgestaffelten Preis im fachärztlichen Versorgungsbereich (Teil B, § 3 Nr. 7) vergütet.
- 2.4 Für neu zugelassene Ärzte wird die durchschnittliche Zahl der kurativ-ambulanten Arztfälle des entsprechenden Vorjahresquartals herangezogen.

Anlage 3 a
zu Teil B der Honorarverteilungs- und Vergütungsvereinbarung für
das Jahr 2009

Rückstellung für die Förderung ambulanter Operationen, Leistungen
des organisierten Notfalldienstes sowie Leistungen der Methadon-
substitution

Die von den Krankenkassen gemäß Teil A § 4 zusätzlich zur morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zur Verfügung gestellten Finanzmittel werden einer gesonderten Rückstellung zugeführt. Aus dieser gesonderten Rückstellung wird jeweils die Differenz zwischen dem Orientierungswert und dem Auszahlungspunktwert für ambulante Operationen, Leistungen des organisierten Notfalldienstes sowie Leistungen der Methadonsubstitution gemäß Teil A Anlage 1 vergütet.

Fehlbeträge zur Finanzierung der nach Teil A Anlage 1 aufgeführten Auszahlungspunktwerte werden aus den Rückstellungen gem. Teil B, Anlage 3 b gedeckt.

Anlage 3 b **zu Teil B der Honorarverteilungs- und Vergütungsvereinbarung für** **das Jahr 2009**

Bildung und Auflösung von versorgungsbereichsspezifischen Rückstellungen

1. Von der gemäß Teil A dieser Vereinbarung vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung werden nach Berechnung der vorläufigen RLV-Vergütungsvolumen der Versorgungsbereiche für das Jahr 2009 versorgungsbereichsspezifische Rückstellungen
 - zur Berücksichtigung einer Zunahme von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten,
 - für Sicherstellungsaufgaben (u. a. nachträglich erfolgende Honorarkorrekturen aus Vorquartalen),
 - zum Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten,
 - für Praxisbesonderheiten gem. § 87b Abs. 3. Satz 3 SGB V und
 - zum Ausgleich von Fehlschätzungen für Vorwegabzüge gemäß Teil B Anlage 4 Nr. 2 gebildet.
2. Grundlage für die Höhe der Rückstellungen sind die im Jahr 2007 für die unter 1. genannten Sachverhalte aufgewendeten Vergütungen. Zudem sind die im Jahr 2009 zu erwartenden Änderungen des damit verbundenen Vergütungsbedarfs zu berücksichtigen. Die Aufteilung der Rückstellungen auf die Quartale des Jahres 2009 orientiert sich an der quartalsweise ermittelten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gemäß Teil A § 2.
3. Die Vertragspartner legen im Rahmen einer Protokollnotiz einen Prozentsatz der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für die gemäß 1. zu bildenden Rückstellungen fest. Nach Vorliegen entsprechender Quartalergebnisse können die Vertragspartner eine Anpassung des Prozentsatzes vornehmen.
4. Eine Über- oder Unterdeckung wird im Folgequartal berücksichtigt.
5. Die KVBW ist darüber hinaus berechtigt, angemessene Rückstellungen für eventuelle Ausgleichszahlungen an Krankenkassen, andere Kassenärztliche Vereinigungen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und Vertragsärzte zu bilden.

Anlage 4

zu Teil B der Honorarverteilungs- und Vergütungsvereinbarung für das Jahr 2009

Ermittlung der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen

1. Berechnung des vorläufigen RLV-Vergütungsvolumens eines Versorgungsbereichs (VRLV_{VB}) für das laufende Quartal

$$VRLV_{VB} = \frac{VG_{VB}}{VG} * RLV_{VG}$$

VG: Vergütungsvolumen des entsprechenden Quartals aus 2007 ohne die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der Psychotherapie des Abschnitts 35.2, multipliziert mit dem Faktor für EBM₂₀₀₈-Anpassungen aller Arztgruppen

VG_{VB}: Vergütungsvolumen des entsprechenden Quartals aus 2007 ohne die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der Psychotherapie des Abschnitts 35.2, multipliziert mit dem Faktor für EBM₂₀₀₈-Anpassungen des jeweiligen Versorgungsbereichs

VB: hausärztlicher und fachärztlicher Versorgungsbereich

RLV_{VG}: RLV-Vergütungsvolumen für das jeweilige Quartal gemäß Teil B § 4 Nr. 1 Satz 2 dieser Vereinbarung

2. Berechnung des RLV-Vergütungsvolumens eines Versorgungsbereichs (RLV_{VB}) für das laufende Quartal

2.1 Vorwegabzüge im hausärztlichen Versorgungsbereich

Das RLV-Vergütungsvolumen des hausärztlichen Versorgungsbereichs wird je Quartal ermittelt aus dem vorläufigen RLV-Vergütungsvolumen des hausärztlichen Versorgungsbereichs gemäß 1. unter Abzug

- der zu erwartenden Zahlungen für die Vergütung von qualitätsgebundenen Leistungen gemäß Anlage 2 Nr. 1,
- Überweisungsfälle zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen oder zur Befundung von dokumentierten Untersuchungsergebnissen

Honorarverteilungsvereinbarung, gültig ab 1. Januar 2009

- von 3 % des vorläufigen RLV-Vergütungsvolumens des hausärztlichen Versorgungsbereichs für die abgestaffelt zu vergütenden Leistungen,
- der zu erwartenden Zahlungen für den Aufschlag bei arztgruppen- und schwerpunktgleichen Berufsausübungsgemeinschaften und Arztpraxen mit angestellten Ärzten derselben Arztgruppe/desselben Schwerpunktes
- der zu erwartenden Zahlungen für folgende Leistungen:
 - Besondere Inanspruchnahme (GOP 01100 bis 01102)
 - Leistungen im organisierten Notfalldienst
 - Dringende Besuche (GOP 01411, 01412, 01415)
 - Auswertung Langzeit-EKG als Auftragsleistung (Definitions- oder Indikationsauftrag) (GOP 03241 und 04241)
 - Leistungen des Abschnitts 30.7.1 zur Versorgung chronisch schmerztherapeutischer Patienten, durch nicht ausschließlich schmerztherapeutisch tätige Hausärzte
 - Akupunktur des Abschnitts 30.7.3
 - Laboratoriumsmedizinische Untersuchungen des Kapitels 32
 - Kostenpauschalen des Kapitels 40.
- der gemäß Anlage 3 b zu Teil B dieser Vereinbarung gebildeten Rückstellungen.

2.2 Vorwegabzüge im fachärztlichen Bereich

Das RLV-Vergütungsvolumen des fachärztlichen Versorgungsbereichs wird je Quartal ermittelt aus dem vorläufigen RLV-Vergütungsvolumen des fachärztlichen Versorgungsbereichs gemäß 1. unter Abzug

- der zu erwartenden Zahlungen für die Vergütung von qualitätsgebundenen Leistungen gemäß Anlage 2 Nr. 2
- von 3 % des vorläufigen RLV-Vergütungsvolumens des fachärztlichen Versorgungsbereichs für die abgestaffelt zu vergütenden Leistungen,
- von Überweisungsfällen zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen oder zur Befundung von dokumentierten Untersuchungsergebnissen
- zu erwartender Zahlungen für ermächtigte Krankenhausärzte, ermächtigte Krankenhäuser, Einrichtungen und Institutionen, die gemäß Teil B § 3 Nr. 6 kein Regelleistungsvolumen erhalten,

Honorarverteilungsvereinbarung, gültig ab 1. Januar 2009

- der zu erwartenden Zahlungen für nicht in Anlage 1 genannte Arztgruppen
- der zu erwartenden Zahlungen für die Zusatzpauschalen zur Behandlung von Transplantationsträgern (GOP 13437, 13438, 13439, 13677)
- der zu erwartenden Zahlungen für den Aufschlag bei arztgruppen- und schwerpunktgleichen Berufsausübungsgemeinschaften und Arztpraxen mit angestellten Ärzten derselben Arztgruppe/desselben Schwerpunktes
- der zu erwartenden Zahlungen für folgende Leistungen:
 - Besondere Inanspruchnahme (GOP 01100 bis 01102)
 - Leistungen im organisierten Notfalldienst
 - Dringende Besuche (GOP 01411, 01412, 01415)
 - Ambulante praxisklinische Betreuung und Nachsorge (GOP 01510 bis 01531)
 - Leistungen der Empfängnisregelung, Sterilisation und im Rahmen von Schwangerschaftsabbrüchen der Abschnitte 1.7.5 bis 1.7.7
 - anästhesiologische Leistungen (GOP 05330, 05331, 05350)
 - Leistungen der Gastroskopie (GOP 13400, 13401, 13402, 13410, 13411)
 - Leistungen der Bronchoskopie (GOP 09315, 09316, 13662, 13663, 13664)
 - Leistungen der Cystoskopie (GOP 26310, 26311, 26322 bis 26324 und 08311)
 - Leistungen der Koronarangiographien (GOP 34283 bis 34297, 34502 und 34503)
 - Behandlung von Naevi Flammei und Hämangiomen (GOP 10320 bis 10324)
 - Laborkonsiliarpauschale und Laborgrundpauschale (GOP 12210 und 12225)
 - Auswertung Langzeit-EKG als Auftragsleistung (Definitions- oder Indikationsauftrag) (GOP 13253 und 27323)
 - Histologie, Zytologie (GOP 19310 bis 19312, 19331)
 - ESWL (GOP 26330)
 - Leistungen des Abschnitts 30.7.1 zur Versorgung chronisch schmerztherapeutischer Patienten, durch nicht ausschließlich schmerztherapeutisch tätige Ärzte
 - Akupunktur des Abschnitts 30.7.3
 - Polygraphie, Polysomnographie (GOP 30900, 30901)
 - Laboratoriumsmedizinische Untersuchungen des Kapitels 32
 - MRT-Angiographie des Abschnitts 34.7

- kurativ-stationär abgerechnete Leistungen, sofern diese nicht entsprechend Teil A dieser Vereinbarung außerhalb der MGV vergütet werden
- Kostenpauschalen des Kapitels 40

- der gemäß Anlage 3 b zu Teil B dieser Vereinbarung gebildeten Rückstellungen.

2.3 Nicht verbrauchte Finanzmittel für Vorwegabzüge (Teil B Anlage 4 Nr. 2) aus Vorquartalen werden dem RLV-Vergütungsvolumen des jeweiligen Versorgungsbereichs im nächstmöglichen Quartal zugeführt. Abweichend hiervon gelten für Rückstellungen aus Vorwegabzügen die Regelungen gemäß Teil B Anlage 3 b.

2.4 Anpassung der RLV-Vergütungsvolumen bei Wechsel des Versorgungsbereichs

Beim Wechsel des Versorgungsbereichs durch einen Vertragsarzt sind die RLV-Vergütungsvolumen der Versorgungsbereiche wie folgt anzupassen:

1. Die Berücksichtigung des Versorgungsbereichswechsels findet quartalsweise statt.
2. Erfolgt der Versorgungsbereichswechsel, ist die Bereinigung quartalsweise auf der Basis des Honorarbescheides des Vorjahresquartals des wechselnden Vertragsarztes durchzuführen.

2.5 Anpassung der RLV-Vergütungsvolumen auf Grund von Verträgen nach §§ 73 b und c SGB V

Soweit im Zusammenhang mit Verträgen nach §§ 73b oder 73c SGB V Bereinigungen der Gesamtvergütungen erfolgen, sind diese in der entsprechenden Höhe auf die beteiligten Versorgungsbereiche anzuwenden.

3. Berechnung des arztgruppenspezifischen Anteils am RLV-Vergütungsvolumen eines Versorgungsbereichs (RLV_{AG})

$$RLV_{AG} = \frac{LB_{AG}}{LB_{VB}} * RLV_{VB}$$

LBVB: Leistungsbedarf in Punkten in 2007 ohne die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der Psychotherapie des Abschnitts 35.2, abzgl. der Leistungen nach 2.2, zzgl. EBM2008-Anpassungen aller Arztgruppen gemäß Anlage 1 des Versorgungsbereichs

LBAG: Leistungsbedarf in Punkten in 2007 ohne die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der Psychotherapie des Abschnitts 35.2, abzgl. der Leistungen nach 2.2, zzgl. EBM2008-Anpassungen einer Arztgruppe

AG: Arztgruppe gemäß Anlage 1

RLVVB: RLV-Vergütungsvolumen eines Versorgungsbereichs gemäß 2.

4. Berechnung des arztgruppenspezifischen Fallwertes gemäß 3.2.1

Schritt 1: Ermittlung der arztgruppenspezifischen Anzahl der kurativ-ambulantem Arztfälle gemäß 2.3 des Vorjahresquartals

(FZ_{AG})

Schritt 2: Ermittlung des arztgruppenspezifischen Fallwertes (FW_{AG})

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

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

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

FZ_{Arzt}: Anzahl kurativ-ambulanter Arztfälle eines Arztes gemäß 2.3 im Vorjahresquartal unter Berücksichtigung der Staffelung der Fallwerte gemäß 3.2.1.

Das ermittelte Regelleistungsvolumen je Arzt ist gegebenenfalls entsprechend den nach § 9 Teil B dieser Vereinbarung festgestellten Praxisbesonderheiten anzupassen.

6. Morbiditätsbezogene Differenzierung des Regelleistungsvolumen nach Altersklassen

f = KV-bezogener, arztgruppenspezifischer Leistungsbedarfs je Fall – ohne Berücksichtigung der Leistungen in 2.2 – im Jahr 2007 aus Leistungen für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr

g = KV-bezogener, arztgruppenspezifischer Leistungsbedarfs je Fall – ohne Berücksichtigung der Leistungen in 2.2 – im Jahr 2007 aus Leistungen für Versicherte ab dem 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr

h = KV-bezogener, arztgruppenspezifischer Leistungsbedarfs je Fall – ohne Berücksichtigung der Leistungen in 2.2 – im Jahr 2007 aus Leistungen für Versicherte ab dem 60. Lebensjahr

i = KV-bezogener, arztgruppenspezifischer Leistungsbedarfs je Fall – ohne Berücksichtigung der Leistungen in 2.2 – im Jahr 2007 aus Leistungen für alle Versicherten

n_f = Zahl der Arztfälle eines Arztes für die Behandlung von Versicherten bis zum vollendeten 5. Lebensjahr

n_g = Zahl der Arztfälle eines Arztes für die Behandlung von Versicherten ab dem 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr

n_h = Zahl der Arztfälle eines Arztes für die Behandlung von Versicherten ab dem 60. Lebensjahr

n = Zahl der Arztfälle eines Arztes

Das Regelleistungsvolumen gemäß 3.2.1 eines Arztes wird mit dem folgenden Faktor multipliziert:

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

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

Bei Neupraxen ist ein Faktor von 1 anzuwenden.

7. **Übergangsregelung zur Ermittlung der für die Regelleistungsvolumen relevanten Behandlungsfälle bei Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten**

Soweit im Jahr 2008 in **fachgleichen** Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten der gleichen Arztgruppe keine verwendbare Kennzeichnung der Abrechnung erfolgte, entspricht die Zahl der Arztfälle je Arzt der Zahl der Behandlungsfälle der Arztpraxis dividiert durch die Anzahl der in der Arztpraxis zu berücksichtigenden Ärzte.

Soweit im Jahr 2008 in **fachungleichen** Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten anderer Arztgruppen keine verwendbare Kennzeichnung der Abrechnung erfolgte, erfolgt die Zuordnung der Arztfälle anhand der Zahl der abgerechneten arztgruppenspezifischen Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen. Soweit Teilnehmer einer fachungleichen BAG derselben Arztgruppe angehören, wird zur Arztfallzahlermittlung die Zahl der abgerechneten Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen - dividiert durch die Anzahl der Ärzte der entsprechenden Arztgruppe - jeweils herangezogen.

Resultiert aus der Berechnung nach Abs. 2 eine Summe aller Arztfallzahlen aller beteiligten Ärzte der Arztpraxis die kleiner ist als die Behandlungsfallzahl der Arztpraxis, so ist die Aufteilung der Behandlungsfälle der Arztpraxis mittels des Anteils an Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen der jeweiligen Arztgruppen zu ermitteln und als Arztfälle den Ärzten der beteiligten Arztgruppen zuzuordnen. Ärzte derselben Arztgruppe wird als Zahl der Arztfälle die Zahl der dieser Arztgruppe zugewiesenen Behandlungsfallzahl dividiert durch die Anzahl der Ärzte dieser Arztgruppe jeweils zugerechnet.

Honorarverteilungsvereinbarung, gültig ab 1. Januar 2009

Soweit eine verwendbare Kennzeichnung der Abrechnung erfolgt, werden die Arztfälle entsprechend der Kennzeichnung in arztgruppenübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten anderer Arztgruppen den dort tätigen Ärzten zugeordnet.