

B. Honorarverteilung, Berechnung und Anpassung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen für den Zeitraum 1.01.2012 bis 30.06.2012

gemäß §§ 83, 85 Absatz 4 Satz 2 i. V. m. § 87b SGB V und auf der Basis des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 26. März 2010 sowie dessen Anpassungen und Ergänzungen

§ 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.

§ 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 Absatz 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 Satzungenormen der KVBW.
2. Zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der vertragsärztlichen Tätigkeit wird für die in Teil B Anlage 1b aufgeführten Arztgruppen je Quartal eine abrechenbare Menge vertragsärztlicher Leistungen vorgegeben [Regelleistungsvolumen (RLV)], die mit den in der Euro-Gebührenordnung gemäß § 87a Absatz 2 SGB V enthaltenen Preisen zu vergüten ist.
3. Wenn eine Arztpraxis die in § 11 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 Absatz 2 SGB V enthaltenen Preisen zu vergüten sind.
4. Die Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen werden je Arzt für das jeweilige Abrechnungsquartal entsprechend den Berechnungsvorgaben der Anlagen 7 und 8 des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 26. März 2010 ermittelt. Nicht ausgeschöpfte Anteile eines Regelleistungsvolumens und der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen einer Praxis sind weder innerhalb des Abrechnungsquartals auf eine andere Praxis noch für die eigene Praxis auf das Folgequartal übertragbar.
5. Die Tätigkeit angestellter Ärzte im Rahmen des Job-Sharings sowie von Weiterbildungs-, Entlassungs- und Sicherstellungsassistenten fließt bei der Ermittlung des Regelleistungsvolumens des anstellenden Arztes ein.
6. 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.
7. Die das Regelleistungsvolumen und die qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen überschreitenden Leistungsmengen werden mit einem abgestaffelten Preis vergütet. Dieser wird wie folgt ermittelt:
 - a) Die im jeweiligen Quartal versorgungsbereichsspezifisch über die Regelleistungsvolumen und die qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen hinausgehenden Vergütungen werden festgestellt.
 - b) In demselben Quartal wird versorgungsbereichsspezifisch das Vergütungsvolumen für abgestaffelte Preise in Höhe von 2% des versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumens gemäß Anlage 4 des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 26. März 2010 ermittelt. Sofern die Vorwegabzüge gem. Anl. 4 Anh. I Schritt 18 und 19 nicht ausreichen, um die Leistungen entsprechend der Euro-Gebührenordnung zu vergüten, werden die hierfür benötigten Honoraranteile aus dem versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumen für die abgestaffelt zu vergütenden

Leistungen gewonnen. Das Honorarvolumen für die abgestaffelt zu vergütenden Leistungen darf hierbei 1 % des versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumens nicht unterschreiten.

c) Die Vergütung nach b) wird durch die Vergütung nach a) dividiert.

d) Es entsteht eine Quote für die abgestaffelt zu vergütenden Leistungen. Die über die Regelleistungsvolumen und die qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen hinausgehenden Vergütungen werden mit der Quote nach c) multipliziert.

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 und der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen 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. Zur Förderung der vertragsärztlichen Versorgung in Berufsausübungsgemeinschaften wird das praxisbezogene RLV entsprechend § 9 Absatz 5 erhöht.

Der Aufschlag auf das RLV bemisst sich am Kooperationsgrad, der wie folgt definiert ist:

Kooperationsgrad (KG) je Abrechnungsquartal in Prozent = $\left(\frac{\text{RLV-relevante Arztfallzahl der Arztpraxis im Vorjahresquartal}}{\text{Zahl der Behandlungsfälle (BHF) im Vorjahresquartal}} - 1 \right) * 100$.

11. Die Zuweisung der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen erfolgt praxisbezogen, wenn mindestens einer der Ärzte, die in der Arztpraxis tätig sind, über die Voraussetzungen gemäß § 11 i.V.m. Teil B Anlage 2a für das jeweilige qualifikationsgebundene Zusatzvolumen verfügt. Dabei ergibt sich die Höhe des jeweiligen QZV aus der Addition der QZV je zur Abrechnung der entsprechenden Leistungen berechtigtem Arzt der in der Arztpraxis tätig ist.
12. Den einer Arztpraxis zugewiesenen Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundene Zusatzvolumen steht die in der Praxis abgerechnete Leistungsmenge insgesamt gegenüber. D. h. sofern das einer Arztpraxis zugewiesene RLV nicht ausgeschöpft ist, kann das noch zur Verfügung stehende Honorarvolumen mit Leistungen aus den zugewiesenen qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen ausgefüllt werden und umgekehrt.

13. 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.
14. Für einen Vertragsarzt, der seine Tätigkeit unter mehreren Gebiets- oder Schwerpunktbezeichnungen ausübt, richtet sich die Höhe des Regelleistungsvolumens und QZV 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.

§ 4 Leistungen, die nicht dem RLV und dem QZV unterliegen

Folgende Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen unterliegen nicht dem RLV und den QZV:

- Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach Teil B Nr. 1.3 und 2.1 Ziffer 2 des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 02.09.2009 und eventuell ergänzende Vereinbarungen der Partner der Gesamtverträge nach § 87a Abs. 3 Satz 5 SGB V (Einzelleistungen),
- Leistungen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, jedoch außerhalb RLV und QZV, Leistungsarten und Kostenerstattungen nach Teil F Abschnitt I. Nr. 2.3 des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 26.03.2010 (sog. Freie Leistungen innerhalb der MGV)
- Vorwegabzüge nach § 5

§ 5 Aufteilung der MGV

- I. Versorgungsbereichsspezifisches Verteilungsvolumen

Die MGV gemäß Teil A § 4 wird auf den haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich gemäß Anlage 4 i.V.m. Anhang I des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 26. März 2010 verteilt und ergibt das versorgungsbereichsspezifische Verteilungsvolumen. Im Zuge der Ermittlung des trennungsrelevanten versorgungsbereichsübergreifenden Verteilungsvolumens werden Vorwegabzüge für folgende Leistungen gebildet:

- a. Labor-Konsiliar-Pauschale und Labor-Grundpauschale (GOP 12210 und 12220), der Grundpauschale für zur Abrechnung von Leistungen und Kostenerstattungen des Kapitels 32 ermächtigte Ärzte, Einrichtungen, Krankenhäuser und Institutionen (GOP 01320) sowie laboratoriumsmedizinischer Leistungen und Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM (Vergütungsvolumen entsprechend Anlage 4, Anhang I, Schritt 18 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in der jeweils gültigen Fassung unter Berücksichtigung der zu erwartenden Zahlungen im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 75 Abs. 7 und 7a SGB V (Fremdkassenzahlungsausgleich))

b. der Leistungen des organisierten Notfalldienstes und der Notfallbehandlung durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser (Vergütungsvolumen entsprechend Anlage 4, Anhang I, Schritt 19 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in der jeweils gültigen Fassung unter Berücksichtigung der zu erwartenden Zahlungen im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 75 Abs. 7 und 7a SGB V (Fremdkassenzahlungsausgleich))

c. der antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM (Vergütungsvolumen entsprechend Anlage 4, Anhang I, Schritt 17 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in der jeweils gültigen Fassung)

Bei einer Über- bzw. Unterschreitung des Vergütungsvolumens wird wie folgt verfahren:

Vorwegabzüge gemäß a und b:

Bei Überschreitung des Vergütungsvolumens werden die fehlenden Beträge aus den versorgungsbereichsspezifischen Rückstellungen ausgeglichen, bei Unterschreitung diesen zugeführt.

Vorwegabzüge gemäß c:

Das Verfahren bei Überschreitung des Vergütungsvolumens wird in § 7 Nr. 2 geregelt.

2. Aufteilung des Steigerungsvolumens der MGV gemäß Teil A, § 4 Absatz 3

Aus dem Finanzvolumen der gesteigerten MGV gemäß Teil A, § 4 Abs. 3 wird zunächst das Honorarvolumen für die asymmetrische Honorarverteilung (Veränderungsrate 3,4875 % auf MGV 2010) reserviert.

Das für die asymmetrische Verteilung reservierte Honorarvolumen wird gemäß dem Trennungsfaktor gemäß Anhang I zu Anlage 4 des Beschlusses des Bewertungsausschusses auf den haus- und den fachärztlichen Versorgungsbereich verteilt und wird den Arztgruppen zugeführt, die im Rahmen der Honorarreform ab dem 01.01.2009 Honorarverluste verzeichnen; jedoch maximal in Höhe des Verteilungsvolumens, das dem Honoraranteil im 2. Halbjahr 2008 entspricht.

3. Versorgungsbereichsspezifisches RLV-Verteilungsvolumen

Aus dem versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumen gemäß Absatz 1 und 2 wird als weitere Ausgangsgröße das versorgungsbereichsspezifische RLV-Verteilungsvolumen gebildet. Hierbei werden folgende Vorwegabzüge vorgenommen:

A. Vorwegabzüge im hausärztlichen Versorgungsbereich:

a. Zu erwartende Zahlungen im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 75 Absatz 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.

- b. Rückstellungen entsprechend Anlage 3b dieser Vereinbarung
- c. Vergütung für innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanzierten Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM
- d. 2% für abgestaffelt zu vergütende Leistungen
- e. kurativ-stationäre Leistungen außerhalb Kapitel 36
- f. die zu erwartende Vergütung für die Gebührenordnungspositionen 01410, 01413 und 01415 EBM

Bei Überschreitung des jeweiligen Vergütungsvolumens gemäß c. und e. werden die fehlenden Beträge aus den versorgungsbereichsspezifischen Rückstellungen entnommen.

Für den Vorwegabzug gemäß f. wird ein separates Honorarvolumen auf der Basis des Leistungsbedarfsanteils des zweiten Halbjahrs 2008 unter Berücksichtigung der Höherbewertung der GOP 01410 und 01413 EBM gebildet. Dieses Honorarvolumen wird durch die abgerechneten und anerkannten Honoraranforderungen der betreffenden Ärzte im jeweiligen Abrechnungsquartal geteilt. Hieraus ergibt sich die jeweilige Quotierung für diese Leistungen.

B. Vorwegabzüge im fachärztlichen Versorgungsbereich:

- a. Zu erwartende Zahlungen im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 75 Absatz 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.
- b. Rückstellungen entsprechend Anlage 3b dieser Vereinbarung
- c. Vergütung für innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanzierten Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM
- d. Vergütung für pathologische und zytologische Leistungen des Kapitels 19 EBM als Überweisungsfälle zur Durchführung von Probenuntersuchungen sowie die GOP 12225 EBM
- e. Humangenetische Leistungen des Kapitel 11 EBM
- f. 2 % des versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumens für abgestaffelt zu vergütende Leistungen
- g. kurativ-stationäre Leistungen außerhalb Kapitel 36
- h. die zu erwartende Vergütung für die Gebührenordnungspositionen 01410, 01413 und 01415 EBM

Bei einer Überschreitung des Vergütungsvolumens der Vorwegabzüge gemäß c und g werden die fehlenden Beträge aus den versorgungsbereichsspezifischen Rückstellungen entnommen.

Für die Vorwegabzüge gemäß d, e und h wird ein separates Honorarvolumen auf der Basis des Leistungsbedarfsanteils des zweiten Halbjahrs 2008 unter Berücksichtigung der Höherbewertung der GOP 01410 und 01413 EBM gebildet. Diese Honorarvolumen werden durch die abgerechneten und anerkannten Honoraranforderungen der betreffenden Ärzte im jeweiligen Abrechnungsquartal geteilt. Hieraus ergibt sich die jeweilige Quotierung für diese Leistungen.

Nicht verbrauchte Finanzmittel aus den Vorwegabzügen gem. A und B werden dem versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumen im nächstmöglichen Quartal zugeführt.

4. Arztgruppenspezifisches Verteilungsvolumen

Das versorgungsbereichsspezifische RLV-Verteilungsvolumen gemäß Absatz 3 wird entsprechend Anlage 5 des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 26. März 2010 jeweils auf die Arztgruppen gemäß Anlage 1a verteilt. Es entsteht jeweils ein arztgruppenspezifisches Verteilungsvolumen.

Das verbleibende Finanzvolumen wird gemäß Anlage 6 des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 26. März 2010 für jede Arztgruppe in

- einen Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der RLV und
- einen Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der QZV aufgeteilt.

Aus dem arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen werden neben RLV und QZV auch folgende Leistungen vergütet:

- a. Praxisbesonderheiten gemäß § 87b Absatz 3 Satz 3 SGB V
- b. Aufschlag bei BAG, MVZ und Arztpraxen mit angestellten Ärzten
- c. Freie Leistungen gemäß § 4 2. Spiegelstrich

Für die freien Leistungen gemäß § 4 2. Spiegelstrich (c.) werden separate Honorarvolumen für die betroffenen Arztgruppen auf der Basis des Leistungsbedarfsanteils des zweiten Halbjahrs 2008 gebildet. Diese Honorarvolumen werden durch die abgerechneten und anerkannten Honoraranforderungen der betreffenden Ärzte im jeweiligen Abrechnungsquartal geteilt. Hieraus ergibt sich die jeweilige Quotierung für diese Leistungen, die mindestens 80 % beträgt. Diese Regelung gilt auch für die Leistungen nach § 5 Abs. 3 B d und e. Die finanziellen Mittel zur Vergütung der Mindestquote von 80 % werden aus den versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumen bereitgestellt.

§ 6 Bereinigung aufgrund von Selektivverträgen

Die Bereinigung der RLV und QZV wird in einer gesonderten Vereinbarung geregelt.

§ 7 Vergütung und Steuerung psychotherapeutischer Leistungen

Die psychotherapeutischen Leistungen werden wie folgt vergütet und gesteuert:

I. Ärzte aus § 87b Abs. 2 S. 6 SGB V ohne Kapazitätsgrenze

Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzte für Nervenheilkunde

- Antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen Kapitel 35.2 EBM

Die Vergütung erfolgt aus dem Vergütungsanteil gemäß Anhang 1 zu Anlage 4 des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 26. März 2010 (Trennungsbeschluss) in der jeweils gültigen Fassung.

- Nicht antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen Kapitel 35.1 und 35.3 EBM

Die Vergütung erfolgt aus dem arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen gemäß § 5 Absatz 4. Die Mengensteuerung erfolgt durch das RLV.

2. Ärzte aus § 87b Abs. 2 S. 6 SGB V mit Kapazitätsgrenze

Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie andere ausschließlich psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte

- Antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen Kapitel 35.2 EBM sowie nicht antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen

Aus dem Vergütungsanteil gemäß Anhang I zu Anlage 4 des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 26. März 2010 (Trennungsbeschluss) in der jeweils gültigen Fassung unter Berücksichtigung der zu erwartenden Zahlungen im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 75 Abs. 7 und 7a SGB V (Fremdkassenzahlungsausgleich) sowie dem entsprechenden arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen gemäß § 5 Absatz 4 wird ein gemeinsames Vergütungsvolumen gebildet. Hieraus werden die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Kapitels 35.2 EBM zu 100 % vergütet.

Das verbleibende Volumen wird durch die nach Mengenbegrenzung (Kapazitätsgrenze) anerkannte Leistungsanforderung dividiert und ergibt die Auszahlungsquote für nicht genehmigungspflichtige Leistungen. Die Mindestauszahlungsquote beträgt 75 %, ggf. werden die fehlenden Beträge zunächst aus dem versorgungsbereichsspezifischen Honorarvolumen für abgestaffelt zu vergütende Leistungen, weitere Überschreitungen aus den versorgungsbereichsspezifischen Rückstellungen entnommen. Diese Regelungen berücksichtigen die Rechtsprechung des BSG zur angemessenen Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen.

3. Sonstige psychotherapeutisch tätige Ärzte

- Antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen Kapitel 35.2 EBM sowie nicht antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen Kapitel 35.1 und 35.3 EBM

Die Vergütung erfolgt aus dem arztgruppenspezifischem Verteilungsvolumen gemäß § 5 Absatz 4.

Die Mengensteuerung erfolgt durch das RLV oder gemäß § 5 Absatz 4, c.

§ 8 Für Regelleistungsvolumen und qualifikationsgeb. Zusatzvolumen relevante Fälle

1. Für Regelleistungsvolumen und QZV relevante Fälle sind alle kurativ-ambulant Behandlungsfälle gemäß § 21 Absatz 1, Absatz 1b Satz 1 und Absatz 2 BMV-Ä bzw. § 25 Absatz 1, Absatz 1b Satz 1 und Absatz 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 § 4 nicht dem Regelleistungsvolumen unterliegen, abgerechnet werden.

2. Zur Umsetzung des Arztbezuges gemäß Teil B § 3 Absatz 4 werden zur Bemessung des Regelleistungsvolumens die RLV-Fälle herangezogen.
 - a) In Einzelpraxen entspricht die Zahl der RLV-Fälle der Zahl der kurativ-ambulanten 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 kurativ-ambulanten 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 so ermittelte Summe der RLV-Fälle einer Arztpraxis entspricht der Anzahl der RLV-relevanten Behandlungsfälle der Arztpraxis gemäß Satz 1.

§ 9 Ermittlung RLV je Arzt

1. Jeder Vertragsarzt einer Arztgruppe gemäß Teil B Anlage 1b erhält ein arztgruppenspezifisches RLV. Die Höhe des RLV eines Arztes ergibt sich für die in Teil B Anlage 1b benannten Arztgruppen aus der Multiplikation des zum jeweiligen Zeitpunkt gültigen KV-bezogenen arztgruppenspezifischen Fallwertes (FV_{AG}) gemäß Anlage 7 des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 26. März 2010 und der RLV-Fallzahl des Arztes gemäß § 8 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 Absatz 3 Satz 3 Ärzte-ZV im Bereich der KVBW Leistungen erbringen, entsprechend.
3. Werden Ärzte aufgrund mehrerer Ermächtigungen nach § 24 Absatz 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 RLV gemäß Absatz 1 unter Berücksichtigung der Versicherten nach Altersklassen gemäß Teil B Anlage 7 Nr. 3 zu ermitteln.
5. Zur Förderung der vertragsärztlichen Versorgung in Berufsausübungsgemeinschaften wird das praxisbezogene Regelleistungsvolumen
 - a) bei nicht standortübergreifenden fach- und schwerpunktgleichen Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten der gleichen Arztgruppe gemäß Anlage 1b um 10 Prozent erhöht,
 - b) bei standortübergreifenden fach- und schwerpunktgleichen Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten der gleichen Arztgruppe gemäß Anlage 1b 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 1b 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 15	10
15 bis unter 20	15
20 bis unter 25	20
25 bis unter 30	25
30 bis unter 35	30
35 bis unter 40	35
40 und größer	40

§ 10 Fallzahlbedingte Abstufung des Regelleistungsvolumens

- Der für einen Vertragsarzt zutreffende arztgruppenspezifische Fallwert nach Teil B § 9 Absatz 1 Satz 2 wird für jeden über 150 % der durchschnittlichen RLV-Fallzahl der Arztgruppe gemäß § 8 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.

Für Arztgruppen, deren Ärzte bereits im Vorjahresquartal an Selektivverträgen nach §§ 73b, 73c SGBV teilnehmen, kann hiervon abweichend die durchschnittliche RLV-Fallzahl des Vorjahresquartals zuzüglich 2% zu Grunde gelegt werden.

Bei Vertragsärzten mit einem halben Versorgungsauftrag wird die Hälfte der durchschnittlichen RLV-Fallzahl der Arztgruppe zu Grunde gelegt.

Aus Sicherstellungsgründen kann im Einzelfall auf Antrag 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 Fallzahlabstufung keine oder modifiziert Anwendung. Anträge sind bis spätestens zum Ende des Quartals zu stellen, für das Ausnahmen gewährt werden sollen. Das Nähere regelt die KVBW.

- 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 Versorgungsbe reich, in dem seine (zeitlich) überwiegende Leistungserbringung der zurückliegenden Quartale lag.

3. Wird das Regelleistungsvolumen und QZV gemäß § 3 Absatz 12 je Arzt und Quartal nicht ausgeschöpft, wird das hieraus resultierende nicht verbrauchte Honorarvolumen den Rückstellungen zugeführt.

§ 11 Ermittlung der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen je Arzt

1. Jeder Vertragsarzt, der die Voraussetzungen erfüllt, erhält qualifikationsgebundene Zusatzvolumen gemäß Teil B Anlage 2a.

Für die in Teil B Anlage 2a aufgeführten Leistungsbereiche werden qualifikationsgebundene Zusatzvolumen gebildet. Ein Arzt hat Anspruch auf die arztgruppenspezifischen qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen, wenn er die zutreffende Gebiets- bzw. Schwerpunktbezeichnung führt. Unterliegt die Voraussetzung zur Erbringung von in qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen aufgeführten Leistungen einer Qualifikation nach § 135 Absatz 2 SGBV, § 137 SGBV oder dem Führen einer Zusatzbezeichnung ist der Nachweis zusätzlich erforderlich.

2. Die Berechnung der QZV erfolgt grundsätzlich je Behandlungsfall gemäß Anlage 8 Nr. 2.1 des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 26. März 2010.

§ 12 Sonderregelungen bei Neuaufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit, Praxen in der Anfangsphase, Praxisauflösungen, Praxisverlegungen und Übernahme einer Praxis

1. Bei Neuaufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit, auf Antrag für Praxen in der Anfangsphase (sog. Jungpraxen) sowie bei Übernahme einer Praxis wird für einen Entwicklungszeitraum von 12 Quartalen seit Zulassungsbeginn bei der Bemessung des Regelleistungsvolumens die relevante Fallzahl gemäß § 8 im Abrechnungsquartal zu Grunde gelegt.
2. Bei Neuaufnahme einer Praxis wird ein QZV ausgelöst, sobald die Voraussetzungen für die Leistungserbringung erfüllt sind. Die Höhe ergibt sich aus der RLV-Fallzahl im jeweiligen Quartal.
3. Bei der Auflösung von arztgruppen- und schwerpunktgleichen Berufsausübungsgemeinschaften können die Vertragsärzte einvernehmlich eine Aufteilung der Fallzahlenvereinbaren und der KVBW mitteilen. Erfolgt bis zur Entscheidung des Zulassungsausschusses keine Mitteilung der beteiligten Ärzte, werden die Fallzahlen 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 auf Antrag wie eine Neuaufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit behandelt.

§ 13 Unvorhersehbarer Anstieg der Morbidität

Nachzahlungen von Krankenkassen aufgrund des in Teil E des Beschlusses des erweiterten Bewertungsausschusses vom 2. September 2009 festgelegten Verfahrens zur Bestimmung des Umfangs des

nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs nach § 87a Absatz 4 Satz 4 SGBV führen zu Nachzahlungen im Rahmen der Honorarbescheidung der Abrechnungsquartale nach den angeforderten Leistungen.

§ 14 Kriterien zur Ausnahme von der RLV-bedingten 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. Anträge sind bis spätestens zum Ende des Quartals zu stellen, für das Ausnahmen von der Abstufung gewährt werden sollen.
4. Das Nähere regelt die KVBW.

§ 15 Praxisbesonderheiten

1. Praxisbesonderheiten ergeben sich aus einem besonderen Versorgungsauftrag oder einer besonderen, für die Versorgung bedeutsamen Spezialisierung.
2. Anträge sind bis spätestens zum Ende des Quartals zu stellen, für das Praxisbesonderheiten gewährt werden sollen.
3. Das Nähere regelt die KVBW.

§ 16 Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten

1. Die KVBW ist berechtigt, Arztgruppen, die im Rahmen der Honorarreform ab 1.1.2009 Honorarverluste hinnehmen mussten, durch entsprechende Maßnahmen zu stützen.
2. Verringert sich das Honorar einer Arztpraxis und das Honorar je Fall um mehr als 10 % 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 3b. Sie wird geleistet, bis 90% des Fallwertes des Vorjahresquartals, maximal jedoch 90% des Gesamthonorars des Vorjahresquartals erreicht sind.

3. Voraussetzung hierfür ist, dass die Honorarminderung durch die Umstellung der Mengensteuerung auf die neue Systematik entstanden ist oder dadurch begründet ist, dass vereinbarte extra-budgetäre Leistungen und Kostenerstattungen nicht bzw. nicht in dem vereinbarten Umfang fortgeführt werden.
4. Anträge sind bis spätestens zum Ende des Quartals zu stellen, für das die Ausgleichszahlung gewährt werden soll oder im Rahmen eines Widerspruchs gegen den entsprechenden Honorarbescheid einzubringen.
5. Das Nähere regelt die KVBW.

§ 17 Information durch die Kassenärztliche Vereinigung

Die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg informiert quartalsweise die Krankenkassen über die Zuweisung der Regelleistungsvolumen und QZV an den Arzt oder die Arztpraxis gemäß §§ 9 und 11. Die Informationen erfolgen entsprechend den Vorgaben im Beschluss Teil F Abschnitt III. des Bewertungsausschusses vom 26. März 2010 sowie ergänzender Beschlüsse.

§ 18 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 Absatz 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 Absatz 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. Die Summe der Leistungen mit einer abgerechneten ärztlichen bzw. therapeutischen Zuwendungszeit gemessen nach den Prüfzeiten der Leistungen des Anhangs 3 des EBM in der gültigen Fassung sind bis zu der gemäß Absatz 2 ermittelten zeitbezogenen Kapazitätsgrenze je Arzt mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung zu vergüten.
5. 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 Absätze 2 und 3 ermittelte zeitbezogene Kapazitätsgrenze je Arzt, so werden diese Leistungen bis zur 1,5-fachen zeitbezogenen Kapazitätsgrenze mit den abgestaffelten Preisen nach § 3 Absatz 7 vergütet.

§ 19 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.

§ 20 Haftungsausschluss/Ablösungsklausel Honorarverteilungsmaßstab (HVM)

1. Unter der Bedingung, dass das GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) zu Beginn oder während der Laufzeit dieser Vereinbarung in Kraft tritt und darin Regelungen vorgesehen sind, nach denen die KVBW einen HVM im Benehmen mit den Kassenverbänden zu erlassen hat, gilt folgender Haftungsausschluss:

Die Vertragspartner sind sich einig, dass die Krankenkassen/Ersatzkassen keine Haftung für die Inhalte des Vertrages und deren Umsetzung im Rahmen der Honorarverteilung übernehmen.

Aus den Inhalten des Vertrages und deren Umsetzung im Rahmen der Honorarverteilung ergeben sich keine Ansprüche der KVBW gegen die Krankenkassen/Ersatzkassen.

2. Die KVBW strebt zum 01.07.2012 die Festsetzung eines HVM an. Mit der Festsetzung eines HVM treten die vorgenannten Bestimmungen außer Kraft.

Anlage 1a¹

zu Teil B der Honorarverteilungs- und Vergütungsvereinbarung für das erste Halbjahr 2012

Das arztgruppenspezifische Verteilungsvolumen gemäß § 5 Absatz 4 wird auf folgende Arztgruppen aufgeteilt:

- 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 Schwerpunkt Kinder-Kardiologie
- Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie
- Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder-Hämatologie und -Onkologie
- Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung Kinder-Gastroenterologie
- Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie
- Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung Kinder-Rheumatologie
- Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung Kinder-Nephrologie
- Fachärzte für 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 Innere Medizin ohne Schwerpunkt, fachärztlicher Versorgungsbereich
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie
- 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

¹ Die Verweise in den Anlagen 1a bis 8 beziehen sich auf den Beschluss des Bewertungsausschusses vom 26. März 2010 sowie dessen Anpassungen und Ergänzungen soweit nicht anders angegeben.

- 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 ohne Vorhaltung MRT
- Fachärzte für Nuklearmedizin mit Vorhaltung MRT
- 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
- Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie andere ausschließlich psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte gemäß den Kriterien der Bedarfsplanungsrichtlinien
- Ermächtigte (Krankenhaus-)Ärzte, Krankenhäuser, Einrichtungen und Institutionen
- Sonstige Ärzte (Humangenetiker, Pathologen, Strahlentherapeuten, Laborärzte, Laborgemeinschaften, etc.)

Anlage 1b

zu Teil B der Honorarverteilungs- und Vergütungsvereinbarung für das erste Halbjahr 2012

Für Regelleistungsvolumen relevante Arztgruppen	Für BAG-Aufschlag relevante Arztgruppen
Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, hausärztlicher Versorgungsbereich	Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, hausärztlicher Versorgungsbereich
Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin ohne Schwerpunkt	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin
Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder-Kardiologie	
Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie	
Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder-Hämatologie und – Onkologie	
Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung Kinder-Gastroenterologie	
Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie	
Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung Kinder-Rheumatologie	
Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung Kinder-Nephrologie	
Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung Kinder-Endokrinologie und –Diabetologie	
Fachärzte für Anästhesiologie	
Fachärzte für Augenheilkunde	Fachärzte für Augenheilkunde

Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie	Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie
Fachärzte für Frauenheilkunde	Fachärzte für Frauenheilkunde
Fachärzte für Frauenheilkunde mit fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	
Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde
Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten	Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten
Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie,
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Endokrinologie	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Endokrinologie
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/ Onkologie	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
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie und invasiver Tätigkeit	
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Nephrologie	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Nephrologie

Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie	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 Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
Fachärzte für Nervenheilkunde	Fachärzte für Nervenheilkunde
Fachärzte für Neurologie	Fachärzte für Neurologie, Fachärzte für Neurochirurgie
Fachärzte für Neurochirurgie	
Fachärzte für Nuklearmedizin ohne Vorhaltung von MRT	Fachärzte für Nuklearmedizin
Fachärzte für Nuklearmedizin mit Vorhaltung von MRT	
Fachärzte für Orthopädie	Fachärzte für Orthopädie
Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie	Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie
Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie mit einem Anteil an Leistungen der Richtlinien-Psychotherapie von höchstens 30%	Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie
Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie mit einem Anteil an Leistungen der Richtlinien-Psychotherapie von mehr als 30%	
Fachärzte für Diagnostische Radiologie ohne Vorhaltung von CT und MRT	Fachärzte für Diagnostische Radiologie
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 Urologie

Fachärzte für Physikalisch-Rehabilitative Medizin	Fachärzte für Physikalisch-Rehabilitative Medizin
Ärzte mit Teilnahme an der Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung für die Behandlung chronisch schmerzkranker Patienten (für max. 400 Fälle)	—

Anlage 2a

zu Teil B der Honorarverteilungs- und Vergütungsvereinbarung für das erste Halbjahr 2012

Zuordnung der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen gemäß § 11

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

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungsposition des EBM
Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, hausärztlicher Versorgungsbereich	Allergologie (Zusatzbezeichnung)	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123, 30130
	Behandlung des diabetischen Fußes	02311
	Chirotherapie	30200, 30201
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092
	Sonographie III	33060, 33061, 33062
Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092
	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040
Fachärzte für Anästhesiologie	Akupunktur	30790, 30791
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
Fachärzte für Augenheilkunde	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie, für Herzchirurgie	Akupunktur	30790, 30791
	Behandlung des diabetischen Fußes	02311
	Chirotherapie	30200, 30201
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 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,

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungsposition des EBM
		34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503
Fachärzte für Neurochirurgie	Akupunktur	30790, 30791
	Chirotherapie	30200, 30201
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503
Fachärzte für Frauenheilkunde	Kurative Mammographie	34270, 34271, 34272, 34273
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
Fachärzte für Frauenheilkunde mit fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	Kurative Mammographie	34270, 34271, 34272, 34273
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	Chirotherapie	30200, 30201
	Otoakustische Emissionen	09324
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungsposition des EBM
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 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
Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten	Allergologie	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123, 30130
	Behandlung des diabetischen Fußes	02311
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, fachärztlicher Versorgungsbereich	Akupunktur	30790, 30791
	Allergologie (Zusatzbezeichnung)	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123, 30130
	Behandlung des diabetischen Fußes	02311
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 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,

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungsposition des EBM
		34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie	Behandlung des diabetischen Fußes	02311
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 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
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Endokrinologie	Behandlung des diabetischen Fußes	02311
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie	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

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungsposition des EBM
	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgung-) Schwerpunkt Hämatologie/Onkologie	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Sonographie I	33000, 33001, 33002, 33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 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,

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungsposition des EBM
		34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie mit invasiver Tätigkeit	Sonographie I	33000, 33001, 33002, 33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 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
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Sonographie I	33000, 33001, 33002, 33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 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

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungsposition des EBM
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie	Akupunktur	30790, 30791
	Chirotherapie	30200, 30201
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Nephrologie	Behandlung des diabetischen Fußes	02311
	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
Fachärzte für Nervenheilkunde	Akupunktur	30790, 30791
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
Fachärzte für Neurologie	Akupunktur	30790, 30791
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
Fachärzte für Nuklearmedizin ohne Vorhaltung MRT	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 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,

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungsposition des EBM
		34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503
Fachärzte für Nuklearmedizin mit Vorhaltung von MRT	MRT-Angiographie	34470, 34475, 34480, 34485, 34486, 34489, 34490, 34492
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 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
Fachärzte für Orthopädie	Akupunktur	30790, 30791
	Chirotherapie	30200, 30201
	Osteodensitometrie	34600
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 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
Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungsposition des EBM
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092
Fachärzte für Physikalisch-Rehabilitative Medizin	Akupunktur	30790, 30791
	Chirotherapie	30200, 30201
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 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
Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie mit einem Anteil an Leistungen der Richtlinien-Psychotherapie im Vorjahresquartal von höchstens 30%	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
Fachärzte für Diagnostische Radiologie ohne Vorhaltung von CT und MRT	Nuklearmedizinische Leistungen	17310, 17311, 17312, 17320, 17321, 17330, 17331, 17332, 17333, 17340, 17341, 17350, 17351, 17360, 17361, 17362, 17363, 17372
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT	Interventionelle Radiologie	01530, 01531, 34283, 34284, 34285, 34286, 34287
	Nuklearmedizinische Leistungen	17310, 17311, 17312, 17320, 17321, 17330, 17331, 17332, 17333, 17340, 17341, 17350,

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungsposition des EBM
		17351, 17360, 17361, 17362, 17363, 17372
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092
Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von MRT	MRT-Angiographie	34470, 34475, 34480, 34485, 34486, 34489, 34490, 34492
	Nuklearmedizinische Leistungen	17310, 17311, 17312, 17320, 17321, 17330, 17331, 17332, 17333, 17340, 17341, 17350, 17351, 17360, 17361, 17362, 17363, 17372
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092
Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT und MRT	Interventionelle Radiologie	01530, 01531, 34283, 34284, 34285, 34286, 34287
	MRT-Angiographie	34470, 34475, 34480, 34485, 34486, 34489, 34490, 34492
	Nuklearmedizinische Leistungen	17310, 17311, 17312, 17320, 17321, 17330, 17331, 17332, 17333, 17340, 17341, 17350, 17351, 17360, 17361, 17362, 17363, 17372
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
Fachärzte für Urologie	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 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,

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungsposition des EBM
		34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503

Anlage 2b

zu Teil B der Honorarverteilungs- und Vergütungsvereinbarung für das erste Halbjahr 2012

Leistungen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, jedoch außerhalb RLV
und QZV (= Freie Leistungen)

Arztgruppe	Leistungen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, jedoch außerhalb RLV und QZV	Gebührenordnungsposition des EBM
Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, hausärztlicher Versorgungsbereich	Akupunktur	30790, 30791
	Kleinchirurgie	02300, 02301, 02302, 02310
	Langzeit-EKG	03241, 03322, 01600, 01601, 01602
	Phlebologie	30500, 30501
	Proktologie	03331, 03332, 30600, 30601
	Richtlinienpsychotherapie	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150, 35200, 35201, 35202, 35203, 35210, 35211, 35220, 35221, 35222, 35223, 35224, 35225
	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075
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, 34270, 34271, 34272, 34273, 34280, 34281, 34282	
Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	Richtlinienpsychotherapie	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150, 35200, 35201, 35202, 35203, 35210, 35211, 35220, 35221, 35222, 35223, 35224, 35225
Fachärzte für Anästhesiologie	Narkosen bei zahnärztlicher Behandlung	05330, 05331, 05340, 05341, 05350
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512
Fachärzte für Augenheilkunde	Elektroophthalmologie	06312
	Fluoreszenzangiographie	06331
	Kontaktlinsenanpassung	06340, 06341, 06342, 06343
	StrukturpauSchale für konservativ tätige Augenärzte	06225
Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie, für Herzchirurgie	Gastroenterologie, Bronchoskopie	13400, 13401, 13402, 13410, 13411, 13412, 13420, 13662, 13663, 13664, 13670
	Phlebologie	30500, 30501
	Proktologie	30600, 30601
Fachärzte für Frauenheilkunde	Empfängnisregelung, Sterilisation oder Schwanger-	01820, 01821, 01822, 01825, 01826, 01827, 01828, 01829,

Arztgruppe	Leistungen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, jedoch außerhalb RLV und QZV	Gebührenordnungsposition des EBM
	schaftsabbruch	01830, 01831, 01832, 01835, 01836, 01837, 01838, 01839, 01840, 01850, 01851, 01852, 01853, 01854, 01855, 01856, 01857, 01900, 01901, 01902, 01903, 01904, 01905, 01906, 01910, 01911, 01912, 01913, 01915
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512
	Richtlinienpsychotherapie	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150, 35200, 35201, 35202, 35203, 35210, 35211, 35220, 35221, 35222, 35223, 35224, 35225
	Stanzbiopsie	08320, 33041
Fachärzte für Frauenheilkunde mit fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	Empfängnisregelung, Sterilisation oder Schwangerschaftsabbruch	01820, 01821, 01822, 01825, 01826, 01827, 01828, 01829, 01830, 01831, 01832, 01835, 01836, 01837, 01838, 01839, 01840, 01850, 01851, 01852, 01853, 01854, 01855, 01856, 01857, 01900, 01901, 01902, 01903, 01904, 01905, 01906, 01910, 01911, 01912, 01913, 01915
	Stanzbiopsie	08320, 33041
Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	Kardiorespiratorische Polygraphie	30900, 30901
Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten	Dermatologische Lasertherapie	10320, 10322, 10324
	Phlebologie	30500, 30501
	Proktologie	30600, 30601, 30610, 30611
Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	Gastroenterologie	13400, 13401, 13402, 13410, 13411, 13412
	Langzeit-EKG	13253, 01600, 01601, 01602
	Nuklearmedizinische Leistungen	17310, 17311, 17312, 17320, 17321, 17330, 17331, 17332, 17333, 17340, 17341, 17350, 17351, 17360, 17361, 17362, 17363
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512
Fachärzte für Innere Medizin mit	Nuklearmedizinische Leistungen	17310, 17311, 17312, 17320, 17321, 17330, 17331, 17332,

Arztgruppe	Leistungen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, jedoch außerhalb RLV und QZV	Gebührenordnungsposition des EBM
(Versorgungs-) Schwerpunkt Endokrinologie		17333, 17340, 17341, 17350, 17351, 17360, 17361, 17362, 17363
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/ Onkologie	Gastroenterologie	13400, 13401, 13402, 13410, 13411, 13412
	Nuklearmedizinische Leistungen	17310, 17311, 17312, 17320, 17321, 17330, 17331, 17332, 17333, 17340, 17341, 17350, 17351, 17360, 17361, 17362, 17363
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie	Kardiorespiratorische Polygraphie	30900
	Langzeit-EKG	13253, 01600, 01601, 01602
	Nuklearmedizinische Leistungen	17310, 17311, 17312, 17320, 17321, 17330, 17331, 17332, 17333, 17340, 17341, 17350, 17351, 17360, 17361, 17362, 17363
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie und invasiver Tätigkeit	Langzeit-EKG	13253, 01600, 01601, 01602
	Herzkatheteruntersuchung inkl. Beobachtungs- und Betreuungsleistungen	34291, 34292, 01520, 01521
	Serienangiographie inkl. Beobachtungs- und Betreuungsleistungen	34283, 34284, 34285, 34286, 34287, 01530, 01531
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie	Bronchoskopie	13662, 13663, 13664, 13670
	Polysomnographie	30901
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512
Fachärzte für Nuklearmedizin ohne MRT	Zuschlag SPECT	17362, 17363

Arztgruppe	Leistungen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, jedoch außerhalb RLV und QZV	Gebührenordnungsposition des EBM
Fachärzte für Neurologie	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512
Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT	CT-gesteuerte Intervention	34502
Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT und	CT-gesteuerte Intervention	34502
Fachärzte für Urologie	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512
	Cystoskopie	26310, 26311
	Urodynamik	26312, 26313
	ESWL (Stoßwellenlithripsie)	26330
Ärzte mit schmerztherapeutischem Fallwert gemäß Anlage 1b	Zuschlag schmerztherapeutische Einrichtungen	30704
	Akupunktur im Rahmen der Schmerztherapie	30790, 30791

Anlage 3 a
zu Teil B der Honorarverteilungs- und Vergütungsvereinbarung
für das erste Halbjahr 2012

- nicht besetzt -

Anlage 3 b
zu Teil B der Honorarverteilungs- und Vergütungsvereinbarung
für das erste Halbjahr 2012

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 2012 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,
 - zum Ausgleich von Fehlschätzungen für Vorwegabzüge gemäß § 5 Absätze 1 und 3gebildet.
2. Grundlage für die Höhe der Rückstellungen sind die im Jahr 2011 für die unter 1. genannten Sachverhalte aufgewendeten Vergütungen. Zudem sind die im Jahr 2012 zu erwartenden Änderungen des damit verbundenen Vergütungsbedarfs zu berücksichtigen. Die Aufteilung der Rückstellungen auf die Quartale des Jahres 2012 orientiert sich an der quartalsweise ermittelten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gemäß Teil A § 4.
3. Die Vertragspartner legen im Rahmen einer Protokollnotiz einen Prozentsatz der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für die gemäß 1. zu bildenden Rückstellungen fest. Nach Vorliegen entsprechender Quartalsergebnisse können die Vertragspartner eine Anpassung des Prozentsatzes vornehmen.
4. Eine Über- oder Unterdeckung wird zum nächstmöglichen Zeitpunkt 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 erste Halbjahr 2012

Berechnung des versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumens gemäß § 5 Absatz 1

Berechnung des Verteilungsvolumens eines Versorgungsbereichs (VV_{VB})

1. Das haus- und fachärztliche Verteilungsvolumen wird gemäß Anhang 1 zu Anlage 4 des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 26. März 2010 in der jeweils gültigen Fassung zu dieser Anlage ermittelt.
2. Beim Wechsel des Versorgungsbereichs durch einen Vertragsarzt sind die Verteilungsvolumen der Versorgungsbereiche unbeschadet der Regelung nach 4. nicht anzupassen.
3. Vertragsärzte, die gemäß § 73 SGB V dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören und aus Gründen der Sicherstellung nach dem 1. Juli 2010 eine Genehmigung erhalten, in den Vereinbarungen gemäß § 6 Abs. 2 des Vertrages über die hausärztliche Versorgung genannte Leistungen abzurechnen, erhalten die Vergütungen für den abgerechneten Leistungsbedarf dieser Leistungen aus dem fachärztlichen Vergütungsanteil.
4. Vertragsärzte, die gemäß § 73 SGB V dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören, aus Gründen der Sicherstellung eine Genehmigung besitzen, nach dem 1. Januar 2003 in den Vereinbarungen gemäß § 6 Abs. 2 des Vertrages über die hausärztliche Versorgung genannte Leistungen abzurechnen, und den Versorgungsbereich wechseln, sind die Vergütungen für den abgerechneten Leistungsbedarf dieser Leistungen, soweit sie im Zeitraum vom 1. Januar 2009 bis zum 31. Dezember 2011 aus dem Vergütungsvolumen des hausärztlichen Vergütungsbereichs gezahlt werden, quartalsweise auf der Basis des Vorjahresquartals im Vergütungsvolumen des hausärztlichen Versorgungsbereichs zu bereinigen und dem Vergütungsvolumen des fachärztlichen Versorgungsbereichs zuzuführen.

Anlage 5
zu Teil B der Honorarverteilungs- und Vergütungsvereinbarung
für das erste Halbjahr 2012

Berechnung des arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumens
gemäß § 5 Absatz 4

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

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

LB_{VB} : Zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannter Leistungsbedarf in Punkten in 2008 ohne Leistungen nach Abschnitt I., Ziffer 2.4 erster Absatz und 2.5 - ggf. unter Berücksichtigung der EBM-Anpassungsfaktoren gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 15. Sitzung am 2. September 2009, Beschluss Teil B, Nr. 1.4 sowie gemäß 2. - aller Arztgruppen gemäß Anlage 1a dieser Vereinbarung

LB_{AG} : Zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannter Leistungsbedarf in Punkten in 2008 ohne Leistungen nach Abschnitt I., Ziffer 2.4 erster Absatz und 2.5 - ggf. multipliziert mit den EBM-Anpassungsfaktoren gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 15. Sitzung am 2. September 2009, Beschluss Teil B, Nr. 1.4 sowie gemäß 2. - einer Arztgruppe gemäß Anlage 1a dieser Vereinbarung

AG: Arztgruppe gemäß Anlage 1a dieser Vereinbarung und Abschnitt I., Ziffer 4.1

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

Es kann hinsichtlich der Verwendung der Anzahl der RLV-Fälle aus dem Vorjahresquartal bei der Berechnung des Regelleistungsvolumens je Arzt gemäß Anlage 7 für Arztgruppen mit kleinen Besetzungszahlen ein Verfahren gewählt werden, um Veränderungen in der Arztzahl der Arztgruppe im Zeitraum seit 2008 zu berücksichtigen. Das Nähere regelt die KVBW.

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

Die Anpassungsfaktoren werden wie folgt festgelegt:

Sachverhalt	Arztgruppe	Anpassungsfaktor
Einführung der Grundpauschale für Nervenärzte (GOP 21213 bis 21215)	Fachärzte für Nervenheilkunde	1,1594
Ausgliederung der Entwicklungsdiagnostik (GOP 04350 bis 04354) aus der Versichertenpauschale der Kinder- und Jugendärzte	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	1,0298
Ausgliederung einer Gesprächsleistung	Fachärzte für Neurologie	1,0470
Berücksichtigung höherer Frequenzen von Gesprächsleistungen	Fachärzte für Nervenheilkunde, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	1,2425
Bereinigung der Grundpauschalen aufgrund der Einführung onkologischer Zusatzpauschalen	Fachärzte für - Chirurgie, Kinderchirurgie, Plastische Chirurgie	0,9974
	- Frauenheilkunde, Frauenheilkunde mit fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	0,9761
	- Haut- und Geschlechtskrankheiten	0,9801
	- Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie	0,9985

	- Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	0,9327
	- Urologie	0,9680
EBM-Anpassung im Bereich Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	- Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	1,0613
EBM-Anpassung im Bereich Pädaudiologie	- Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie	1,0434

Anlage 6
zu Teil B der Honorarverteilungs- und Vergütungsvereinbarung
für das erste Halbjahr 2012

Berechnung der arztgruppenspezifischen Vergütungsbereiche
gemäß §5 Absatz 4 Satz 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 Abschnitt I., Ziffer 2.4 erster Absatz und 2.5, ggf. multipliziert mit den EBM-Anpassungsfaktoren gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 15. Sitzung am 2. September 2009, Beschluss Teil B, Nr. 1.4 sowie gemäß Anlage 5, Ziffer 2. einer Arztgruppe.

AG: Arztgruppen gemäß Anlage 1b dieser Vereinbarung.
Der arztgruppenspezifische Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der Regelleistungsvolumen (RLV_{AG}) ist maximal in der Höhe des arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumens gemäß Abschnitt I., Ziffer 3.1.3 festzulegen.

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

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

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

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

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

Anlage 7
zu Teil B der Honorarverteilungs- und Vergütungsvereinbarung
für das erste Halbjahr 2012

Berechnung des Regelleistungsvolumens je Arzt gemäß § 9

1. Berechnung des arztgruppenspezifischen Fallwertes gemäß 3.2.1

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

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

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

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

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

FW_{AG}: Arztgruppenspezifischer Fallwert gemäß 1.

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

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

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

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

f = KV-bezogener, arztgruppenspezifischer Leistungsbedarfs je RLV-Fall in 2009 aus Leistungen, die innerhalb des Regelleistungsvolumens vergütet werden, für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr

g = KV-bezogener, arztgruppenspezifischer Leistungsbedarfs je RLV-Fall in 2009 aus Leistungen, die innerhalb des Regelleistungsvolumens vergütet werden, für Versicherte ab dem 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr

h = KV-bezogener, arztgruppenspezifischer Leistungsbedarfs je RLV-Fall in 2009 aus Leistungen, die innerhalb des Regelleistungsvolumens vergütet werden, für Versicherte ab dem 60. Lebensjahr

i = KV-bezogener, arztgruppenspezifischer Leistungsbedarfs je RLV-Fall in 2009 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 Vorjahresquartal

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

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

n = Zahl der RLV-Fälle eines Arztes im Vorjahresquartal

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

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

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

Anlage 8
zu Teil B der Honorarverteilungs- und Vergütungsvereinbarung
für das erste Halbjahr 2012

Berechnung der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen
gemäß § 11

Entsprechend Anlage 2a dieser Vereinbarung werden je Arztgruppe und je qualifikationsgebundenem Zusatzvolumen die Berechnungen je Arzt oder je Fall wie folgt durchgeführt. Über das Verfahren zur Umsetzung der Berechnung der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen einigen sich die Partner der Gesamtverträge.

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

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

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 Zusatzvolumens 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 sowie gemäß 2. der Anlage 5* - einer Arztgruppe gemäß Anlage 2a*.

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 sowie gemäß 2. der Anlage 5* - einer Arztgruppe gemäß Anlage 2a*.

i : Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen einer Arztgruppe gemäß Anlage 2a*

* dieser Vereinbarung

AG: Arztgruppe gemäß Anlage 2a dieser Vereinbarung

2. Berechnung des qualifikationsgebundenen Zusatzvolumens je Fall gemäß § 8

Berechnung des Fallwertes für ein qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen

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

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

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

i: qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen einer Arztgruppe

b) Berechnung des qualifikationsgebundenen Zusatzvolumens eines Arztes

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

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