

Honorarverteilungsmaßstab (HVM) der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW)

gem. § 87b SGB V in der Fassung des GKV-VStG, den Vorgaben der KBV im Benehmen/Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenverband zu den Honorarverteilungsmaßstäben der Kassenärztlichen Vereinigungen gem. § 87b Abs. 4 SGB V, dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 266. Sitzung vom 14.12.2011 zur Weiterentwicklung der vertragsärztlichen Vergütung sowie deren künftige Anpassungen und Ergänzungen

**in der Beschlussfassung
der Vertreterversammlung vom
09. Mai 2012 und 04. Juli 2012**

gültig ab dem 01.07.2012

Alles Gute.

KVBW 

Inhaltsverzeichnis

§ 1	Grundsätze der Honorarverteilung.....	1
§ 2	Geltungsbereich	1
§ 3	Grundsätze der Vergütung der Ärzte	1
§ 4	Leistungen, die nicht dem RLV und dem QZV unterliegen.....	3
§ 5	Aufteilung der MGV	3
§ 6	Bereinigung aufgrund von Selektivverträgen	8
§ 7	Vergütung und Steuerung psychotherapeutischer Leistungen.....	8
§ 8	Für Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundene Zusatzvolumen relevante Fälle	9
§ 9	Ermittlung RLV je Arzt.....	9
§ 10	Fallzahlbedingte Abstufung des Regelleistungsvolumens.....	10
§ 11	Ermittlung der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen je Arzt	11
§ 12	Sonderregelungen bei Neuaufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit, Praxen in der Anfangsphase, Praxisauflösungen, Praxisverlegungen und Übernahme einer Praxis	11
§ 13	Sonderregelungen bei Unvergleichbarkeit von Bezugsquartal und Abrechnungsquartal	12
§ 14	Fallzahlzuwachsbegrenzung (gültig ab 01.07.2013).....	13
§ 15	Praxisbesonderheiten.....	14
§ 16	Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten.....	14
§ 17	Unvorhersehbarer Anstieg der Morbidität	15
§ 18	Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen Psychotherapie.....	15
§ 19	Abrechnungsbescheid.....	16
§ 20	Inkrafttreten	16
	Anlage 1a.....	17
	Anlage 1b.....	19
	Anlage 2a.....	22
	Anlage 2b.....	32
	Anlage 3a.....	36
	Anlage 3b.....	39
	Anlage 4.....	40
	Anhang 1 zu Anlage 4	41
	Anhang 2 zu Anlage 4 gültig ab 01.07.2012	49
	Anhang 2 zu Anlage 4 gültig ab 01.10.2012	50
	Anlage 5.....	55
	Anlage 6.....	56
	Anlage 7.....	57
	Anlage 8.....	59

§ 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 (BAG),
 - angestellten Ärzte gem. §§ 95 Abs. 9 Satz 1 oder 103 Abs. 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 aufgrund 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 Abs. 1 BMV-Ä bzw. § 28 Abs. 1 EKV) aus Laborgemeinschaften bezogen und die gem. § 25 Abs. 3 Satz 2 BMV-Ä bzw. § 28 Abs. 3 Satz 2 EKV abgerechnet wurden.
- (2) Abgerechnet werden können nur solche ärztliche oder psychotherapeutische 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 gem. § 87a Abs. 2 Satz 5 SGB V zum jeweiligen Zeitpunkt gültigen baden-württembergischen Euro-Gebührenordnung, nach Maßgabe der Bestimmungen dieses Verteilungsmaßstabes, der zusätzlichen vertraglichen Bestimmungen sowie der Abrechnungsrichtlinien und autonomen Satzungen der KVBW.
- (2) Zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der vertragsärztlichen Tätigkeit wird für die in Anlage 1b aufgeführten Arztgruppen je Quartal eine abrechenbare Menge vertragsärztlicher Leistungen vorgegeben (Regelleistungsvolumen [RLV]), die mit den in der Euro-Gebührenordnung gem. § 87a Abs. 2 SGB V enthaltenen Preisen zu vergüten ist.

- (3) Wenn eine Arztpraxis die in § 11 genannten Voraussetzungen erfüllt, kann unter Beachtung der Abrechnungsbestimmungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) die Arztpraxis weitere vertragsärztliche Leistungen in qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV) abrechnen, die mit den in der Euro-Gebührenordnung gem. § 87a Abs. 2 SGB V enthaltenen Preisen zu vergüten sind.
- (4) Die RLV und QZV werden je Arzt für das jeweilige Abrechnungsquartal gem. den Berechnungsvorgaben der Anlagen 7 und 8 ermittelt. Nicht ausgeschöpfte Anteile eines RLV und der QZV einer Praxis sind weder innerhalb des Abrechnungsquartals auf eine andere Praxis noch für die eigene Praxis auf das Folgequartal übertragbar.
- (5) Die Tätigkeit zugelassener Ärzte (§ 101 Abs. 1 Nr. 4 SGB V - Jobsharing-Junior-Partner) mit Leistungsbeschränkung fließt bei der RLV-Ermittlung des Jobsharing-Senior-Partners ein. Die Tätigkeit angestellter Ärzte (§ 101 Abs. 1 Nr. 5 SGB V) mit Leistungsbeschränkung sowie von Weiterbildungs-, Entlastungs- und Sicherstellungsassistenten fließt bei der RLV-Ermittlung des anstellenden Arztes ein.
- (6) Die das RLV und die QZV überschreitenden Leistungsmengen werden mit einem abgestaffelten Preis vergütet. Dieser wird wie folgt ermittelt:
 - a. Die im jeweiligen Quartal arztgruppenspezifisch über das RLV und die QZV hinausgehenden Vergütungen werden festgestellt.
 - b. In demselben Quartal wird arztgruppenspezifisch das Vergütungsvolumen für abgestaffelt zu vergütende Leistungen in Höhe von 2 % des arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumens ermittelt.
 - c. Die Vergütung nach b. wird durch die Vergütung nach a. dividiert. Es entsteht eine Quote für die abgestaffelt zu vergütenden Leistungen.
 - d. Die über die RLV und die QZV hinausgehenden Vergütungen werden mit der Quote nach c. multipliziert.

Bei fach- und schwerpunktübergreifenden BAG/Kooperationen werden die das RLV überschreitenden Leistungen der Praxis aus dem für diese Leistungen zur Verfügung stehenden arztgruppenspezifischen RLV-Vergütungsvolumen anteilig vergütet.

- (7) Bei der Ermittlung des RLV und der QZV eines Arztes ist der Umfang sowie der Zeitpunkt der Aufnahme seiner Tätigkeit laut Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid zu berücksichtigen.
- (8) Für Vertragsärzte, die außer in ihrer Arztpraxis auch in einer oder mehreren Teilberufsausübungsgemeinschaften tätig sind, wird ein gesamtes RLV für die vom jeweiligen Vertragsarzt in der Arztpraxis und in der(n) Teilberufsausübungsgemeinschaft(en) erbrachten Leistungen ermittelt. Dem so ermittelten RLV werden die Leistungen des Vertragsarztes in der Vertragsarztpraxis und in der(n) Teilberufsausübungsgemeinschaft(en) gegenübergestellt. Die Zuweisung des RLV erfolgt für die Gesamttätigkeit nur an die jeweilige Vertragsarztpraxis.
- (9) Die Zuweisung der RLV erfolgt praxisbezogen. Dabei ergibt sich die Höhe des RLV einer Arztpraxis aus der Addition der RLV je Arzt, der in der Arztpraxis tätig ist. Zur Förderung der kooperativen Behandlung von Patienten in der vertragsärztlichen Versorgung wird das praxisbezogene RLV entsprechend § 9 Absatz 5 erhöht.

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

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

- (10) Die Zuweisung der QZV erfolgt praxisbezogen, wenn mindestens einer der Ärzte, die in der Arztpraxis tätig sind, über die Voraussetzungen gem. § 11 i.V.m. Anlage 2a für das jeweilige QZV 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.
- (11) Den einer Arztpraxis zugewiesenen RLV und QZV 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 QZV ausgefüllt werden und umgekehrt.
- (12) Bei Ärzten, die in mehreren Praxen tätig sind, wird das für den jeweiligen Arzt ermittelte RLV und QZV auf diese Praxen grundsätzlich nach Maßgabe des Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheids aufgeteilt.
- (13) Für einen Vertragsarzt, der seine Tätigkeit unter mehreren Gebiets- oder Schwerpunktbezeichnungen ausübt, richtet sich die Höhe des RLV und QZV nach dem Versorgungsauftrag, mit dem er zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen ist, bzw. auf Antrag des Vertragsarztes nach dem Versorgungsbereich, in dem seine 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.
- (14) Die RLV und QZV werden der Arztpraxis vor Quartalsbeginn zugewiesen.

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

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

- a. Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) nach der jeweils gültigen Vergütungsvereinbarung und eventuell ergänzenden Vereinbarungen der Partner der Gesamtverträge nach § 87a Abs. 3 Satz 5 SGB V (Einzelleistungen)
- b. Leistungen innerhalb der MGV jedoch außerhalb von RLV und QZV (sog. Freie Leistungen innerhalb der MGV - siehe Anlage 2b)
- c. Vorwegabzüge nach § 5

§ 5 Aufteilung der MGV

- (1) Strukturfonds gem. § 105 Abs. 1a SGB V

Aus der MGV wird zur Finanzierung von Fördermaßnahmen in Gebieten, sofern Beschlüsse des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen nach § 100 Abs. 1 und 3 SGB V getroffen wurden, ein Strukturfonds gebildet, der 0,1 % der MGV beträgt. Über die konkrete Verwendung der Mittel entscheidet die KVBW. Das Nähere regelt der Vorstand.

Der Strukturfonds wird erstmalig im nächst möglichen Quartal nach Beschlussfassung des Landesausschusses gebildet.

(2) Versorgungsbereichsspezifisches Verteilungsvolumen

Die MGV gem. der jeweils gültigen Vergütungsvereinbarung mit den Krankenkassen wird auf den haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich nach den Vorgaben der KBV im Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenverband gem. Anlage 4 i.V.m. Anhang 1 in der jeweils gültigen Fassung verteilt und ergibt das versorgungsbereichsspezifische Verteilungsvolumen. Im Zuge der Ermittlung des trennungsrelevanten versorgungsreichsübergreifenden Verteilungsvolumens werden Vorwegabzüge gebildet:

- a. Für die Vergütung der Labor-Konsiliar-Pauschale und Labor-Grundpauschale (GOP 12210 und 12220 EBM), der Grundpauschale für zur Abrechnung von Leistungen und Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM ermächtigte Ärzte, Einrichtungen, Krankenhäuser und Institutionen (GOP 01320 EBM) sowie laboratoriumsmedizinischer Leistungen und Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM wird das Vergütungsvolumen gem. Anlage 4, Anhang 1, Schritt 18 herangezogen unter Berücksichtigung der zu erwartenden Zahlungen im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gem. § 75 Abs. 7 und 7a SGB V (Fremdkassenzahlungsausgleich) sowie unter Berücksichtigung der Bereinigung gem. Anlage 3a.

Die Vergütung laboratoriumsmedizinischer Leistungen erfolgt gem. den jeweils gültigen Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (Anlage 4, Anhang 2).

- b. Für die Vergütung der Leistungen des organisierten Notfalldienstes und der Notfallbehandlung durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser wird das Vergütungsvolumen gem. Anlage 4, Anhang 1, Schritt 19 herangezogen unter Berücksichtigung der zu erwartenden Zahlungen im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gem. § 75 Abs. 7 und 7a SGB V (Fremdkassenzahlungsausgleich).

Zusätzlich werden aus diesem Vergütungsvolumen alle Behandlungsfälle im Rahmen des organisierten Notfalldienstes (Muster 19a der Vordruckvereinbarung) für das Jahr 2012 mit einer Strukturpauschale in Höhe von € 7,50 gefördert (regionale GOP 99631).

Ausgenommen von der Förderung sind:

- Behandlungsfälle von Notfallambulanzen an Krankenhäusern
- Behandlungsfälle, die in Notfallpraxen an Krankenhäusern erbracht werden, soweit diese im Rahmen der von den Partnern der Gesamtverträge abgeschlossenen Vereinbarungen gesondert gefördert werden (GOP 99630)
- Behandlungsfälle, die außerhalb der Zeiten des organisierten Notfalldienstes als Notfall (Muster 19a der Vordruckvereinbarung) abgerechnet werden. Diese Fälle sind von Notfallpraxen und Vertragsärzten mit der Ausschlusskennziffer (GOP 99635) zu kennzeichnen.

Die Vergütung der Leistungen im organisierten Notfalldienst erfolgt zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung.

- c. Für die Vergütung der antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM der in § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppen wird das Vergütungsvolumen gem. Anlage 4, Anhang 1, Schritt 17 herangezogen unter Berücksichtigung der zu erwartenden Zahlungen im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gem. § 75 Abs. 7 und 7a SGB V (Fremdkassenzahlungsausgleich) sowie unter Berücksichtigung der Bereinigung gem. Anlage 3a.

Die Vergütung erfolgt gem. § 7.

Bei Überschreitung des Vergütungsvolumens gem. a. und b. werden die fehlenden Beträge aus den Rückstellungen ausgeglichen, bei Unterschreitung diesen zugeführt.

(3) Versorgungsbereichsspezifisches RLV-Verteilungsvolumen

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

A. Vorwegabzüge und deren Vergütung im hausärztlichen Versorgungsbereich:

- a. zu erwartende Zahlungen im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gem. § 75 Abs. 7 und 7a SGB V (Fremdkassenzahlungsausgleich).
- b. Rückstellungen gem. Anlage 3b dieser Vereinbarung
- c. für die Vergütung von kurativ-stationären Leistungen außerhalb Kapitel 36 EBM auf der Basis des ausbezahlten Honorars im Vorjahresquartal.

Die Vergütung dieser Leistungen erfolgt zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung. Bei Überschreitung dieses Vergütungsvolumens werden die fehlenden Beträge aus Rückstellungen ausgeglichen, bei Unterschreitung diesen zugeführt.

B. Vorwegabzüge und deren Vergütung im fachärztlichen Versorgungsbereich:

- a. zu erwartende Zahlungen im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gem. § 75 Abs. 7 und 7a SGB V (Fremdkassenzahlungsausgleich).
- b. Rückstellungen gem. Anlage 3b dieser Vereinbarung
- c.
 1. für die Vergütung von pathologischen und zytologischen Leistungen des Kapitels 19 EBM auf der Basis des ausbezahlten Honorars im ersten Halbjahr 2011.

2. Zur Gewährleistung einer ausreichenden Kalkulationssicherheit wird für diese Leistungen ein „leistungsspezifisches Volumen“ auf der Basis der arztindividuellen Honoraranforderung aus dem Vorjahresquartal wie folgt gebildet:

Aus dem Vergütungsvolumen des Vorwegabzuges wird ein Volumen für abgestaffelt zu vergütende Leistungen in Höhe von 2 % reserviert.

Aus dem verbleibenden Vergütungsvolumen wird für die GOP 19310 und 19311 EBM ein Volumen in voller Höhe der abgerechneten und anerkannten Honoraranforderung aus dem Vorjahresquartal separiert.

Das verbleibende Vergütungsvolumen wird durch die entsprechenden abgerechneten und anerkannten Honoraranforderungen im entsprechenden Vorjahresquartal geteilt. Hieraus ergibt sich die durchschnittliche leistungsspezifische Quote.

Für jeden Arzt, der im Vorjahresquartal entsprechende Leistungen abgerechnet hat, wird ein „leistungsspezifisches Volumen“ je Abrechnungsquartal ermittelt.

Dieses Volumen wird gebildet aus der abgerechneten und anerkannten Honoraranforderung im Vorjahresquartal

- für die Leistungen gem. GOP 19310 und 19311 EBM in voller Höhe und
 - für die übrigen Leistungen gem. Kapitel 19 EBM multipliziert mit der durchschnittlichen leistungsspezifischen Quote.
3. Die Zuweisung der leistungsspezifischen Volumen erfolgt praxisbezogen. Dabei ergibt sich die Höhe des leistungsspezifischen Volumens einer Arztpraxis aus der Addition der leistungsspezifischen Volumen je Arzt. Das Volumen wird der Arztpraxis vor Quartalsbeginn zugewiesen.

4. Die im Abrechnungsquartal innerhalb des zugewiesenen leistungsspezifischen Volumens abgerechnete und anerkannte Honoraranforderung wird zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung vergütet.

Die im Abrechnungsquartal über das insgesamt zur Verfügung stehende leistungsspezifische Volumen hinausgehenden Vergütungen werden festgestellt. Das für abgestaffelt zu vergütende Leistungen reservierte Honorarvolumen wird durch die überschreitenden Vergütungen dividiert. Dies ergibt die Quote für die abgestaffelt zu vergütenden Leistungen.

5. Die Ermittlung des leistungsspezifischen Volumens erfolgt bei Vertragsärzten ohne Honoraranforderung aus dem Vorjahresquartal auf der Basis der abgerechneten und anerkannten Honoraranforderung im Abrechnungsquartal

- für die Leistungen gem. GOP 19310 und 19311 EBM in voller Höhe und
- für die übrigen Leistungen gem. Kapitel 19 EBM multipliziert mit der durchschnittlichen leistungsspezifischen Quote.

- d. für die Vergütung der GOP 12225 EBM auf der Basis des ausbezahlten Honorars im ersten Halbjahr 2011.

Dieses Vergütungsvolumen wird durch die abgerechneten und anerkannten Honoraranforderungen der betreffenden Ärzte im jeweiligen Abrechnungsquartal geteilt. Hieraus ergibt sich die jeweilige Quotierung für diese Leistung.

- e. 1. für die Vergütung von humangenetischen Leistungen des Kapitels 11 EBM auf der Basis des ausbezahlten Honorars im ersten Halbjahr 2011.

2. Zur Gewährleistung einer ausreichenden Kalkulationssicherheit wird für diese Leistungen ein „leistungsspezifisches Volumen“ auf der Basis der arztindividuellen Honoraranforderung aus dem Vorjahresquartal wie folgt gebildet:

Aus dem Vergütungsvolumen des Vorwegabzuges wird ein Volumen für abgestaffelt zu vergütende Leistungen in Höhe von 2 % reserviert.

Das verbleibende Vergütungsvolumen wird durch die abgerechneten und anerkannten Honoraranforderungen im entsprechenden Vorjahresquartal geteilt. Hieraus ergibt sich die durchschnittliche leistungsspezifische Quote.

Für jeden Arzt, der im Vorjahresquartal entsprechende Leistungen abgerechnet hat, wird ein „leistungsspezifisches Volumen“ je Abrechnungsquartal ermittelt.

Dieses Volumen wird gebildet aus der abgerechneten und anerkannten Honoraranforderung aus dem Vorjahresquartal multipliziert mit der durchschnittlichen leistungsspezifischen Quote.

3. Die Zuweisung der leistungsspezifischen Volumen erfolgt praxisbezogen. Dabei ergibt sich die Höhe des leistungsspezifischen Volumens einer Arztpraxis aus der Addition der leistungsspezifischen Volumen je Arzt. Das Volumen wird der Arztpraxis vor Quartalsbeginn zugewiesen.

4. Die im Abrechnungsquartal innerhalb des zugewiesenen leistungsspezifischen Volumens abgerechnete und anerkannte Honoraranforderung wird zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung vergütet.

Die im Abrechnungsquartal über das insgesamt zur Verfügung stehende leistungsspezifische Volumen hinausgehenden Vergütungen werden festgestellt. Das für abgestaffelt zu vergütende Leistungen reservierte Honorarvolumen wird durch die überschreitenden Vergütungen dividiert. Dies ergibt die Quote für die abgestaffelt zu vergütenden Leistungen.

5. Die Ermittlung des leistungsspezifischen Volumens erfolgt bei Vertragsärzten ohne Honoraranforderung aus dem Vorjahresquartal auf der Basis der abgerechneten und anerkannten Honoraranforderung im Abrechnungsquartal multipliziert mit der leistungsspezifischen Quote.
- f. für die Vergütung von kurativ-stationären Leistungen außerhalb Kapitel 36 EBM auf der Basis des ausbezahlten Honorars im Vorjahresquartal.

Die Vergütung dieser Leistungen erfolgt zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung. Bei Überschreitung dieses Vergütungsvolumens werden die fehlenden Beträge aus Rückstellungen ausgeglichen, bei Unterschreitung diesen zugeführt.

(4) Arztgruppenspezifisches Verteilungsvolumen

Das versorgungsbereichsspezifische RLV-Verteilungsvolumen gem. Absatz 3 wird gem. Anlage 5 auf die Arztgruppen gem. Anlage 1a verteilt. Es entsteht jeweils ein arztgruppenspezifisches Verteilungsvolumen.

In den arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen der Arztgruppen gem. Anlage 1b werden folgende Vorwegabzüge gebildet:

- a. für innerhalb der MGV finanzierte Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM in Höhe des jeweiligen Vorjahresquartals.

Die Kosten werden in voller Höhe erstattet. Bei einem Anstieg der Kosten gegenüber dem Vorjahresquartal werden die fehlenden Beträge aus Rückstellungen ausgeglichen und im nächstmöglichen Quartal dem arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen belastet.

- b. 2 % für abgestaffelt zu vergütende Leistungen

Aus den um die Vorwegabzüge a. und b. reduzierten arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen der Arztgruppen gem. Anlage 1b werden folgende Leistungen vergütet:

- Praxisbesonderheiten
- Aufschlag bei BAG, MVZ und Arztpraxen mit angestellten Ärzten

Die verbleibenden arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen der Arztgruppen gem. Anlage 1b werden für jede Arztgruppe gem. Anlage 6 in

- einen Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der RLV und
- einen Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der QZV
- einen Vergütungsbereich für Freie Leistungen gem. § 4 b.

aufgeteilt.

Für die Freien Leistungen gem. § 4 b. werden separate Vergütungsvolumen für die betroffenen Arztgruppen auf der Basis des ausbezahlten Honorars im ersten Halbjahr 2011 (zuzüglich des damaligen jeweiligen Bereinigungsvolumens aus Selektivverträgen) gebildet. Diese Vergütungsvolumen werden durch die abgerechneten und anerkannten Honoraranforderungen der betreffenden Ärzte im jeweiligen Abrechnungsquartal geteilt. Hieraus ergibt sich die jeweilige Quotierung für diese Leistungen, die für einzelne Leistungen/einzelne Leistungsbereiche mindestens 80 % beträgt (vgl. Anlage 2b). Die finanziellen Mittel zur Vergütung einer Mindestquote von 80 % werden aus Rückstellungen bereitgestellt und im nächstmöglichen Quartal dem arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen belastet.

Aus den jeweiligen arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen für

- Ermächtigte (Krankenhaus-) Ärzte, Krankenhäuser, Einrichtungen und Institutionen
- Sonstige Ärzte (Humangenetiker, Pathologen, Strahlentherapeuten, Laborärzte, Laborgemeinschaften, etc.)

werden zunächst die im Abrechnungsquartal abgerechneten und anerkannten Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM in voller Höhe vergütet. Die verbleibenden Verteilungsvolumen werden durch die abgerechneten und anerkannten Honoraranforderungen der betreffenden Ärzte im jeweiligen Abrechnungsquartal dividiert. Hieraus ergibt sich die jeweilige Quotierung für die anerkannte Honoraranforderung dieser Vertragsärzte, mindestens 80 %.

§ 6 Bereinigung aufgrund von Selektivverträgen

Die Bereinigung aufgrund von Selektivverträgen gem. §§ 73b, 73c, 140a ff. SGB V erfolgt gem. Anlage 3a.

§ 7 Vergütung und Steuerung psychotherapeutischer Leistungen

Die psychotherapeutischen Leistungen werden wie folgt vergütet und gesteuert:

1. Vertragsärzte gem. § 87b Abs. 2 Satz 3 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 zu 100 %.

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

Die Vergütung erfolgt aus dem arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen gem. § 5 Abs. 4. Die Mengensteuerung erfolgt durch das RLV.

2. Vertragsärzte gem. § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V mit Kapazitätsgrenze

Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie andere ausschließlich psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte (§ 18 Abs. 1)

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

Aus dem Vergütungsanteil gem. § 5 Abs. 2c sowie dem entsprechenden arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen gem. § 5 Abs. 4 wird ein gemeinsames Vergütungsvolumen gebildet. Hieraus werden die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Kapitels 35.2 EBM zu 100 % vergütet. Von dem verbleibenden Honorarvolumen wird ein Anteil in Höhe von 2 % für abgestaffelt zu vergütende Leistungen oberhalb der Kapazitätsgrenze gem. § 18 Abs. 5 reserviert.

Das danach verbleibende Honorarvolumen wird durch die abgerechneten und anerkannten Honoraranforderungen im Abrechnungsquartal geteilt. Hieraus ergibt sich die Auszahlungsquote für nicht genehmigungspflichtige Leistungen. Dabei beträgt die Auszahlungsquote für die Leistungen nach GOP 35150 EBM mindestens 75 %.

Die im Abrechnungsquartal über die zeitbezogene Kapazitätsgrenze bis zur 1,5-fachen zeitbezogenen Kapazitätsgrenze hinausgehenden Leistungen werden festgestellt. Das für abgestaffelt zu vergütende Leistungen reservierte Honorarvolumen wird durch die überschreitenden Leistungen dividiert. Dies ergibt die Auszahlungsquote für die abgestaffelt zu vergütenden psychotherapeutischen Leistungen. Diese Auszahlungsquote für abgestaffelt zu vergütende psychotherapeutische Leistungen kommt maximal in Höhe der Auszahlungsquote für nicht genehmigungspflichtige Leistungen zur Anwendung.

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 arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen gem. § 5 Abs. 4.

Die Mengensteuerung erfolgt durch das RLV oder gem. § 4 b.

§ 8 Für Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundene Zusatzvolumen relevante Fälle

- (1) Für RLV und QZV relevante Fälle sind alle kurativ-ambulant Behandlungsfälle gem. § 21 Abs. 1, Abs. 1b Satz 1 und Abs. 2 BMV-Ä bzw. § 25 Abs. 1, Abs. 1b Satz 1 und Abs. 2 EKV, ausgenommen Notfälle im organisierten Notfalldienst (Muster 19a der Vordruckvereinbarung) und Überweisungsfälle zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen oder zur Befundung von dokumentierten Untersuchungsergebnissen und Fälle, in denen ausschließlich Leistungen und Kostenerstattungen, die gem. § 4 nicht dem RLV unterliegen, abgerechnet werden.
- (2) Zur Umsetzung des Arztbezuges gem. § 3 Abs. 4 werden zur Bemessung des RLV die RLV-Fälle herangezogen.
 - a. In Einzelpraxen entspricht die Zahl der RLV-Fälle der Zahl der kurativ-ambulant Behandlungsfälle gem. Abs. 1.
 - b. In fach- und schwerpunktgleichen BAG, MVZ und Praxen mit angestellten Ärzten entspricht die Zahl der RLV-Fälle eines Arztes der Zahl der Behandlungsfälle gem. Abs. 1 der Arztpraxis, aufgeteilt auf die Praxisteilnehmer entsprechend dem jeweiligen Umfang der Tätigkeit laut Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid.
 - c. In fach- und schwerpunktübergreifenden BAG, MVZ und Praxen mit angestellten Ärzten entspricht die Zahl der RLV-Fälle eines Arztes der Zahl der Behandlungsfälle gem. Abs. 1 der Arztpraxis, multipliziert mit seinem Anteil an der RLV-relevanten Arztfallzahl der Praxis.

Die so ermittelte Summe der RLV-Fälle einer Arztpraxis entspricht der Anzahl der RLV-relevanten Behandlungsfälle der Arztpraxis gem. Satz 1.

§ 9 Ermittlung RLV je Arzt

- (1) Jeder Vertragsarzt einer Arztgruppe gem. Anlage 1b erhält ein arztgruppenspezifisches RLV. Die Höhe des RLV eines Arztes ergibt sich für die in Anlage 1b benannten Arztgruppen aus der Multiplikation des zum jeweiligen Zeitpunkt gültigen KV-bezogenen arztgruppenspezifisches Fallwertes (FW_{AG}) gem. Anlage 7 und der RLV-Fallzahl des Arztes gem. § 8 im entsprechenden Vorjahresquartal.

- (2) Hiervon abweichend wird für Teilnehmer in überörtlichen BAG, 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 gem. § 24 Abs. 3 Satz 3 Ärzte-ZV im Bereich der KVBW Leistungen erbringen, entsprechend.
- (3) Werden Ärzte aufgrund mehrerer Ermächtigungen gem. § 24 Abs. 3 Satz 3 Ärzte-ZV im Bereich der KVBW tätig, wird das RLV 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 gem. Abs. 1 unter Berücksichtigung der Versicherten nach Altersklassen gem. Anlage 7 Nr. 3 zu ermitteln.
- (5) Zur Förderung der kooperativen Behandlung von Patienten in der vertragsärztlichen Versorgung wird das praxisbezogene RLV
 - a. bei nicht standortübergreifenden fach- und schwerpunktgleichen BAG und Praxen mit angestellten Ärzten der gleichen Arztgruppe gem. Anlage 1b um 10 % erhöht,
 - b. bei nicht standortübergreifenden fach- und schwerpunktübergreifenden BAG, MVZ und Praxen mit angestellten Ärzten, in denen mehrere Ärzte unterschiedlicher Arztgruppen gem. Anlage 1b tätig sind, um 10 % erhöht, höchstens jedoch um 20 %, wenn ein höherer Kooperationsgrad der Einrichtung oder Praxis entsprechend der in nachstehender Tabelle aufgeführten Werte nachgewiesen ist.

Tabelle: Anpassungsfaktoren in Prozent	
Kooperationsgrad (KG) in Prozent	Anpassungsfaktor in Prozent
0 bis unter 15	10
15 bis unter 20	15
20 und größer	20

Standortübergreifende BAG, MVZ und Praxen mit angestellten Ärzten, in denen mehrere Ärzte der gleichen oder unterschiedlicher Arztgruppen gem. Anlage 1b tätig sind, wurden nicht zur kooperativen Behandlung von Patienten gebildet und werden grundsätzlich nicht gefördert. Sofern jedoch an einem Vertragsarztsitz innerhalb einer standortübergreifenden BAG, MVZ und Praxis mit angestellten Ärzten mehrere Ärzte gleicher oder unterschiedlicher Arztgruppen gem. Anlage 1b niedergelassen sind, wird das RLV eines jeden Arztes an diesem Standort um 10 % erhöht.

§ 10 Fallzahlbedingte Abstufung des Regelleistungsvolumens

- (1) Der für einen Vertragsarzt einer Fachgruppe gem. Anlage 1b zutreffende arztgruppenspezifische RLV-Fallwert gem. § 9 Abs. 1 Satz 2 wird für jeden über 175 % der durchschnittlichen RLV-Fallzahl der Arztgruppe hinausgehenden RLV-Fall um 50 % gemindert.

Für Arztgruppen, deren Ärzte bereits im Vorjahresquartal an Selektivverträgen gem. §§ 73b, 73c SGB V teilgenommen haben, wird hiervon abweichend die durchschnittliche RLV-Fallzahl des zutreffenden Quartals vor Beginn der Bereinigung zuzüglich einer jährlichen Steigerung von 1 % zugrunde gelegt.

Bei Vertragsärzten mit einem anteiligen Versorgungsauftrag wird die anteilige durchschnittliche RLV-Fallzahl der Arztgruppe zugrunde gelegt.

- (2) Für einen Vertragsarzt, der seine Tätigkeit unter 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 überwiegende Leistungserbringung der zurückliegenden Quartale lag.
- (3) Hat der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen einen Beschluss gem. § 100 Abs. 1 oder 3 SGB V getroffen, finden vorgenannte Regelungen zur Fallwertabstaffelung für Ärzte der betroffenen Arztgruppe im betreffenden Gebiet keine Anwendung. Gem. § 87b Abs. 3 SGB V prüft die KVBW im Einzelfall, ob diese Maßnahme ausreichend ist, die Sicherstellung der medizinischen Versorgung zu gewährleisten. Sie ist ermächtigt, ggf. weitere Maßnahmen zu ergreifen.
Das Nähere regelt der Vorstand.
- (4) Auf Antrag eines Vertragsarztes prüft die KVBW nach pflichtgemäßem Ermessen, ob aus Sicherstellungsgründen von der Minderung des Fallwertes abgewichen werden kann. Dies kommt insbesondere in Betracht, wenn in der unmittelbaren Umgebung niedergelassene Vertragsärzte ihre Tätigkeit ohne Nachfolge aufgegeben haben.
Das Nähere regelt der Vorstand.
- (5) Der Antrag gem. Abs. 2 und 4 ist bis spätestens zum Ende des Quartals zu stellen, für das die Ausnahme gewährt werden soll.

§ 11 Ermittlung der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen je Arzt

- (1) Jeder Vertragsarzt, der die entsprechenden Voraussetzungen erfüllt, erhält ein QZV gem. Anlage 2a.
Für die in Anlage 2a Abschnitt I. und II. aufgeführten Leistungsbereiche werden QZV gebildet. Ein Arzt hat Anspruch auf die arztgruppenspezifischen QZV, wenn er die zutreffende Gebiets- bzw. Schwerpunktbezeichnung führt. Unterliegt die Voraussetzung zur Erbringung von in QZV aufgeführten Leistungen einer Qualifikation nach § 135 Abs. 2 SGB V, § 137 SGB V oder dem Führen einer Zusatzbezeichnung ist der Nachweis zusätzlich erforderlich.
- (2) Die Berechnung der QZV gem. Anlage 2a Abschnitt I. erfolgt grundsätzlich je Behandlungsfall gem. Anlage 8 Abschnitt I.
- (3) Die Berechnung der QZV gem. Anlage 2a Abschnitt II. erfolgt in Form eines Honorarvolumens gem. Anlage 8 Abschnitt II.

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

- (1) Für das erste Jahr der Neuaufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit (sog. Neupraxis) und in der Folgezeit auf Antrag für Praxen in der Anfangsphase (sog. Jungpraxen) sowie entsprechend bei Übernahme einer Praxis wird für diese Anfängerpraxen für einen Entwicklungszeitraum von 12 Quartalen seit Zulassungsbeginn bei der Bemessung des RLV die relevante Fallzahl gem. § 8 im Abrechnungsquartal zugrunde gelegt.
- (2) Ist ein Praxis-/Kooperationspartner einer BAG, eines MVZ oder einer Praxis mit angestelltem Arzt (ohne Leistungsbeschränkung) als Anfängerpraxis (Neupraxis oder nach Antragstellung als Jungpraxis) einzustufen, wird für die Gesamtpraxis die RLV-Fallzahl des Abrechnungsquartals angesetzt. Die Berechnung des Kooperationsgrads erfolgt auf der Basis der RLV-Fallzahlen des Abrechnungsquartals.

- (3) Bei Neuaufnahme einer Praxis wird ein QZV ausgelöst, sobald die Voraussetzungen für die Leistungserbringung erfüllt sind. Die Höhe ergibt sich für QZV gem. Anlage 2a Abschnitt I. aus der RLV-Fallzahl im jeweiligen Quartal. Für ein QZV in Form eines Honorarvolumens gem. Anlage 2a Abschnitt II. erfolgt die arztindividuelle Ermittlung des Honorarvolumens auf der Basis der tatsächlichen Leistungsanforderung im Abrechnungsquartal, multipliziert mit der Quote (Q) gem. Anlage 8 Abschnitt II.
- (4) Bei der Auflösung von arztgruppen- und schwerpunktgleichen BAG können die Vertragsärzte einvernehmlich eine Aufteilung der Fallzahlen vereinbaren 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.
- (5) Praxisverlegungen, die mit einem Wechsel des Bedarfsplanungsbereichs oder der Arztgruppe verbunden sind, werden auf Antrag wie eine Neuaufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit behandelt.
- (6) Anträge gem. Abs. 1, Abs. 4 und Abs. 5 sind bis spätestens zum Ende des Quartals zu stellen, für das die Sonderregelung geltend gemacht wird.

§ 13 Sonderregelungen bei Unvergleichbarkeit von Bezugsquartal und Abrechnungsquartal

- (1) Auf Antrag eines Vertragsarztes prüft die KVBW nach pflichtgemäßem Ermessen, ob aus Sicherstellungsgründen anstelle der RLV-Fallzahl des Vorjahresquartals die RLV-Fallzahl des Abrechnungsquartals bei der Bemessung von RLV und QZV nach § 11 Abs. 1 herangezogen wird. Dies kommt insbesondere in Betracht
 - a. bei einer außergewöhnlich starken Erhöhung der Zahl der behandelten Versicherten im Abrechnungsquartal z. B. aufgrund
 - der urlaubs- oder krankheitsbedingten Vertretung eines anderen Arztes im Einzugsbereich der Praxis,
 - der Aufgabe einer Zulassung oder genehmigten Tätigkeit eines anderen Arztes in der näheren Umgebung der Praxis ohne Nachfolge,
 - der Wiederaufnahme der Praxistätigkeit nach Ruhen der Zulassung,
 - der Eröffnung einer Nebenbetriebsstätte aus Sicherstellungsgründen,
 - der Übernahme von Heimpatienten bei Neueröffnung/Erweiterung eines Heimes,
 - der Rückkehr aus einem Selektivvertrag.
 - b. bei Vorliegen eines außergewöhnlichen und/oder durch den Arzt unverschuldeten Grundes, der zu einer niedrigeren Fallzahl des Arztes im Aufsatzquartal geführt hat, z.B. aufgrund
 - einer (außergewöhnlichen) Praxisschließung von mindestens 10 Werktagen im Vorjahresquartal ohne Vertretung (in eigener Praxis) infolge von Urlaub, Fort-/Weiterbildung, Renovierung der Praxisräumlichkeiten, o.ä.,
 - einer (unverschuldeten) Praxisschließung von mindestens 10 Werktagen im Vorjahresquartal ohne Vertretung (in eigener Praxis) infolge von Krankheit, eingeschränkter Nutzbarkeit der Praxisräume durch äußere Einflüsse, o.ä.

Das Nähere regelt der Vorstand.
- (2) Anträge sind bis spätestens zum Ende des Quartals zu stellen, für das die Sonderregelung geltend gemacht wird.

§ 14 Fallzahlzuwachsbeschränkung (gültig ab 01.07.2013)

- (1) Die von einem Vertragsarzt einer Arztgruppe gem. Anlage 1b zur Abrechnung eingereichte Behandlungsfallzahl gem. § 8 Abs. 1 unterliegt einer Fallzahlzuwachsbeschränkung.
Zur Ermittlung der Fallzahlgrenze wird je Vertragsarzt auf die RLV-Fallzahl im Vorjahresquartal abgestellt. Ist diese Fallzahl niedriger als die durchschnittliche Fallzahl seiner Fachgruppe im Vorjahresquartal, wird diese durchschnittliche Fallzahl der Fachgruppe als Fallzahlgrenze zugrunde gelegt.
Sofern die RLV-Fallzahl im Vorjahresquartal die so ermittelte Fallzahlgrenze um mehr als 3 % (Zuwachstoleranz) der durchschnittlichen Fallzahl der Fachgruppe im Vorjahresquartal überschreitet, werden die überschreitenden Fälle nicht für die Bemessung von RLV und QZV herangezogen.
- (2) Bei Neuaufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit wird als Fallzahlgrenze der Durchschnitt der entsprechenden Arztgruppe gem. Anlage 1b im Vorjahresquartal zugrunde gelegt.
Bei Vertragsärzten mit einem anteiligen Versorgungsauftrag wird die anteilige durchschnittliche Fallzahl der Arztgruppe zugrunde gelegt.
Eine Praxisübernahme ist als Neuaufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit zu behandeln. Auf Antrag kann der Erwerber einer Praxis von der Fallzahlzuwachsbeschränkung ausgenommen werden, wenn die Fallzahl des Praxisübergabers die Fallzahlgrenze gem. Satz 1 überschritten hatte.
- (3) Nicht der Fallzahlzuwachsbeschränkung unterliegt ein Vertragsarzt, der einer Arztgruppe angehört, deren aktuelle durchschnittliche Fallzahl unter 150 Fällen liegt.
Die Fallzahlzuwachsbeschränkung kommt ebenfalls nicht zur Anwendung, wenn in der Arztgruppe die durchschnittliche Fallzahl im Vorjahresquartal gegenüber dem Vorjahresquartal um weniger als 1 % angestiegen ist.
- (4) Hat der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen einen Beschluss nach § 100 Abs. 1 oder 3 SGB V getroffen, finden vorgenannte Regelungen zur Fallzahlzuwachsbeschränkung für Ärzte der betroffenen Arztgruppe im betreffenden Gebiet keine Anwendung. Gem. § 87b Abs. 3 SGB V prüft die KVBW, ob diese Maßnahme ausreichend ist, die Sicherstellung der medizinischen Versorgung zu gewährleisten. Sie ist ermächtigt, ggf. weitere Maßnahmen zu ergreifen.
Das Nähere regelt der Vorstand.
- (5) Auf Antrag eines Vertragsarztes prüft die KVBW nach pflichtgemäßem Ermessen, ob aus Sicherstellungsgründen von der Fallzahlzuwachsbeschränkung abgewichen werden kann. Dies kommt insbesondere in Betracht, wenn ein Ausnahmetatbestand gem. § 13 Abs. 1 festgestellt werden kann.
Ausgenommen von der Fallzahlzuwachsbeschränkung sind auf Antrag Praxen, deren Praxiskonstellation sich gegenüber dem Vergleichszeitraum geändert hat.
Das Nähere regelt der Vorstand.
- (6) Anträge gem. Abs. 2 und Abs. 5 sind bis spätestens zum Ende des Quartals zu stellen, für das die Ausnahme gewährt werden soll.

§ 15 Praxisbesonderheiten

- (1) Praxisbesonderheiten werden einem Vertragsarzt einer Arztgruppe gem. Anlage 1b von der KVBW auf Antrag gewährt. Der Antrag muss die Leistungen unter Angabe der EBM-Gebührenordnungspositionen benennen, in denen sich die Praxisbesonderheit ausdrücken soll.
- (2) Praxisbesonderheiten können sich grundsätzlich nur auf Leistungen beziehen, welche einer Mengenbegrenzung durch RLV oder einem QZV unterliegen. Praxisbesonderheiten ergeben sich aus einem besonderen Versorgungsauftrag oder einer besonderen, für die Versorgung bedeutsamen fachlichen Spezialisierung, die sich in einer bestimmten Patientenstruktur niederschlagen.
Voraussetzung für die Anerkennung von Praxisbesonderheiten ist ein aus den Praxisbesonderheiten resultierender Versorgungsschwerpunkt sowie eine aus den Praxisbesonderheiten resultierende Überschreitung des durchschnittlichen Fallwerts der Prüfgruppe für die entsprechenden Leistungen von mindestens 30 % im Referenzzeitraum. Es darf keine unwirtschaftliche und keine implausible Behandlungsweise vorliegen.
- (3) Die KVBW beurteilt nach pflichtgemäßem Ermessen, ob eine Praxisbesonderheit vorliegt und in welchem Umfang sowie für welche Dauer individuelle Zuschläge zu gewähren sind. Sie berücksichtigt hierbei die von den Beratenden Fachausschüssen und den Berufsverbänden unterbreiteten Vorschläge, für welche Leistungsbereiche einer Arztgruppe gem. Anlage 1b eine Praxisbesonderheit prinzipiell in Betracht kommen kann.
Das Nähere regelt der Vorstand.
- (4) Eine Zubilligung von Praxisbesonderheiten ist frühestens für das Quartal der Antragstellung möglich. Ein als Praxisbesonderheit ermittelter Mehrbedarf wird als individueller Zuschlag analog einem QZV gem. § 11 gewährt.
- (5) Anträge sind bis spätestens zum Ende des Quartals zu stellen, für das die Praxisbesonderheit gewährt werden soll.

§ 16 Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten

- (1) Die KVBW ist berechtigt, Arztgruppen, die aufgrund der neuen Honorarverteilungssystematik ab dem 01.07.2012 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, ggf. im Einzelfall aus Sicherstellungsgründen von Amts wegen, inwiefern eine befristete Ausgleichszahlung an die Arztpraxis erfolgen kann. Die Ausgleichszahlung erfolgt aus Rückstellungen gem. Anlage 3b. Sie wird geleistet bis 90 % des Fallwertes des Vorjahresquartals, maximal jedoch 90 % des Gesamthonorars des Vorjahresquartals erreicht sind.
- (3) Voraussetzung für eine Ausgleichszahlung ist, dass die Honorarminderung durch die Umstellung der Honorarverteilungssystematik auf diesen HVM, den EBM oder dadurch begründet ist, dass die Partner der Gesamtverträge bisherige Vereinbarungen nicht oder in veränderter Form fortgeführt haben. Die Honorarminderung darf nicht durch Faktoren verursacht sein, die im Verantwortungsbereich des Arztes liegen, wie z.B. ein Rückgang an Behandlungsfällen oder an erbrachten Leistungen.

- (4) Anträge sind bis spätestens zum Ende des Folgequartals zu stellen, für das die Ausgleichszahlung gewährt werden soll oder im Rahmen eines Widerspruchs gegen den entsprechenden Honorarbescheid einzubringen.

Das Nähere regelt der Vorstand.

§ 17 Unvorhersehbarer Anstieg der Morbidität

Nachzahlungen von Krankenkassen aufgrund des in § 87a Abs. 5 SGB V festgelegten Verfahrens zur Vereinbarung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs gem. § 87a Abs. 4 Satz 4 SGB V führen zu Nachzahlungen im Rahmen der Honorarbescheidung der Abrechnungsquartale nach den angeforderten Leistungen.

§ 18 Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen Psychotherapie

- (1) Für folgende Arztgruppen werden zeitbezogene Kapazitätsgrenzen je Quartal je Vertragsarzt errechnet:

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

- (2) Die zeitbezogene Kapazitätsgrenze gem. Abs. 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 zugrunde 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 EBM in der gültigen Fassung - abgestellt.

Bei Vertragsärzten mit einem anteiligen Versorgungsauftrag wird die anteilige Kapazitätsgrenze der Arztgruppe zugrunde gelegt.

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 Abs. 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 gem. Abs. 2 ermittelten zeitbezogenen Kapazitätsgrenze je Arzt mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung - unter Beachtung der Quotierungen gem. § 7 Nr. 2 - zu vergüten.

- (5) Überschreitet die abgerechnete ärztliche bzw. therapeutische Zuwendungszeit - gemessen nach den Prüfzeiten der Leistungen des Anhangs 3 zum EBM in der gültigen Fassung - die gem. Absätze 2 und 3 ermittelte zeitbezogene Kapazitätsgrenze je Arzt, so werden diese Leistungen bis zur 1,5-fachen zeitbezogenen Kapazitätsgrenze mit den abgestaffelten Preisen gem. § 7 Nr. 2 vergütet.
- (6) Die Höhe der Kapazitätsgrenzen wird für die in Abs. 1 genannten Arztgruppen vor Quartalsbeginn auf der Homepage der KVBW sowie per Rundschreiben der KVBW bekanntgegeben.

§ 19 Abrechnungsbescheid

- (1) Der Vertragsarzt erhält über seine Honorarabrechnung einen Abrechnungsbescheid. Gegen den Abrechnungsbescheid kann er 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 abgeholfen werden kann, der Vorstand der KVBW.
- (2) Forderungen der Vertragsärzte stehen unter dem Vorbehalt nachträglicher sachlich-rechnerischer oder gebührenordnungsmäßiger Berichtigungen, Verfahren im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung und Verfahren auf Feststellung eines sonstigen Schadens.

§ 20 Inkrafttreten

Dieser HVM tritt zum 01.07.2012 in Kraft.

Anlage 1a

zum HVM gültig ab 01.07.2012

Das arztgruppenspezifische Verteilungsvolumen gem. § 5 Abs. 3 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 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 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
- 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 und Psychotherapie mit einem Anteil an Leistungen der Richtlinien-Psychotherapie im Vorjahresquartal von höchstens 30 %
- Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie mit einem Anteil an Leistungen der Richtlinien-Psychotherapie im Vorjahresquartal von mehr als 30 %
- Fachärzte für Diagnostische Radiologie (ohne Vorhaltung CT und MRT)
- Fachärzte für Diagnostische Radiologie (mit Vorhaltung CT)
- Fachärzte für Diagnostische Radiologie (mit Vorhaltung CT und MRT)
- Fachärzte für Diagnostische Radiologie (mit Vorhaltung 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 gem. den Kriterien der Bedarfsplanungsrichtlinien
- Ermächtigte (Krankenhaus-) Ärzte, Krankenhäuser, Einrichtungen und Institutionen
- Sonstige Ärzte (Humangenetiker, Pathologen, Strahlentherapeuten, Laborärzte, Laborgemeinschaften, etc.)

Anlage 1b

zum HVM gültig ab 01.07.2012

Für Regelleistungsvolumen relevante Arztgruppen	Zuordnung der Arztgruppen in Bezug auf die kooperative Behandlung von Patienten (BAG-Aufschlag)
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 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 mit invasiver Tätigkeit
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 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 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 (mit/ohne Vorhaltung MRT)
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 mit einem Anteil an Leistungen der Richtlinien-Psychotherapie von höchstens 30%, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie mit einem Anteil an Leistungen der Richtlinien-Psychotherapie von mehr als 30%
Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie mit einem Anteil an Leistungen der Richtlinien-Psychotherapie von mehr als 30%	
Fachärzte für Diagnostische Radiologie (ohne Vorhaltung CT und MRT)	Fachärzte für Diagnostische Radiologie (mit/ohne Vorhaltung CT und/oder MRT)
Fachärzte für Diagnostische Radiologie (mit Vorhaltung CT)	
Fachärzte für Diagnostische Radiologie (mit Vorhaltung CT und MRT)	
Fachärzte für Diagnostische Radiologie (mit Vorhaltung MRT)	
Fachärzte für Urologie	Fachärzte für Urologie
Fachärzte für Physikalisch-Rehabilitative Medizin	Fachärzte für Physikalisch-Rehabilitative Medizin

Anlage 2a

zum HVM gültig ab 01.07.2012

I. Zuordnung der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen gem. § 11 Abs. 2

1. Für nachfolgende Arztgruppen werden qualifikationsgebundene Zusatzvolumen (QZV) für die im Folgenden genannten Leistungen gem. Anlage 8 Abschnitt I. ermittelt und festgesetzt.
2. 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	QZV	Gebührenordnungsposition des EBM
Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, 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	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	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, 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	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	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
	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
	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	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, 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
	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 Hämato-/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, 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
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie	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	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
Fachärzte für Neurologie	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
Fachärzte für Nuklearmedizin (mit Vorhaltung MRT)	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092
Fachärzte für Orthopädie	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
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092
Fachärzte für Physikalisch-Rehabilitative Medizin	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 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 CT)	Interventionelle Radiologie	01530, 01531, 34283, 34284, 34285, 34286, 34287
	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 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 Diagnostische Radiologie (mit Vorhaltung 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 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, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503

II. Zuordnung der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen gem. § 11 Abs. 3

1. Für nachfolgende Arztgruppen wird ein qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen (QZV) für die im Folgenden genannten Leistungen gem. Anlage 8 Abschnitt II. ermittelt und in Form eines Honorarvolumens festgesetzt.
2. Die berufsrechtlichen Bestimmungen zur Erbringung von Leistungen und die Abrechnungsbestimmungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) bleiben von der nachfolgenden Zuordnung der Gebührenordnungspositionen unberührt.

Arztgruppe	QZV	Gebührenordnungsposition des EBM
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie	Polysomnographie	30901
Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	Polysomnographie	30901
Fachärzte für Nuklearmedizin (mit Vorhaltung MRT)	Nuklearmedizinische Leistungen	17310, 17311, 17312, 17320, 17321, 17330, 17331, 17332, 17333, 17340, 17341, 17350, 17351, 17360, 17361, 17362, 17363, 17372
	MRT-Leistungen	34410, 34411, 34420, 34421, 34422, 34430, 34431, 34440, 34441, 34442, 34450, 34451, 34452, 34460, 34470, 34475, 34480, 34485, 34486, 34489, 34490, 34492

Anlage 2b

zum HVM gültig ab 01.07.2012

Für nachfolgende Arztgruppen werden die im Folgenden aufgeführten Leistungen (sog. Freie Leistungen) innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV), jedoch außerhalb Regelleistungsvolumen (RLV) und qualifikationsgebundene Zusatzvolumen (QZV) ermittelt und festgesetzt.

Arztgruppe	Leistungen innerhalb MGV, jedoch außerhalb RLV und QZV	Gebührenordnungsposition des EBM
Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, 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, 30610, 30611
	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
	Hyposensibilisierung*	30130
Fachärzte für Anästhesiologie	Akupunktur	30790, 30791
	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
	Strukturpauerschale für konservative Augenärzte	06225
Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie, für Herzchirurgie	Akupunktur	30790, 30791
	Gastroenterologie, Bronchoskopie	13400, 13401, 13402, 13410, 13411, 13412, 13420, 13662, 13663, 13664, 13670
	Phlebologie	30500, 30501
	Proktologie	30600, 30601
Fachärzte für Neurochirurgie	Akupunktur	30790, 30791
Fachärzte für Frauenheilkunde	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
	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
	Sonographie Brüste	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
	Sonographie Brüste	33041
Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	Kardiorespiratorische Polygraphie	30900
Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten	Dermatologische Lasertherapie	10320, 10322, 10324
	Phlebologie	30500, 30501
	Proktologie	30600, 30601, 30610, 30611
	Besuche	01410, 01413, 01415

Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	Akupunktur	30790, 30791
	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 (Versorgungs-) Schwerpunkt Endokrinologie	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 Gastroenterologie	Gastroenterologie	13400, 13401, 13402, 13410, 13411, 13412
	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 mit 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
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie	Akupunktur	30790, 30791
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512

Fachärzte für Diagnostische Radiologie (mit Vorhaltung CT)	CT-gesteuerte Intervention	34502
Fachärzte für Diagnostische Radiologie (mit Vorhaltung CT und MRT)	CT-gesteuerte Intervention	34502
Fachärzte für Nuklearmedizin (ohne Vorhaltung MRT)	Zuschlag SPECT	17362, 17363
Fachärzte für Nervenheilkunde	Akupunktur	30790, 30791
Fachärzte für Neurologie	Akupunktur	30790, 30791
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512
Fachärzte für Urologie	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512
	Zystoskopie	26310, 26311
	Urodynamik	26312, 26313
	ESWL (Stoßwellenlithotripsie)*	26330
Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie	Phoniatrisch-pädaudiologische Leistungen	20314, 20327, 20330, 20331, 20332, 20335, 20336, 20340, 20370, 35300, 35301, 35302
Fachärzte für Orthopädie	Akupunktur	30790, 30791
Fachärzte für Physikalisch-Rehabilitative Medizin	Akupunktur	30790, 30791
Ärzte mit schmerztherapeutischem Fallwert gem. Anlage 1b	Zuschlag schmerztherapeutische Einrichtungen	30704
	Akupunktur im Rahmen der Schmerztherapie	30790, 30791

* Mindestquote in Höhe von 80 %

Anlage 3a

zum HVM gültig ab 01.07.2012

Bereinigung aufgrund von Selektivverträgen gem. §§ 73b, 73c, 140a ff. SGB V

Für die Bereinigung von Vorwegabzügen, Freien Leistungen und arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen (RLV) nach § 87b SGB V sowie der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV) aufgrund von Selektivverträgen nach §§ 73b, 73c, 140a ff. SGB V gelten folgende Grundsätze:

I. Ex-ante Einschreibung

1. Ermittlung des MGV-Bereinigungsvolumens

- 1.1. Grundlage für die Bereinigung ist die je Quartal und je zu bereinigenden Vertrag nach §§ 73b, 73c oder 140a ff. SGB V gesonderte Feststellung des zu bereinigenden Behandlungsbedarfs der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) für Versicherte mit ex-ante Einschreibung. Diese Feststellung basiert auf den zwischen den Selektivvertrag schließenden Krankenkassen und der KVBW vereinbarten Regelungen zur Bereinigung der MGV.
- 1.2. Der MGV-Bereinigungsbetrag wird auf die am zu bereinigenden Vertrag teilnehmenden Arztgruppen entsprechend der tatsächlichen Inanspruchnahme der Leistungen des Bereinigungsziffernkranzes - gem. MGV-Bereinigungsvertrag - im 2. Halbjahr 2008 aufgeteilt. Die Aufteilung in Vorwegabzüge, RLV-Leistungen (RLV-Bereinigungsvolumen), QZV-Leistungen (QZV-Bereinigungsvolumen) und Freie Leistungen erfolgt entsprechend.

2. Ermittlung des unbereinigten RLV-Fallwertes je Arztgruppe

Es wird je Quartal das unbereinigte RLV-Vergütungsvolumen einer Arztgruppe durch die Gesamtfallzahl aller Ärzte dieser Arztgruppe im entsprechenden Vorjahresquartal dividiert. Soweit die Fallzahl des Vorjahresquartals bereits durch die in den Vorjahren aufgrund von Selektivverträgen vorgenommene Bereinigungen beeinflusst ist, werden die für diesen Zeitraum festgestellten Bereinigungsfälle seit Beginn des jeweiligen Selektivvertrages zur Vorjahresquartalsfallzahl hinzuaddiert (unbereinigte Fallzahl).

3. Ermittlung des bereinigten RLV-Fallwertes je Arztgruppe

- 3.1. Zur Ermittlung des bereinigten RLV-Fallwertes wird das RLV-Bereinigungsvolumen vom unbereinigten RLV-Vergütungsvolumen der Arztgruppe abgezogen. Diese Differenz wird durch die Summe aller bereinigten Fallzahlen über alle Ärzte der Arztgruppe dividiert. Zur Ermittlung der bereinigten Fallzahlen werden die Fallzahlen des Vorjahresquartals um die Summe der Bereinigungsfallzahlen gemindert. Bereinigungsfallzahlen sind die Vorjahresquartalsfallzahlen der im jeweiligen Abrechnungsquartal in einen Selektivvertrag ex-ante eingeschriebenen Versicherten, bei denen eine Leistung des Bereinigungsziffernkranzes gem. MGV-Bereinigungsvertrag abgerechnet wurde. Nehmen Ärzte an einem Selektivvertrag selbst nicht teil (Nicht-Selektivvertrags-Ärzte), werden die diesbezüglichen Fälle nicht gezählt.
- 3.2. Der bereinigte RLV-Fallwert darf vom unbereinigten RLV-Fallwert höchstens 2,5 % abweichen. Über- oder unterschreitet der bereinigte RLV-Fallwert gem. Nr. 3.1 den unbereinigten RLV-Fallwert gem. Nr. 2 um mehr als 2,5 %, entspricht die Höhe des bereinigten RLV-Fallwertes 2,5 % über oder unter dem unbereinigten RLV-Fallwert.

4. Ermittlung des Bereinigungsvolumens der Arztgruppe aufgrund des bereinigten RLV-Fallwertes

Der bereinigte RLV-Fallwert gem. Nr. 3.2 wird dem unbereinigten RLV-Fallwert gem. Nr. 2 gegenübergestellt. Die Differenz wird mit der unbereinigten Fallzahl nach Nr. 2 multipliziert.

5. Ermittlung des Bereinigungsfallwertes je Selektivvertrags-Arzt

Das RLV-Bereinigungsvolumen der Arztgruppe wird mit dem QZV-Bereinigungsvolumen der Arztgruppe gem. Nr. 1.2 addiert. Hiervon wird das Bereinigungsvolumen aufgrund des bereinigten RLV-Fallwertes gem. Nr. 4. abgezogen. Es entsteht das Restbereinigungsvolumen der Arztgruppe. Dieses Restbereinigungsvolumen wird durch sämtliche Bereinigungsfallzahlen seit Beginn des jeweiligen Selektivvertrages (Nr. 2 Satz 2 und Nr. 3.1 Satz 4) dividiert.

6. Ermittlung Bereinigungsvolumen RLV/QZV je Selektivvertrags-Arzt

Das Bereinigungsvolumen von RLV und QZV eines Selektivvertrags-Arztes ergibt sich aus der Multiplikation des Bereinigungsfallwertes gem. Nr. 5 mit der jeweiligen individuellen Bereinigungsfallzahl des aktuellen Quartals.

7. Bereinigtes RLV/QZV je Arzt und Praxis

Das bereinigte RLV für sämtliche Ärzte einer Arztgruppe mit Teilnehmern am Selektivvertrag ergibt sich im ersten Schritt aus der Multiplikation des bereinigten Fallwertes gem. Nr. 3 mit der Fallzahl des Vorjahresquartals. Im zweiten Schritt werden von diesem RLV einer Praxis die individuellen Bereinigungsvolumen je am Selektivvertrag teilnehmenden Arztes einer Praxis gem. Nr. 6 abgezogen.

8. Bereinigung von Vorwegabzügen und Freien Leistungen im Abrechnungsquartal

8.1. Die in Nummer 1.2 ermittelten MGV-Bereinigungsbeträge für Vorwegabzüge und Freie Leistungen werden vom hierfür im Abrechnungsquartal zur Verfügung stehenden Vergütungsvolumen abgezogen.

8.2. Bei Ärzten/Psychotherapeuten, die einer Kapazitätsgrenze unterliegen, wird wie folgt bereinigt:

8.2.1. Zunächst wird gem. Nr. 8.1 das Vergütungsvolumen für die antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen (§ 7 Nr. 2) von den in § 87b Abs. 2 S. 3 SGB V genannten Arztgruppen (mit Kapazitätsgrenze) entsprechend der Höhe der Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung reduziert.

8.2.2. Um die Auswirkung der quartalsbezogenen Bereinigung innerhalb des Quartals und auch quartalsversetzt für die nicht am Selektivvertrag teilnehmenden Ärzte/Psychotherapeuten von maximal 2,5 % zu gewährleisten, darf die Auszahlungsquote für die nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapieleistungen - unter Berücksichtigung einer Abweichung der Quote durch Mengenentwicklung in Höhe von 3,4 % (entspricht der Mengenentwicklung der Vergangenheit) abzüglich der jährlichen Veränderungsrate der MGV - die entsprechende Quote des Vorjahresquartals nicht um mehr als 2,5 Prozentpunkte unterschreiten.

8.2.3. Sofern eine Unterschreitung bei der Auszahlungsquote der nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapieleistungen - unter Berücksichtigung einer Abweichung der Quote durch Mengenentwicklung in Höhe von 3,4 % (entspricht der Mengenentwicklung der Vergangenheit) abzüglich der jährlichen Veränderungsrate der MGV - von mehr als 2,5 Prozentpunkte im Vergleich zum Vorjahresquartal erfolgt, ist das Unterschreitungsvolumen ausschließlich von den an den Selektivverträgen teilnehmenden Ärzten/Psychotherapeuten durch Absenkung der Auszahlungsquote für alle psychotherapeutischen Leistungen von am Selektivvertrag teilnehmenden Ärzten/Psychotherapeuten zu tragen.

II. Situative Bereinigung

1. Grundlage der Bereinigung

1.1. Grundlage für die Bereinigung ist die zwischen der KVBW und der jeweiligen Krankenkasse abgeschlossene Vereinbarung über die situative Bereinigung eines in die hausarztzentrierte Versorgung (HzV) nach § 73b SGB V eingeschriebenen Versicherten, der durch Ärzte, die an einem Vertrag nach § 73c SGB V teilnehmen, situativ abgerechnet wird.

1.2. Die situative Bereinigung bei einem an einem Selektivvertrag nach § 73c SGB V teilnehmenden Arzt ist abhängig von der im jeweiligen Selektivvertrag erbrachten Leistung.

2. RLV/QZV-Bereinigung - von Ärzten ohne Kapazitätsgrenze

Bei einer selektivvertraglichen Abrechnung wird das RLV und QZV der Praxis des abrechnenden Arztes um den entsprechenden Bereinigungsbetrag gem. Anlagen 3 der in der Nr. 1 genannten Vereinbarung bereinigt, sofern es sich hierbei um eine RLV/QZV relevante Leistung handelt.

3. Bereinigung von Vorwegabzügen und Freien Leistungen - von Ärzten ohne Kapazitätsgrenze

Bei allen weiteren Leistungen erfolgt die Bereinigung gem. Anlagen 3 der in Teil I Nr. 1 genannten Vereinbarung.

4. Bereinigung von Ärzten/Psychotherapeuten mit Kapazitätsgrenze

4.1. Bei einer selektivvertraglichen Abrechnung von Ärzten/Psychotherapeuten mit Kapazitätsgrenze wird das Vergütungsvolumen für die Vergütung von psychotherapeutischen Leistungen (§ 7 Nr. 2 HVM) um den entsprechenden Bereinigungsbetrag gem. Anlagen 3 der in Teil I Nr. 1 genannten Vereinbarung bereinigt.

4.2. Um die Auswirkung der quartalsbezogenen Bereinigung innerhalb des Quartals und auch quartalsversetzt für die nicht am Selektivvertrag teilnehmenden Ärzten/Psychotherapeuten von maximal 2,5 % zu gewährleisten, darf die Auszahlungsquote für die nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapieleistungen - unter Berücksichtigung einer Abweichung der Quote durch Mengenentwicklung in Höhe von 3,4 % (entspricht der Mengenentwicklung der Vergangenheit) abzüglich der jährlichen Veränderungsrate der MGV - die entsprechende Quote des Vorjahresquartals nicht um mehr als 2,5 Prozentpunkte unterschreiten.

4.3. Sofern eine Unterschreitung bei der Auszahlungsquote der nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapieleistungen - unter Berücksichtigung einer Abweichung der Quote durch Mengenentwicklung in Höhe von 3,4 % (entspricht der Mengenentwicklung der Vergangenheit) abzüglich der jährlichen Veränderungsrate der MGV - von mehr als 2,5 Prozentpunkte im Vergleich zum Vorjahresquartal erfolgt, ist das Unterschreitensvolumen ausschließlich von den an den Selektivverträgen teilnehmenden Ärzten/Psychotherapeuten durch Absenkung der Auszahlungsquote für alle psychotherapeutischen Leistungen von am Selektivvertrag teilnehmenden Ärzten/Psychotherapeuten zu tragen.

Anlage 3b

zum HVM gültig ab 01.07.2012

Bildung und Auflösung von versorgungsbereichsspezifischen Rückstellungen

1. Von der von den Partnern der Gesamtverträge gem. § 87a Abs. 3 Satz 1 SGB V vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung können nach Berechnung der vorläufigen haus- und fachärztlichen RLV-Verteilungsvolumen 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 gem. § 5 gebildet werden.
2. Grundlage für die Höhe der Rückstellungen sind die im Vorjahr 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 MGV.
3. Eine Über- oder Unterdeckung wird zum nächstmöglichen Zeitpunkt berücksichtigt.
4. Die KVBW kann darüber hinaus angemessene Rückstellungen für eventuelle Ausgleichszahlungen an Krankenkassen, andere Kassenärztliche Vereinigungen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und Vertragsärzte bilden.

Anlage 4

zum HVM gültig ab 01.07.2012

Berechnung des versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumens gem. § 5 Absatz 1

Grundsätze zur Berechnung des Verteilungsvolumens eines Versorgungsbereichs (VV_{VB})

1. Die zutreffende kassenübergreifende unbereinigte morbiditätsbedingte Gesamtvergütung des entsprechenden Abrechnungsquartals stellt die Ausgangsgröße für die Ermittlung des versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumens dar und wird gem. Anhang auf den haus- und den fachärztlichen Versorgungsbereich unter Berücksichtigung von 2. bis 5. verteilt. Es entsteht jeweils ein haus- und ein fachärztliches (versorgungsbereichsspezifisches) Verteilungsvolumen.
2. Beim Wechsel des Versorgungsbereichs durch einen Vertragsarzt sind die Verteilungsvolumen der Versorgungsbereiche unbeschadet der Regelung nach 4. nicht anzupassen.
3. Vertragsärzte, die gem. § 73 SGB V dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören und aus Gründen der Sicherstellung nach dem 1. Juli 2010 eine Genehmigung erhalten, in den Vereinbarungen gem. § 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 gem. § 73 SGB V dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören, aus Gründen der Sicherstellung eine Genehmigung besitzen, nach dem 1. Januar 2003 in den Vereinbarungen gem. § 6 Abs. 2 des Vertrages über die hausärztliche Versorgung genannte Leistungen abzurechnen, und den Versorgungsbereich wechseln, sind die Vergütungen für den abgerechneten Leistungsbedarf dieser Leistungen, soweit sie im Zeitraum vom 1. Januar 2009 bis zum 30. Juni 2010 aus dem Vergütungsvolumen des hausärztlichen Vergütungsbereichs gezahlt werden, quartalsweise auf der Basis des Honorars im jeweils entsprechenden Quartal im Jahr 2011 im Vergütungsvolumen des hausärztlichen Versorgungsbereichs zu bereinigen und dem Vergütungsvolumen des fachärztlichen Versorgungsbereichs zuzuführen.
5. Sofern in den Jahren 2012 und 2013 die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung aufgrund der Aufnahme einer Vergütungsregelung für ärztliche Leistungen zur Diagnostik und ambulanten Eradikationstherapie von Trägern mit MRSA bereinigt wird, ist das hausärztliche Verteilungsvolumen um 70 vom Hundert des aufgrund der Aufnahme der o. g. Vergütungsregelung bereinigten Vergütungsvolumens und das fachärztliche Vergütungsvolumen um 30 vom Hundert des bereinigten Vergütungsvolumens zu reduzieren.

Anhang 1 zu Anlage 4

Vorgaben zur Berechnung des versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumens

Die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg ermittelt in jedem Abrechnungsquartal aus der für das Quartal zutreffenden kassenübergreifenden unbereinigten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung das versorgungsbereichsspezifische Verteilungsvolumen mit folgenden Schritten.

Die folgenden Berechnungen sind ohne Berücksichtigung von Bereinigungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) aufgrund des Beitritts von Versicherten zu einem Vertrag gem. §§ 73b, 73c und 140d SGB V durchzuführen.

Zur Umsetzung sind in den Schritten 3.), 8.a), 10.) und 18.) bei Vorliegen einer wirksamen Bereinigung für den Aufsatzzeitraum besondere Regelungen vorgesehen. Die Schritte 24.) ff. gelten nicht bei einer wirksamen Bereinigung im Vergleichszeitraum des Vorjahres.

Die Ermittlung der zutreffenden MGV für die Vorwegabzüge in den Schritten 17.), und 19.) erfolgt unter Berücksichtigung der Entwicklung der der MGV zugrunde liegenden Anzahl der Versicherten im Abrechnungsquartal gegenüber dem Vorjahresabrechnungsquartal. In Schritt 18.) ist die Entwicklung der Versichertenzahl im Abrechnungsquartal gegenüber dem entsprechenden Quartal des Jahres 2008 zu berücksichtigen.

Ermittlung des Trennungsfaktors

Schritt 1.) Feststellung der für die Abrechnungsquartale 1./2009 und 2./2009 insgesamt zutreffenden kassenübergreifenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV für bereichseigene und bereichsfremde Vertragsärzte und -psychotherapeuten) gem. Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 15. Sitzung am 2. September 2009, Beschluss Teil B, Nr. 6. insgesamt für die im Abrechnungsquartal zutreffende Anzahl der Versicherten aller Krankenkassen mit Wohnsitz im Bereich des Bezirks der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung, für alle Vertragsärzte und -psychotherapeuten, MVZ, ermächtigten Ärzte, Einrichtungen, Krankenhäuser und Institutionen, für diejenigen ärztlichen Leistungen und Kostenerstattungen, die in der kassenübergreifenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gem. Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 2. September 2009 enthalten sind.
(= MGV₂₀₀₉)

Schritt 2.) Feststellung der für die Abrechnungsquartale 1./2009 und 2./2009 insgesamt zutreffenden MGV (MGV für die entsprechende Behandlung bereichseigener Versicherter durch bereichseigene und bereichsfremde Vertragsärzte und -psychotherapeuten) für die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM der in § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppen.
(= TVG₁²⁰⁰⁹)

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

- die Konsiliar- und Grundpauschale für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin, ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin (GOP 12210 und 12220 EBM),
- die Grundpauschale für zur Abrechnung von Kostenerstattungen und Leistungen des Kapitels 32 EBM ermächtigte Laborärzte, Einrichtungen, Krankenhäuser und Institutionen (GOP 01320),
- die wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen des Kapitels 32 (GOP 32001),
- Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM.
(= TVG₂²⁰⁰⁹)

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

Schritt 4.) Feststellung der für die Abrechnungsquartale 1./2009 und 2./2009 insgesamt zutreffenden MGV (MGV für die entsprechende Behandlung bereichseigener Versicherter durch bereichseigene und bereichsfremde Vertragsärzte) für die abgerechneten Leistungen und Kostenerstattungen des EBM bzw. vereinbarten Vergütungen ohne die Vergütung, die bereits mit Schritt 3. erfasst ist, für den von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung organisierten Not(fall)dienst.
(= TVG₃²⁰⁰⁹)

Schritt 5.) Feststellung der für die Abrechnungsquartale 1./2009 und 2./2009 insgesamt zutreffenden MGV (MGV für die entsprechende Behandlung bereichseigener Versicherter durch bereichseigene und bereichsfremde Ärzte, Institute und Krankenhäuser) für die Notfallbehandlung durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser während der Zeiten des organisierten Notdienstes gem. Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 17. Sitzung am 16. Dezember 2009.
(= TVG₄²⁰⁰⁹)

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

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

[Formel 1]

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

- Schritt 8.)** Ermittlung des für die Abrechnungsquartale 1./2007 und 2./2007 insgesamt zutreffenden Honorars (Honorar für die entsprechende Behandlung bzw. Untersuchung von Material bereichseigener und bereichsfremder Versicherter durch bereichseigene Vertragsärzte) für
- die Konsiliar- und Grundpauschale für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin, ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin (GOP 12210 und 12220 EBM),
 - die Grundpauschale für der Abrechnung von Kostenerstattungen und Leistungen des Kapitels 32 EBM ermächtigte Ärzte, Einrichtungen, Krankenhäuser und Institutionen (GOP 01310 bis 01312),
 - die wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen des Kapitels 32 (GOP 32001),
 - Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM.
- (= LAB²⁰⁰⁷)

- Schritt 8.a)** Ermittlung des für die Abrechnungsquartale 1./2009 und 2./2009 insgesamt zutreffenden Honorars (Honorar für die entsprechende Behandlung bzw. Untersuchung von Material bereichseigener und bereichsfremder Versicherter durch bereichseigene Vertragsärzte) für
- die Konsiliar- und Grundpauschale für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin, ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin (GOP 12210 und 12220 EBM),
 - die Grundpauschale für der Abrechnung von Kostenerstattungen und Leistungen des Kapitels 32 EBM ermächtigte Ärzte, Einrichtungen, Krankenhäuser und Institutionen (GOP 01320),
 - die wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen des Kapitels 32 (GOP 32001),
 - Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM.
- (= LAB²⁰⁰⁹)

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

- Schritt 9.)** Ermittlung des für die Abrechnungsquartale 1./2007 und 2./2007 insgesamt zutreffenden Honorars (Honorar für die entsprechende Behandlung bzw. Untersuchung von Material bereichseigener und bereichsfremder Versicherter durch bereichseigene Hausärzte) für die zur hausärztlichen Versorgung zu diesem Zeitpunkt zugelassenen Vertragsärzte für
- die wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen des Kapitels 32 (GOP 32001),
 - Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM.

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

[Formel 2]

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

$$TVG_{2H\ddot{A}}^{2009} = LAB_{H\ddot{A}}^{2007} / LAB^{2007} \times LAB^{2009} - LFKZ_{H\ddot{A}}^{2009}$$

[Formel 3]

wobei $LFKZ_{H\ddot{A}}^{2009}$ den Saldo aus den Forderungen für die Behandlung bzw. Untersuchung von Material bereichsfremder Versicherter durch bereichseigene Hausärzte und den Verbindlichkeiten für die Behandlung bzw. Untersuchung von Material bereichseigener Versicherter durch bereichsfremde Hausärzte bezeichnet.

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

$$TVG_{2H\ddot{A}}^{2009} = LAB_{H\ddot{A}}^{2007} \times 1,049 - LFKZ_{H\ddot{A}}^{2009}$$

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

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

$$TVG^{32009} \text{ je Arzt} = TVG^{32009} / \text{Anzahl der \u00c4rzte gem. Schritt 11.}$$

[Formel 4]

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

$$TVG_{3H\ddot{A}}^{2009} = TVG^{32009} \text{ je Arzt} \times \text{Anzahl der dem haus\u00e4rztlichen Versorgungsbereich zuzuordnenden \u00c4rzte gem. Schritt 11.}$$

[Formel 5]

Schritt 14.) Ermittlung der für den Trennungsfaktor zutreffenden trennungsrelevanten hausärztlichen kassenübergreifenden morbidit\u00e4tsbedingten Gesamtverg\u00fctung.

$$\text{Trennung}_{VGH\ddot{A}} = MG_{VH\ddot{A}}^{2009} - TVG_{2H\ddot{A}}^{2009} - TVG_{3H\ddot{A}}^{2009}$$

[Formel 6]

Schritt 15.) Ermittlung des Trennungsfaktors.

$$TF = \text{Trennung}_{VGH\ddot{A}} / \text{Trennung}_{VG}$$

[Formel 7]

Ermittlung des trennungsrelevanten versorgungsbereichsübergreifenden Verteilungsvolumens in einem Abrechnungsquartal

Schritt 16.) Feststellung der für das Abrechnungsquartal zutreffenden kassenübergreifenden unbereinigten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV für bereichseigene und bereichsfremde Vertragsärzte und -psychotherapeuten) für das entsprechende Abrechnungsquartal insgesamt für die im Abrechnungsquartal zutreffende Anzahl der Versicherten aller Krankenkassen mit Wohnsitz im Bereich des Bezirks der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung, für alle Vertragsärzte und -psychotherapeuten, MVZ, ermächtigten Ärzte, Einrichtungen, Krankenhäuser und Institutionen.
(= $MGV_{KV}^{Quartal}$)

Schritt 17.) Ermittlung der für das Vorjahresabrechnungsquartal zutreffenden und um die für das entsprechende Abrechnungsquartal gültige Veränderungsrate (VR) gesteigerten MGV (MGV für die entsprechende Behandlung bereichseigener Versicherter durch bereichseigene und bereichsfremde Vertragsärzte und -psychotherapeuten) für die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM der in § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppen, zzgl. der Anpassung gem. Beschluss Teil B, 3.3, für diejenigen ärztlichen Leistungen und Kostenerstattungen, die in der kassenübergreifenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gem. Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 2. September 2009 enthalten sind.

$$TVG_1^{Quartal} = VG_{VJQ}(\text{Kap. 35.2 EBM}) \times VR + 0,001722 \times MGV_{KV}^{Quartal}$$

[Formel 8]

Schritt 18.) Gültig vom 01.07.2012 bis 30.09.2012:

Ermittlung der für das Vorjahresabrechnungsquartal zutreffenden und um die für das entsprechende Abrechnungsquartal gültige Veränderungsrate (VR) gesteigerten MGV (MGV für die entsprechende Behandlung bzw. Untersuchung von Material bereichseigener Versicherter durch bereichseigene und bereichsfremde Vertragsärzte) für

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

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

[Formel 9]

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

Gültig ab 01.10.2012:

Ermittlung der für das aktuelle Abrechnungsquartal zutreffenden MGV (MGV für die entsprechende Behandlung bzw. Untersuchung von Material bereichseigener Versicherter durch bereichseigene und bereichsfremde Vertragsärzte) wie folgt:

- a. Brutto-Leistungsbedarf in Punkten im jeweiligen Quartal im Jahr 2008¹ entsprechend der Datenlieferung „ARZTRG87c4“ für
- die Konsiliar- und Grundpauschale für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin, ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin (GOP 12210 und 12220 EBM) unter Berücksichtigung des Anpassungsfaktors für die GOP 12220 gem. Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 7. Sitzung vom 27./28. August 2008, Teil A, Nr. 2.4, in Höhe von 0,6407.
 - die Grundpauschale (GOP 01310, 01311, 01312) bzw. die Konsiliarpauschale (GOP 12210) für zur Abrechnung von Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM ermächtigte Ärzte, Einrichtungen, Krankenhäuser und Institutionen,
 - die GOP 32001 nach Anwendung der Regelungen in den Ziffern 1. ff. zu den Abschnitten 32.2 und 32.3 EBM,
 - Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM.

Dabei sind in Euro bewertete Leistungen mit dem Orientierungswert des Jahres 2010 in Höhe von 3,5048 Cent in Punkte umzurechnen.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung stellt jeder Kassenärztlichen Vereinigung für die Gebührenordnungspositionen 01310, 01311 und 01312 den jeweiligen Anteil der zur Abrechnung von Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM ermächtigten Ärzten, Einrichtungen, Krankenhäuser und Institutionen bezogen auf die Versicherten mit Wohnort im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung zur Verfügung.

- b. Das Punktzahlvolumen wird mit der rechnerischen bundesdurchschnittlichen Honorarverteilungsquote (HVV-Quote) für die unter a. genannten Leistungen des jeweiligen Quartals des Jahres 2008 multipliziert.
- c. Zur Fortschreibung auf das aktuelle Abrechnungsquartal wird der nach b. ermittelte Wert mit den bis zum aktuellen Abrechnungsquartal für jedes Jahr vereinbarten Veränderungsraten der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung multipliziert.
- d. Aus der Multiplikation des nach c. ermittelten Wertes mit dem jeweils gültigen regionalen Punktwert gem. § 87a Abs. 2 SGB V resultiert die zutreffende MGV im aktuellen Abrechnungsquartal.

$$\text{TVG}_2^{\text{Quartal}} = (\text{angepasster}) \text{ Brutto-LB}_{\text{ARZTRG87c4, Q2008}} (\text{Labor}) \\ \times \text{HVV-Quote}(\text{Labor}) \times \prod_{j=2009}^{\text{Quartal}} \text{VR}_j \times \text{reg. PW}_{\text{KV}}^{\text{Quartal}}$$

[Formel 9]

¹ Vorgehen bei wirksamer Bereinigung: Sofern im Aufsatzzeitraum 2008 aufgrund von Selektivverträgen keine vollständigen Daten zum Leistungsbereich vorliegen, sind zur Bemessung der zutreffenden MGV die Leistungshäufigkeiten der letztverfügbaren vollständigen Abrechnungsquartale unter Beachtung der Bewertung der Leistungen im Jahr 2008 zu verwenden.

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

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

[Formel 10]

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

$$TVG_4^{\text{Quartal}} = MGV_{KV}^{\text{Quartal}} \times 0,001635$$

[Formel 11]

Schritt 21.) Ermittlung des trennungsrelevanten versorgungsbereichsübergreifenden Verteilungsvolumens in einem Abrechnungsquartal

$$V_{\ddot{U}V_{KV}}^{\text{Quartal}} = MGV_{KV}^{\text{Quartal}} - TVG_1^{\text{Quartal}} - TVG_2^{\text{Quartal}} - TVG_3^{\text{Quartal}} - TVG_4^{\text{Quartal}}$$

[Formel 12]

Ermittlung des hausärztlichen Verteilungsvolumens in einem Abrechnungsquartal

Schritt 22.) Ermittlung des hausärztlichen Verteilungsvolumens

$$V_{V_{H\ddot{A}}}^{\text{Quartal}} = V_{\ddot{U}V_{KV}}^{\text{Quartal}} \times TF + TVG_4^{\text{Quartal}} \times 0,15$$

[Formel 13]

Ermittlung des fachärztlichen Verteilungsvolumens in einem Abrechnungsquartal

Schritt 23.) Ermittlung des fachärztlichen Verteilungsvolumens

$$V_{V_{F\ddot{A}}}^{\text{Quartal}} = V_{\ddot{U}V_{KV}}^{\text{Quartal}} - V_{V_{H\ddot{A}}}^{\text{Quartal}} + TVG_4^{\text{Quartal}}$$

[Formel 14]

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

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

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

[Formel 15]

- Schritt 25.)** Ermittlung der für das Vorjahresabrechnungsquartal zutreffenden für den hausärztlichen Versorgungsbereich zutreffenden MGV (MGV für die entsprechende Behandlung bzw. Untersuchung von Material bereichseigener Versicherter durch bereichseigene und bereichsfremde Hausärzte) für
- die GOP 32001,
 - Leistungen und Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM.

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

[Formel 16]

- Schritt 26.)** Ermittlung der für das Vorjahresabrechnungsquartal zutreffenden und gem. Beschluss des Bewertungsausschusses mit VR angepassten, für den hausärztlichen Versorgungsbereich zutreffenden MGV (MGV für die entsprechende Behandlung bereichseigener Versicherter durch bereichseigene und bereichsfremde Hausärzte) für die abgerechneten Leistungen und Kostenerstattungen des EBM ohne Vergütung, die bereits mit Schritt 25.) erfasst ist, für den von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung organisierten Not(fall)dienst und für die Notfallbehandlung während der Zeiten des organisierten Notdienstes gem. Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 17. Sitzung am 16. Dezember 2009 durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Institute und Krankenhäuser

$$TVG_{3H\ddot{A}}^{VJQ} = VG_{VJQ} (\text{NFD}) \times VR$$

[Formel 17]

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

$$VV_{H\ddot{A}}^{VJQ} = MVG_{1H\ddot{A}}^{VJQ} - TVG_{2H\ddot{A}}^{VJQ} - TVG_{3H\ddot{A}}^{VJQ} + TVG_4^{\text{Quartal}} \times 0,15$$

[Formel 18]

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

$$KVV_{H\ddot{A}}^{\text{Quartal}} = VV_{H\ddot{A}}^{\text{Quartal}} \quad \begin{array}{l} \text{falls } 0,95 \times VV_{H\ddot{A}}^{VJQ} \\ \leq VV_{H\ddot{A}}^{\text{Quartal}} \\ \leq 1,05 \times VV_{H\ddot{A}}^{VJQ} \end{array}$$

$$KVV_{H\ddot{A}}^{\text{Quartal}} = 0,95 \times VV_{H\ddot{A}}^{VJQ} \quad \begin{array}{l} \text{falls } VV_{H\ddot{A}}^{\text{Quartal}} \\ < 0,95 \times VV_{H\ddot{A}}^{VJQ} \end{array}$$

$$KVV_{H\ddot{A}}^{\text{Quartal}} = 1,05 \times VV_{H\ddot{A}}^{VJQ} \quad \begin{array}{l} \text{falls } VV_{H\ddot{A}}^{\text{Quartal}} \\ > 1,05 \times VV_{H\ddot{A}}^{VJQ} \end{array}$$

- Schritt 29.)** Ermittlung des fachärztlichen Verteilungsvolumens nach Konvergenz

$$KVV_{F\ddot{A}}^{\text{Quartal}} = V\ddot{U}V_{KV}^{\text{Quartal}} - KVV_{H\ddot{A}}^{\text{Quartal}} + TVG_4^{\text{Quartal}}$$

[Formel 19]

Feststellung zum Begriff „zutreffende morbiditätsbedingte Gesamtvergütung“ in Schritte 7.), 10.), 13.) und 24.) bis 27.):

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

Anhang 2 zu Anlage 4 gültig ab 01.07.2012

Die Vergütung der laboratoriumsmedizinischen Leistungen

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

erfolgt zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung.

Anhang 2 zu Anlage 4 gültig ab 01.10.2012

Vorgaben zur Vergütung laboratoriumsmedizinischer Leistungen

Die Vergütung von Leistungen und Kostenpauschalen der Laboratoriumsmedizin erfolgt innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Im Rahmen der vorgegebenen Trennung der Gesamtvergütungen für den hausärztlichen Versorgungsbereich einerseits und den fachärztlichen Versorgungsbereich andererseits ist vor der Trennung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung unter anderem ein Vorwegabzug für die Vergütung von Leistungen und Kostenpauschalen der Laboratoriumsmedizin vorgesehen. Zur bundesweiten Vereinheitlichung der Vergütung von Leistungen und Kostenpauschalen der Laboratoriumsmedizin gibt die Kassenärztliche Bundesvereinigung mit dem Folgenden Regelungen vor.

1. Bundeseinheitliche Vorgaben

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

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

1.1.1. Ermittlung der Summe der für das Vorjahresabrechnungsquartal gem. Formel 9 des Schritts 18.) aus dem Anhang zu Teil B der Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gem. § 87b Abs. 4 SGB V (GKV-VStG) zur Honorarverteilung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen zutreffenden MGV über alle Kassenärztliche Vereinigungen. Bei wirksamer Bereinigung aufgrund des Beitritts von Versicherten zu einem Vertrag gem. §§ 73b, 73c und 140d SGB V wird der entsprechende Bereinigungsbetrag für das Vorjahresquartal in Abzug gebracht.

1.1.2. Zum Vergütungsvolumen gem. 1.1.1 wird das angeforderte Honorarvolumen des Vorjahresabrechnungsquartals für die Kostenpauschale 40100 für Versandmaterial, Versandgefäße usw. sowie für die Versendung bzw. den Transport von Untersuchungsmaterial, ggf. auch von infektiösem Untersuchungsmaterial, einschließlich der Kosten für die Ermittlung von Untersuchungsergebnissen der Laboratoriumsdiagnostik, ggf. einschließlich der Kosten für die Übermittlung der Gebührenordnungspositionen und der Höhe der Kosten überwiesener kurativer-ambulanter Auftragsleistungen des Abschnitts 32.3 EBM hinzuaddiert.

1.1.3. Vom Vergütungsvolumen gem. 1.1.2 werden folgende Beträge abgezogen:

- Das angeforderte Honorarvolumen des Vorjahresabrechnungsquartals für Konsiliar- und Grundpauschalen für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin, ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin sowie für zur Abrechnung von Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM ermächtigte Laborärzte, Einrichtungen, Krankenhäuser und Institutionen (GOP 12210 und 12220 EBM) multipliziert mit einem Anpassungsfaktor in Höhe von 1,4588. Dabei ist für das Jahr 2012 die Änderung der Abrechnungsbestimmungen für die zur Abrechnung von Kostenerstattungen und Leistungen des Kapitels 32 EBM ermächtigte Laborärzte, Einrichtungen, Krankenhäuser und Institutionen angemessen zu berücksichtigen.

- Das angeforderte Honorarvolumen des Vorjahresabrechnungsquartals für die wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen des Kapitels 32 EBM (GOP 32001 EBM) nach Anwendung der Regelungen in den Ziffern 1. ff. zu den Abschnitten 32.2 und 32.3 EBM.
 - Das angeforderte Honorarvolumen des Vorjahresabrechnungsquartals der Gebührenordnungsposition 32025, 32026, 32027, 32035, 32036, 32037, 32038, 32039, 32097 und 32150.
 - 90 vom Hundert des angeforderten Honorarvolumens im Vorjahresabrechnungsquartal für die Kostenpauschale 40100 für Versandmaterial, Versandgefäße usw. sowie für die Versendung bzw. den Transport von Untersuchungsmaterial, ggf. auch von infektiösem Untersuchungsmaterial, einschließlich der Kosten für die Ermittlung von Untersuchungsergebnissen der Laboratoriumsdiagnostik, ggf. einschließlich der Kosten für die Übermittlung der Gebührenordnungspositionen und der Höhe der Kosten überwiesener kurativer-ambulanter Auftragsleistungen des Abschnitts 32.3 EBM. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung wird diesen Ansatz der Kostenerstattungen gem. GOP 40100 EBM der Höhe nach durch Analyse der Auswirkungen der Vorgaben zur Vergütung laboratoriumsmedizinischer Leistungen regelmäßig überprüfen und ggf. anpassen.
- 1.1.4. Ermittlung des für das Vorjahresabrechnungsquartal insgesamt angeforderten Honorarvolumens für Kostenerstattungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM abzüglich des angeforderten Honorarvolumens der Gebührenordnungspositionen 32025, 32026, 32027, 32035, 32036, 32037, 32038, 32039, 32097 und 32150.
 - 1.1.5. Ermittlung der Abstufungsquote Q durch Division des gem. 1.1.2 erhöhten und gem. 1.1.3 reduzierten Vergütungsvolumens nach 1.1.1 durch das Volumen nach 1.1.4.
 - 1.1.6. Die für die Berechnung benötigten Werte gem. 1.1.1, 1.1.2, 1.1.3 und 1.1.4 werden durch die Kassenärztlichen Vereinigungen für das Abrechnungsquartal jeweils am 1. Arbeitstag des 4. Monats vor Quartalsbeginn an die Kassenärztliche Bundesvereinigung übermittelt. Die Übermittlung dieser Daten wird in einer technischen Vorgabe durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung festgelegt.

1.2. Bekanntgabe der bundeseinheitlichen Vorgaben

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung gibt die bundeseinheitlich anzuwendende Abstufungsquote Q gem. 1.1.5 je Abrechnungsquartal in einem Rundschreiben spätestens am 15. des 4. Monats vor Quartalsbeginn an die Kassenärztlichen Vereinigungen bekannt.

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

Für die Vergütung

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

- der Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM und
- der Kostenpauschale 40100 für Versandmaterial, Versandgefäße usw. sowie für die Versendung bzw. den Transport von Untersuchungsmaterial, ggf. auch von infektiösem Untersuchungsmaterial, einschließlich der Kosten für die Übermittlung von Untersuchungsergebnissen der Laboratoriumsdiagnostik, ggf. einschließlich der Kosten für die Übermittlung der Gebührenordnungspositionen und der Höhe der Kosten überwiesener kurativer-ambulanter Auftragsleistungen des Abschnitts 32.3 EBM

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

- 2.1. Vergütungsvolumen gem. Schritt 18.) aus dem Anhang zu Teil B der Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gem. § 87b Abs. 4 SGB V (GKV-VStG) zur Honorarverteilung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen.

(=VG₁)

- 2.2. Das Vergütungsvolumen gem. 2.1 wird ergänzt um den Saldo aus den Forderungen aus den in Schritt 18.), Anhang zu Teil B der Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gem. § 87b Abs. 4 SGB V (GKV-VStG) zur Honorarverteilung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen genannten Gebührenordnungspositionen für die Behandlung bzw. Untersuchung von Material bereichsfremder Versicherter durch bereichseigene Vertragsärzte und den Verbindlichkeiten aus oben genannten Gebührenordnungspositionen für die Behandlung bzw. Untersuchung von Material bereichseigener Versicherter durch bereichsfremde Vertragsärzte des Vorjahresabrechnungsquartals nach Anwendung der Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gem. § 75 Abs. 7 Satz 1 Nummer 2 SGB V multipliziert mit der für das aktuelle Abrechnungsquartal vereinbarten Veränderungsrate der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

$$VG_2 = VG_1 + LFKZ_{VJQ} \times VR$$

- 2.3. Zusätzlich ist das mit der für das aktuelle Abrechnungsquartal vereinbarten Veränderungsrate der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung multiplizierte Vergütungsvolumen für die Kostenpauschale 40100 für Versandmaterial, Versandgefäße usw. sowie für die Versendung bzw. den Transport von Untersuchungsmaterial, ggf. auch von infektiösem Untersuchungsmaterial, einschließlich der Kosten für die Übermittlung von Untersuchungsergebnissen der Laboratoriumsdiagnostik, ggf. einschließlich der Kosten für die Übermittlung der Gebührenordnungspositionen und der Höhe der Kosten überwiesener kurativer-ambulanter Auftragsleistungen des Abschnitts 32.3 EBM, die im Rahmen der Untersuchung von Material bereichseigener und bereichsfremder Versicherter durch bereichseigene Vertragsärzte abgerechnet wurden, nach Anforderung im Vorjahresabrechnungsquartal aus den versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumen nach Trennung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gem. Teil B der Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gem. § 87b Abs. 4 SGB V (GKV-VStG) zur Honorarverteilung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen zur Verfügung zu stellen.

$$VG_3 = VG_2 + VG_{40100} \times VR$$

3. Vergütung der Ärzte

3.1. Vergütung des Laborwirtschaftlichkeitsbonus

Die Gebührenordnungsposition 32001 EBM für die wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen des Kapitels 32 EBM wird nach Anwendung der Regelungen in den Ziffern 1. ff. zu den Abschnitten 32.2 und 32.3 EBM zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung aus dem zur Verfügung stehenden Vergütungsvolumen VG₃ gem. 2.3 vergütet.

3.2. Vergütung der Grundleistungen für Laborärzte

Die Konsiliar- und Grundpauschalen für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin, ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin sowie für zur Abrechnung von Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM ermächtigte Laborärzte, Einrichtungen, Krankenhäuser und Institutionen (GOP 12210 und 12220 EBM) werden zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung multipliziert mit einem Anpassungsfaktor in Höhe von 1,4588 aus dem zur Verfügung stehenden Vergütungsvolumen VG₃ gem. 2.3 vergütet.

3.3. Vergütung der Laborversandpauschale

Die Kostenpauschale 40100 für Versandmaterial, Versandgefäße usw. sowie für die Versendung bzw. den Transport von Untersuchungsmaterial, ggf. auch von infektiösem Untersuchungsmaterial, einschließlich der Kosten für die Übermittlung von Untersuchungsergebnissen der Laboratoriumsdiagnostik, ggf. einschließlich der Kosten für die Übermittlung der Gebührenordnungspositionen und der Höhe der Kosten überwiesener kurativer-ambulanter Auftragsleistungen des Abschnitts 32.3 EBM werden zum Preis der regionalen Euro-Gebührenordnung aus dem Vergütungsvolumen VG₃ gem. 2.3 vergütet.

3.4. Vergütung der Laboratoriumsuntersuchungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM

Die Gebührenordnungspositionen 32025, 32026, 32027, 32035, 32036, 32037, 32038, 32039, 32097 und 32150 werden zum Preis der regionalen Euro-Gebührenordnung aus dem Vergütungsvolumen VG₃ vergütet. Die weiteren Laboratoriumsuntersuchungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM - sofern diese nicht außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet werden - werden unter Berücksichtigung der Regelungen gem. Nr. 3.5 mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung multipliziert mit der bundeseinheitlichen Abstaffelungsquote Q gem. 1.1.5 aus dem Vergütungsvolumen VG₃ gem. 2.3 vergütet. Für Abschnitt 32.2 ist die Regelung für Laborgemeinschaften in Ziffer 1 Satz 2 zum Abschnitt 32.2 EBM zu berücksichtigen.

3.5. Vergütung der speziellen Laboratoriumsuntersuchungen bei „Nicht-Laborärzten“

3.5.1. Für Vertragsärzte, die zur Abrechnung von Laboratoriumsuntersuchungen berechtigt sind und nicht Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin, ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin sind (kurz: „Nicht-Laborärzte“), unterliegen die Kostenerstattungen für spezielle Laboratoriumsuntersuchungen des Abschnitts 32.3 EBM einer fallwertbezogenen Budgetierung. Die in den Budgets enthaltenen Kostenerstattungen sind je Arztpraxis und Abrechnungsquartal nur bis zu einem begrenzten Gesamthonorarvolumen unter Berücksichtigung von Nr. 3.4 zu vergüten.

3.5.2. Die Höhe der Budgets ergibt sich aus dem Produkt des für die Arztgruppe vorgegebenen Referenz-Fallwertes mit der Zahl der Behandlungsfälle gem. § 21 Abs. 1 BMV-Ärzte bzw. § 25 Abs. 1 Arzt-/Ersatzkassenvertrag des Abrechnungsquartals der Arztpraxis.

3.5.3. Referenz-Fallwerte für die Ermittlung des Budgets nach 3.5.2

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

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

3.5.4. Ärzte, die keiner Fachgruppe nach 3.5.3 angehören, unterliegen keiner Budgetierung nach 3.5.2.

3.5.5. Die KVBW kann im Einzelfall das Budget nach 3.5.2 erweitern, aussetzen oder bedarfsgerecht anpassen.

3.6. Finanzierung der Leistungen

Bei Überschreitung des Vergütungsvolumens VG_3 durch die Vergütungen nach 3.1 bis 3.5 werden die fehlenden Beträge aus Rückstellungen ausgeglichen, bei Unterschreitung diesen zugeführt.

4. Übergangsregelung

4.1. Abweichend von der Regelung in Ziffer 1.1.6 erfolgte die Ermittlung der Abstaffelungsquote Q des 3. Quartals 2012 auf der Grundlage der Datenbereitstellung der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Umfrage der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in der Information der KBV 41/2012 vom 6. März 2012.

4.2. Abweichend von der Regelung in Ziffer 1.1 erfolgt die Bestimmung der Abstaffelungsquote Q des 3. Quartals 2012 ohne die gesonderte Berücksichtigung der Gebührenordnungsposition 32025, 32026, 32027, 32035, 32036, 32037, 32038, 32039, 32097 und 32150.

4.3. Abweichend von der Regelung in Ziffer 1.2 erfolgt die Bekanntmachung der Abstaffelungsquote Q des 3. Quartals 2012 in einem Rundschreiben am 27. April 2012.

Anlage 5

zum HVM gültig ab 01.07.2012

Berechnung des arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumens gem. § 5 Absatz 4

Berechnung des arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumens (VV_{AG})

$$VV_{AG} = \frac{HV_{AG}}{HV_{VB}} \times VV_{VB}^{RLV}$$

HV_{VB} Honorarvolumen auf der Basis des zugewiesenen Honorarvolumens im ersten Halbjahr 2011 (zuzüglich des damaligen jeweiligen Bereinigungsvolumens aus Selektivverträgen) aller Arztgruppen gem. Anlage 1a, ohne Leistungen, für die ein Vorwegabzug gem. § 5 Abs. 2 - 4 HVM gebildet wird.

HV_{AG} Honorarvolumen auf der Basis des zugewiesenen Honorarvolumens im ersten Halbjahr 2011 (zuzüglich des damaligen jeweiligen Bereinigungsvolumens aus Selektivverträgen) in der Arztgruppe gem. Anlage 1a, ohne Leistungen, für die ein Vorwegabzug gem. § 5 Abs. 2 - 4 HVM gebildet wird.

AG Arztgruppe gem. Anlage 1a

VV_{VB}^{RLV} Haus- und fachärztliches RLV-Verteilungsvolumen gem. § 5 Abs. 3.

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

Anlage 6

zum HVM gültig ab 01.07.2012

Berechnung der arztgruppenspezifischen Vergütungsbereiche gem. § 5 Absatz 4

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

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

HV_{AG}^{RLV} Ausbezahltes Honorarvolumen im ersten Halbjahr 2011 (zuzüglich des damaligen jeweiligen Bereinigungsvolumens aus Selektivverträgen) einer Arztgruppe für diejenigen Leistungen, die innerhalb der Regelleistungsvolumen vergütet werden.

HV_{AG} Ausbezahltes Honorarvolumen im ersten Halbjahr 2011 (zuzüglich des damaligen jeweiligen Bereinigungsvolumens aus Selektivverträgen) einer Arztgruppe, ohne Leistungen, für die ein Vorwegabzug gem. § 5 Abs. 2 - 4 HVM gebildet wird.

AG Arztgruppen gem. Anlage 1b

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

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

VV_{AG} Arztgruppenspezifisches Verteilungsvolumen gem. Anlage 5

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

Stellt die KVBW 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, kann sie innerhalb der arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen geeignete Maßnahmen treffen, um dies sicherzustellen.

Anlage 7

zum HVM gültig ab 01.07.2012

Berechnung des Regelleistungsvolumens (RLV) je Arzt gem. § 9

1. Berechnung des arztgruppenspezifischen Fallwertes

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

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

FZ_{AG} Anzahl der RLV-Fälle gem. § 8 einer Arztgruppe im Vorjahresquartal zzgl. der bereits im Vorjahresquartal bereinigten RLV-Fälle infolge Teilnahme an einem Selektivvertrag gem. §§ 73b, 73c und 140a ff SGB V.

2. Berechnung des arzt- und praxisbezogenen RLV im Sinne von § 87b Abs. 2 Satz 1 SGB V

$$RLV_{Arzt} = FW_{AG} \times FZ_{Arzt}$$

FW_{AG} Arztgruppenspezifischer Fallwert gem. 1.

FZ_{Arzt} Anzahl der RLV-Fälle gem. § 8 eines Arztes im Vorjahresquartal unter Berücksichtigung der Fallzahlsteuerung gem. § 14

Das ermittelte RLV je Arzt ist gegebenenfalls entsprechend den nach gem. § 15 festgestellten Praxisbesonderheiten anzupassen.

Das praxisbezogene RLV ergibt sich aus der Addition der RLV 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 RLV nach Altersklassen gem. § 9 Abs. 4

- f = KV-bezogener, arztgruppenspezifischer Leistungsbedarfs je RLV-Fall in 2011 aus Leistungen, die innerhalb des Regelleistungsvolumens vergütet werden, für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr
- g = KV-bezogener, arztgruppenspezifischer Leistungsbedarfs je RLV-Fall in 2011 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 2011 aus Leistungen, die innerhalb des Regelleistungsvolumens vergütet werden, für Versicherte ab dem 60. Lebensjahr
- i = KV-bezogener, arztgruppenspezifischer Leistungsbedarfs je RLV-Fall in 2011 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 gem. 2. eines Arztes wird mit dem folgenden Faktor multipliziert:

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

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

Anlage 8

zum HVM gültig ab 01.07. 2012

I. Berechnung der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen gem. § 11 Abs. 2

Entsprechend Anlage 2a Abschnitt I. werden je Arztgruppe und je qualifikationsgebundenem Zusatzvolumen die Berechnungen je Arzt oder je Fall wie folgt durchgeführt.

1. Berechnung des Vergütungsbereichs je qualifikationsgebundenem Zusatzvolumen für jede Arztgruppe gem. Anlage 2a Abschnitt I.

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

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

HV_{AG}^i Honorarvolumen auf der Basis des ausbezahlten Honorars im ersten Halbjahr 2011 (zuzüglich des damaligen jeweiligen Bereinigungsvolumens aus Selektivverträgen) einer Arztgruppe derjenigen Leistungen, die innerhalb eines qualifikationsgebundenen Zusatzvolumens i vergütet werden.

HV_{AG}^{QZV} Honorarvolumen auf der Basis des ausbezahlten Honorars im ersten Halbjahr 2011 (zuzüglich des damaligen jeweiligen Bereinigungsvolumens aus Selektivverträgen) derjenigen Leistungen, die innerhalb der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen einer Arztgruppe vergütet werden.

i Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen einer Arztgruppe gem. Anlage 2a Abschnitt I.

AG Arztgruppe gem. Anlage 2a Abschnitt I.

2. 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 gem. 1.

FZ_{AG}^i Anzahl der RLV-Fälle im Vorjahresquartal gem. § 8 zzgl. der bereits im Vorjahresquartal bereinigten RLV-Fälle infolge Teilnahme an einem Selektivvertrag gem. §§ 73b, 73c und 140a ff. SGB V derjenigen Ärzte einer Arztgruppe, die Anspruch auf das qualifikationsgebundene Zusatzvolumen i haben

3. Berechnung des qualifikationsgebundenen Zusatzvolumens eines Arztes

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

FZ_{Arzt}^i Anzahl der RLV-Fälle gem. § 8 eines Arztes im Vorjahresquartal, der Anspruch auf das arztgruppenspezifische qualifikationsgebundene Zusatzvolumen i hat, unter Berücksichtigung der Fallzahlsteuerung gem. § 14

II. Berechnung der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen in Form eines Honorarvolumens gem. § 11 Abs. 3

Entsprechend Anlage 2a Abschnitt II. werden je Arztgruppe und je qualifikationsgebundenem Zusatzvolumen die Berechnungen je Arzt wie folgt durchgeführt.

1. Berechnung des Vergütungsbereichs je QZV für jede Arztgruppe gem. Anlage 2a II.

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

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

HV_{AG}^i Honorarvolumen auf der Basis des ausbezahlten Honorars im ersten Halbjahr 2011 (zuzüglich des damaligen jeweiligen Bereinigungsvolumens aus Selektivverträgen) einer Arztgruppe derjenigen Leistungen, die innerhalb eines qualifikationsgebundenen Zusatzvolumens i vergütet werden

HV_{AG}^{QZV} Honorarvolumen auf der Basis des ausbezahlten Honorars im ersten Halbjahr 2011 (zuzüglich des damaligen jeweiligen Bereinigungsvolumens aus Selektivverträgen) derjenigen Leistungen, die innerhalb der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen einer Arztgruppe vergütet werden

i Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen einer Arztgruppe gem. Anlage 2a Abschnitt II.

AG Arztgruppe gem. Anlage 2a Abschnitt II.

2. Berechnung der durchschnittlichen Quote für die Arztgruppe gem. Anlage 2a II.

$$Q_{AG}^i = \frac{QZV_{AG}^i}{LB_{AG}^i}$$

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

LB_{AG}^i Abgerechnete und anerkannte Honoraranforderung im Vorjahresquartal für die im qualifikationsgebundenen Honorarvolumen enthaltenen Leistungen

3. Berechnung des QZV in Form eines Honorarvolumens gem. § 11 Abs. 3

$$QZV_{Arzt}^i = LB_{Arzt}^i \times Q_{AG}^i$$

LB_{Arzt}^i Abgerechnete und anerkannte Honoraranforderung im Vorjahresquartal für die im qualifikationsgebundenen Honorarvolumen enthaltenen Leistungen

Die Ermittlung des qualifikationsgebundenen Honorarvolumens je Arzt erfolgt bei Vertragsärzten ohne Honoraranforderung aus dem Vorjahresquartal für die in Anlage 2a Abschnitt II. aufgeführten QZV auf der Basis der abgerechneten und anerkannten Honoraranforderung im Abrechnungsquartal multipliziert mit der Quote Q.

