



Honorarverteilungsmaßstab

der

Kassenzärztlichen Vereinigung Bayerns

Beschluss der Vertreterversammlung vom 21.11.2015

(Bayer. Staatsanzeiger Nr. 48 / 27.11.2015)

gültig ab 01. Januar 2016

in der Fassung der Änderungen ab 01. April 2016
aufgrund Beschluss der Vertreterversammlung vom 15. Juni 2016
(Bayer. Staatsanzeiger Nr. 25 / 24.06.2016)

LESEFASSUNG

Inhaltsverzeichnis

Abschnitt A – Allgemeine Bestimmungen	3
1. Vorbemerkung	3
2. Geltungsbereich	3
3. Abrechnungsfähige Leistungen	4
4. Vergütung von Nachtragsfällen	4
Abschnitt B – Honorierung	5
1. Grundsätze	5
1.1 Grundlagen der Honorierung	5
1.2 Zusammenfassung der Gesamtvergütungen zur Honorarverteilung	5
1.3 Honorarverteilung der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV)	5
1.4 Honorarverteilung außerhalb der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV)	5
1.5 Anerkannte Praxisnetze	6
1.6 Maßnahmen bei Beschlüssen des Landesausschusses	6
2. MGV – Getrennte Honorarverteilung	6
3. Honorarverteilung vor Trennung der Versorgungsbereiche	6
3.1 Leistungen und Kostenpauschalen der Laboratoriumsmedizin	6
3.2 Leistungen des ärztlichen Bereitschaftsdienstes und der Notfallbehandlungen durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser	7
4. Allgemeine Bestimmungen für die Honorarverteilung in den Versorgungsbereichen	8
4.1 Honorarverteilung	8
4.2 Kalkulationssicherheit	8
5. Honorarverteilung im hausärztlichen Versorgungsbereich	9
5.1 Honorarverteilung leistungsbezogen (Vorwegabzüge)	9
5.2 Honorarverteilung übrige Leistungen (Fachgruppenfonds)	13
6. Honorarverteilung im fachärztlichen Versorgungsbereich	13
6.1 Honorarverteilung leistungsbezogen (Vorwegabzüge)	13
6.2 Honorarverteilung übrige Leistungen (Fachgruppenfonds)	18
7. Honorierung innerhalb der arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen	18
7.1 Obergrenze (= Summe aus RLV und QZV)	18
7.2 Bezugsgrößen – Definitionen – Bestimmungen zu Tätigkeitsvarianten	20
7.3 Ermittlung RLV	22
7.4 Ermittlung QZV	28
8. Bereinigung	29
Abschnitt C – unbesetzt	31
Abschnitt D – Einzelfallregelungen	32
1. Einzelfallregelungen auf Antrag mit Auswirkung auf die Obergrenze	32
1.1 Korrektur der Obergrenze mit Bezug zur Fallzahl	32
1.2 Korrektur der Obergrenze mit Bezug zum Fallwert aufgrund eines besonderen Versorgungsbedarfs	33
1.3 Beschäftigung von Weiterbildungsassistenten (Abschnitt B, Nr. 7.2.4 Absatz (II))	34
2. Härtefallregelung	34
3. Fristen – Rechtsbehelf	35
4. Fallwertminderung (Abschnitt B, Nr. 7.3.5 Absatz (I))	36
Abschnitt E – Anlagen	37
Anlage 1 – RLV-Fachgruppen	37
Anlage 2 – Zuordnung der QZV	39
Anlage 3a – Berechnung der kalkulatorischen Fallwerte	57
Anlage 3b – Vergütung innerhalb der Fachgruppenfonds	69
Anlage 4a – Leistungen, die innerhalb eines arztgruppenspezifischen Vergütungsvolumens keiner Mengengrenzung unterliegen (Abschnitt E, Anlage 3a bzw. 3b, Nr. 4.1 a)	79
Anlage 4b – Leistungen, für die je Fachgruppe ein oder mehrere Vergütungsbereich(e) ¹ definiert sind (Abschnitt E, Anlage 3a bzw. 3b, jeweils Nr. 4.1 c)	83
Anlage 5 – Umsetzung der KBV-Vorgaben (§ 87b Absatz 4 SGB V)	85
Anlage 6 – Berücksichtigung ferienbedingter Fallzahlschwankungen	86
Abschnitt F – Rückstellungen	87
Abschnitt G – Inkrafttreten, Übergangsbestimmung	88

Abschnitt A – Allgemeine Bestimmungen

1. Vorbemerkung

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns hat diesen Honorarverteilungsmaßstab (HVM) in Umsetzung von § 87b Absatz 1 Satz 2 SGB V unter Beachtung der Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) in der jeweils geltenden Fassung (vgl. Abschnitt E, Anlage 5) am 21.11.2015 mit Wirkung zum 01.01.2016 festgesetzt.

2. Geltungsbereich

(I) Die Vergütungsregelungen dieses HVM gelten für die im Bereich der KVB zugelassenen Ärzte¹, Psychotherapeuten und medizinischen Versorgungszentren sowie die im Bereich der KVB ermächtigten Ärzte und ermächtigten ärztlich geleiteten Einrichtungen.

In den Fällen, in denen ein zugelassener Arzt oder Psychotherapeut einen Arzt oder Psychotherapeuten nach § 95 Abs. 9 oder 9a SGB V i.V.m. § 32b Abs. 1 Ärzte-ZV angestellt hat oder in einem zugelassenen MVZ ein nach § 95 Abs. 2 Satz 7 bis 9 i.V.m. § 32b Ärzte-ZV angestellter Arzt oder Psychotherapeut tätig ist sowie in den Fällen, in denen in einer Eigeneinrichtung der KVB nach § 105 Abs. 1 Satz 2 SGB V ein Arzt oder Psychotherapeut von der KVB angestellt ist, ist dies bei der Honorarverteilung für die in Satz 1 Benannten nach Maßgabe von § 15 Abs. 1 BMV-Ä zu berücksichtigen.

(II) Die Bestimmungen des HVM finden auch Anwendung auf die Abrechnung von

- Laborleistungen, deren Teil 3 (§ 25 Absatz 1 BMV-Ä) aus Laborgemeinschaften bezogen und die gemäß § 25 Absatz 3 Satz 2 BMV-Ä abgerechnet wurden,
- Notfalleistungen, die von Krankenhäusern oder Ärzten, die nicht zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung berechtigt sind, erbracht werden,
- Notfalleistungen, die von zugelassenen Krankenhäusern und Ärzten, die allein zu diesem Zweck gemäß § 75 Abs. 1b Satz 3 SGB V an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, erbracht werden, sowie
- Leistungen von zugelassenen Krankenhäusern (§ 108 SGB V), die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, soweit diese in den Fällen des § 76 Absatz 1a SGB V in Anspruch genommen werden.

(III) Soweit in den nachstehenden Vorschriften der Begriff „Ärzte“ verwendet wird, sind damit alle vorstehend unter Absatz 1 und 2 genannten Ärzte, Psychotherapeuten und Einrichtungen gemeint, sofern nichts Abweichendes geregelt ist.

¹ Im gesamten HVM gelten alle Bezeichnungen in gleicher Weise für Ärztinnen, Psychotherapeutinnen, ermächtigte Ärztinnen und alle weiteren Leistungserbringerinnen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen.

3. Abrechnungsfähige Leistungen

In die Honorarverteilung fließen nur Leistungen ein, die zur vertragsärztlichen Versorgung gehören und auf der Grundlage der für die vertragsärztliche Versorgung geltenden Bestimmungen erbracht worden sind (insbes. Bundesmantelvertrag-Ärzte, Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen, Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Verträge auf Bundesebene und Landesebene, Abrechnungsbestimmungen der KVB).

4. Vergütung von Nachtragsfällen

Ganz oder teilweise aus dem oder den Vorquartal(en) eingereichte Abrechnungen (Nachtragsfälle) werden unter Anwendung der vorstehenden Regelungen nach den im Einreichungsquartal geltenden Regelungen, insbesondere der für dieses Quartal geltenden Obergrenze aus Regelleistungsvolumen (RLV) und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV) vergütet. Die KVB kann im begründeten Einzelfall eine rückwirkende Zuordnung zum Leistungsquartal vornehmen. Honorarwirksame Maßnahmen infolge verspätet eingereichter Abrechnungen nach Maßgabe der Abrechnungsbestimmungen der KVB bleiben unberührt.

Abschnitt B – Honorierung

1. Grundsätze

1.1 Grundlagen der Honorierung

Die Honorierung der anerkannten vertragsärztlichen Leistungen im Bereich der KVB, die den Bestimmungen dieses HVM unterliegen, erfolgt nach Maßgabe der Bayerischen Eurogebührenordnung (B€GO), diesem HVM sowie gesamtvertraglicher Regelungen.

1.2 Zusammenfassung der Gesamtvergütungen zur Honorarverteilung

Die von den GKV-Krankenkassen für bayerische Versicherte geleisteten Gesamtvergütungen, sowie die für außerbayerische Versicherte eingehenden Beträge aus dem Fremdkassenzahlungsausgleich werden zusammengefasst und entsprechend den Bestimmungen dieses HVM an die nach Abschnitt A, Nr. 2 Absatz (I) und Absatz (II) Berechtigten verteilt.

1.3 Honorarverteilung der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV)

Die Vergütung der anerkannten Leistungsanforderungen innerhalb der MGV ist begrenzt durch die zur Verfügung stehende MGV. Infolgedessen wird diesen Leistungsanforderungen je Praxis eine Obergrenze aus Regelleistungsvolumen (RLV) und qualifikationsgebundenem Zusatzvolumen (QZV) gegenübergestellt. Bestimmte Leistungen und Fälle sind von dieser Mengenbegrenzung ausgenommen (insbes. solche, die der leistungsbezogenen Vergütung unterliegen oder je Fachgruppe einer eigenen Regelung unterworfen oder ausdrücklich von der Mengenbegrenzung durch eine Obergrenze ausgenommen sind; im Übrigen vgl. Nr. 7.1.2). RLV und QZV ergeben sich jeweils als Produkt aus arztgruppenspezifischen Fallwerten, deren Berechnung sich nach Nr. 7.3.2 (RLV) und Nr. 7.4.2 (QZV) i.V.m. Abschnitt E, Anlage 3a unter Berücksichtigung möglicher Anpassungen nach Nr. 4.2 ergibt, und arzt- bzw. praxisindividuellen Behandlungsfallzahlen (RLV, vgl. Nr. 7.3.3 und 7.3.4) bzw. Leistungsfallzahlen (QZV, vgl. Nr. 7.4.3).

1.4 Honorarverteilung außerhalb der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV)

Die Vergütung der anerkannten Leistungsanforderungen außerhalb der MGV richtet sich nach der Bayerischen Eurogebührenordnung (B€GO) und den Gesamtverträgen mit Geltung für den Bereich der KVB.

1.5 Anerkannte Praxisnetze

Leistungen in anerkannten Praxisnetzen (§ 87b Absatz 2 Satz 3, Absatz 4 Satz 1 SGB V) werden grundsätzlich nach den Bestimmungen dieses HVM so vergütet, wie dies für Ärzte geregelt ist. Für die Tätigkeit in einem oder mehreren anerkannten Netzen wird nach Maßgabe der Regelung in Nr. 7.3.7 arztbezogen ein Netzaufschlag zur Obergrenze gewährt.

1.6 Maßnahmen bei Beschlüssen des Landesausschusses

Bei Beschlüssen des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen nach § 100 Absatz 1 oder 3 SGB V (Unterversorgung, drohende Unterversorgung, lokaler Versorgungsbedarf) gewährleisten der Ansatz der aktuellen Fallzahl (Nr. 7.3.1 bzw. 7.4.1) in der Honorarverteilung sowie Maßnahmen nach Nr. 7.3.4 Absatz (X) und / oder 7.3.5 Absatz (IV) im Grundsatz eine ausreichende Berücksichtigung des § 87b Absatz 3 SGB V.

2. MGV – Getrennte Honorarverteilung

Grundlage für die Honorarverteilung nach diesem HVM ist die sich für das aktuelle Quartal ergebende unbereinigte vorhersehbare MGV. Die MGV wird auf den haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich gemäß den Vorgaben der KBV gemäß § 87b Absatz 4 SGB V in der jeweils geltenden Fassung (vgl. Abschnitt E, Anlage 5) verteilt. Es entsteht ein haus- bzw. ein fachärztliches (versorgungsbereichsspezifisches) Verteilungsvolumen, das sich jeweils nach Teil B der Vorgabe der KBV gemäß § 87b Absatz 4 SGB V ermittelt (vgl. Abschnitt E, Anlage 5). Je Versorgungsbereich erfolgt die Honorarverteilung unter Berücksichtigung der in Abschnitt E, Anlage 3b definierten Vorwegabzüge leistungsbezogen aus dafür vorgesehenen Vergütungsvolumen (Leistungsfonds) sowie für die übrigen Leistungen aus Fachgruppenfonds entsprechend den nachstehenden Regelungen. Die MGV ist zugleich Ausgangsgröße für die Ermittlung der individuellen Obergrenze aus RLV und QZV je Arzt und Praxis.

3. Honorarverteilung vor Trennung der Versorgungsbereiche

3.1 Leistungen und Kostenpauschalen der Laboratoriumsmedizin

- (I) Die Ermittlung des Vergütungsvolumens und die Vergütung für
- die 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 1ff. zu den Abschnitten 32.2 und 32.3 EBM,
- die Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM

sind in den Teilen B und E (einschließlich der dort geregelten Quotierung und Budgetierung) der Vorgaben der KBV gemäß § 87b Absatz 4 SGB V geregelt (vgl. Abschnitt E, Anlage 5).

(II) Wird das Vergütungsvolumen nach Absatz (I) unter Berücksichtigung der darauf anzuwendenden bundeseinheitlichen Vorgaben der KBV, Teil E nicht ausgeschöpft, wird das verbleibende Vergütungsvolumen gemäß KBV-Vorgabe Teil B Nr. 7.1 verwendet.

(III) Übersteigen die anerkannten Honoraranforderungen für Leistungen nach Absatz (I) unter Berücksichtigung der darauf anzuwendenden bundeseinheitlichen Vorgaben der KBV, Teil E das dafür nach Absatz (I) gebildete Vergütungsvolumen, erfolgt ein Ausgleich aus Rückstellungen nach Abschnitt F, Nr. 2 unter Berücksichtigung der KBV-Vorgabe Teil B Nr. 7.1 .

3.2 Leistungen des ärztlichen Bereitschaftsdienstes und der Notfallbehandlungen durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser

(I) Leistungen des ärztlichen Bereitschaftsdienstes und der Notfallbehandlungen durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser werden, sofern nicht bereits in Nr. 3.1 erfasst, aus dem Vergütungsvolumen des Grundbetrags „ärztlicher Bereitschaftsdienst“ vergütet, das sich nach Teil B der Vorgaben der KBV gemäß § 87b Absatz 4 SGB V (vgl. Abschnitt E, Anlage 5) ermittelt.

(II) Für den Fall einer Unterschreitung des Vergütungsvolumens nach Absatz (I) wird das verbleibende Vergütungsvolumen den Rückstellungen nach Abschnitt F Nr. 2 versorgungsbereichsspezifisch nach Maßgabe der KBV-Vorgaben Teil B Nr. 7.2 zugeführt.

(III) Übersteigen die anerkannten Honoraranforderungen für Leistungen nach Absatz (I) das Vergütungsvolumen für die Leistungen nach Absatz (I), wird das zur Vergütung dieser Leistungen erforderliche Volumen den Rückstellungen nach Abschnitt F Nr. 2 versorgungsbereichsspezifisch nach Maßgabe der KBV-Vorgaben Teil B Nr. 7.2 entnommen.

4. Allgemeine Bestimmungen für die Honorarverteilung in den Versorgungsbereichen

4.1 Honorarverteilung

Die nach Abzug des Vergütungsvolumens für die Nrn. 3.1 und 3.2 verbleibende MGV wird nach Teil B der Vorgaben der KBV (vgl. Abschnitt E, Anlage 5) auf den hausärztlichen Versorgungsbereich und den fachärztlichen Versorgungsbereich verteilt. Innerhalb eines Versorgungsbereichs wird das jeweilige Verteilungsvolumen nach einem definierten Katalog von Vorweg-Abzügen (z.B. für Leistungsfonds oder für Rückstellungen) auf Fachgruppenfonds verteilt, innerhalb derer die weitere Honorarverteilung an die Ärzte in Umsetzung des § 87b Absatz 2 und 3 SGB V erfolgt. Die Einzelheiten dieser Honorarverteilung richten sich nach den folgenden Nr. 5 bis 9 in Verbindung mit den in den Anlagen des Abschnittes E im Detail formulierten Festlegungen und Regelungen unter Beachtung der Vorgaben der KBV gemäß § 87b Absatz 4 SGB V (vgl. Abschnitt E, Anlage 5).

4.2 Kalkulationssicherheit

(I) Zur Gewährleistung der Kalkulationssicherheit in Umsetzung des § 87b Absatz 2 Satz 1 SGB V werden die fachgruppenspezifischen Fallwerte zur Obergrenze aus RLV und QZV vor Beginn des Geltungszeitraums im Bayerischen Staatsanzeiger veröffentlicht und im mitgliedergeschützten Bereich auf der Homepage der KVB unter www.kvb.de eingestellt.

(II) Die quartalsweise geltenden Fallwerte werden für die Dauer eines Jahres entsprechend den Berechnungsschritten in Abschnitt E Anlage 3a berechnet (Kalkulatorische Fallwerte). Aufgrund des Ansatzes der aktuellen Fallzahlen bei der Ermittlung der Obergrenze und/oder einer möglichen Zunahme von Leistungen innerhalb des jeweiligen arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumens, die außerhalb der Obergrenze vergütet werden, kann der Fall eintreten, dass sich die kalkulatorischen Fallwerte nach Multiplikation mit den in Ansatz gebrachten Fallzahlen gegenüber dem dafür zur Verfügung stehenden fachgruppenspezifischen Vergütungsvolumen (rechnerisch) als zu hoch erweisen. In diesem Fall müssen die Fallwerte fachgruppenbezogen gesenkt werden. Dabei werden untere Grenzen wie folgt festgelegt: Unterschreitet der rechnerische RLV-Fallwert den kalkulatorischen Fallwert nach Satz 1 um mehr als 5%, kommen 95% des kalkulatorischen RLV-Fallwerts in der Obergrenze zum Ansatz. Unterschreitet ein rechnerischer QZV-Fallwert den kalkulatorischen Fallwert nach Satz 1 um mehr als 15%, werden 85% des kalkulatorischen QZV-Fallwertes in der Obergrenze angesetzt.

(III) Ergeben sich aufgrund der vorstehenden Bestimmungen fachgruppenbezogenen Fehlbeträge im Vergütungsbereich für RLV- und/oder für QZV-Leistungen und/oder für Leistungen innerhalb des jeweiligen arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumens, die außerhalb der Obergrenze vergütet werden, werden diese Fehlbeträge innerhalb derselben Fachgruppe jeweils aus den Bereichen (RLV und/oder QZV) finanziert, die die untere Grenze noch nicht erreicht haben, maximal bis zum Erreichen der nach den vorstehenden Regelungen definierten jeweiligen unteren Grenze. Danach verbleibende Fehlbeträge werden im nächstmöglichen Quartal fachgruppenbezogen berücksichtigt. Die veröffentlichten Fallwerte müssen insoweit korrigiert, d.h. durch die neu errechneten Fallwerte ersetzt werden.

(IV) Die kalkulatorischen Fallwerte gelten grundsätzlich für die Dauer eines Jahres, können aber im Bedarfsfall (insbes. wenn sich nach den vorstehenden Bestimmungen Fehlbeträge ergeben) durch den Vorstand vor Quartalsbeginn für die Zukunft angepasst werden. In diesem Fall sind die Mitglieder der KVB kurzfristig über die angepassten Fallwerte zu informieren. Die Anpassung der Fallwerte ist der Vertreterversammlung in der nächsten Sitzung vorzulegen.

(V) Ergibt sich fachgruppenbezogen im Quartal ein nicht ausgeschöpftes Vergütungsvolumen, können im jeweiligen Quartal die RLV- und /oder QZV-Fallwerte oder das entsprechende Vergütungsvolumen im nächstmöglichen Folgequartal erhöht werden. Die Entscheidung nach Satz 1 trifft der Vorstand.

5. Honorarverteilung im hausärztlichen Versorgungsbereich

5.1 Honorarverteilung leistungsbezogen (Vorwegabzüge)

5.1.1 Belegärztliche Leistungen innerhalb der MGV

(I) Leistungen in kurativ-stationären Fällen, soweit diese nicht außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung honoriert werden, werden aus dem Vergütungsvolumen vergütet, das sich nach Abschnitt E, Anlage 3b Nr. 2.1.1 b) ergibt.

(II) Für den Fall einer Unterschreitung des Vergütungsvolumens für Leistungen nach Absatz (I) wird das verbleibende Vergütungsvolumen den Rückstellungen nach Abschnitt F Nr. 2.2 zugeführt.

(III) Übersteigen die anerkannten Honoraranforderungen für Leistungen nach Absatz (I) das Vergütungsvolumen für die Leistungen nach Absatz (I), werden die angeforderten und anerkannten Leistungen nach Absatz (I) gleichmäßig an alle Leistungserbringer in dem Verhältnis vergütet, das sich aus der Gegenüberstellung des Vergütungsvolumens zum Anforderungsvolumen ergibt.

Unterschreitet das sich aus der Gegenüberstellung nach Satz 1 ergebende Verhältnis den Wert 85 (%), erhöht sich das Vergütungsvolumen für Leistungen nach Absatz (I) aus dem in Abschnitt F Nr. 2.2 gebildeten Rückstellungsvolumen in dem Umfang, der sich aus der Differenz einer Vergütung des Anforderungsvolumens in Höhe von 85% und dem Vergütungsvolumen nach Absatz (I) ergibt. Der Vorstand kann einen von den Regelungen der Sätze 1 und 2 abweichenden Verhältniswert (Quote) festlegen, mit dem die angeforderten und anerkannten Leistungen nach Absatz (I) mindestens vergütet werden.

5.1.2 Kostenpauschalen gemäß Kapitel 40 EBM

(I) Die innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanzierten ambulanten Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM werden, sofern nicht bereits in Nr. 3. erfasst, aus dem Vergütungsvolumen gemäß Abschnitt E, Anlage 3b, Nr. 2.1.1, c) vergütet.

(II) Für den Fall einer Unterschreitung des Vergütungsvolumens für Leistungen nach Absatz (I) wird das verbleibende Vergütungsvolumen den Rückstellungen nach Abschnitt F Nr. 2.2 zugeführt.

(III) Übersteigen die anerkannten Honoraranforderungen für Leistungen nach Absatz (I) das Vergütungsvolumen für die Leistungen nach Absatz (I), werden die angeforderten und anerkannten Leistungen nach Absatz (I) gleichmäßig an alle Leistungserbringer in dem Verhältnis vergütet, das sich aus der Gegenüberstellung des Vergütungsvolumens zum Anforderungsvolumen ergibt. Unterschreitet das sich aus der Gegenüberstellung nach Satz 1 ergebende Verhältnis den Wert 85 (%), erhöht sich das Vergütungsvolumen für Leistungen nach Absatz (I) aus dem in Abschnitt F Nr. 2.2 gebildeten Rückstellungsvolumen in dem Umfang, der sich aus der Differenz einer Vergütung des Anforderungsvolumens in Höhe von 85% und dem Vergütungsvolumen nach Absatz (I) ergibt. Der Vorstand kann einen von den Regelungen der Sätze 1 und 2 abweichenden Verhältniswert (Quote) festlegen, mit dem die angeforderten und anerkannten Leistungen nach Absatz (I) mindestens vergütet werden.

5.1.3 Leistungen von ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Hausärzten

(I) Leistungen von ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Hausärzten, soweit diese nicht außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung bzw. nicht bereits nach der Nr. 3 oder den Nr. 5.1.1 und 5.1.2 honoriert werden, werden aus dem Vergütungsvolumen vergütet, das sich nach Abschnitt E, Anlage 3b Nr. 2.1.1, d) ergibt.

(II) Wird das Vergütungsvolumen nach Absatz (I) nicht ausgeschöpft, erhöht das verbleibende Vergütungsvolumen das entsprechende Vergütungsvolumen im nächstmöglichen Folgequartal.

(III) Übersteigen die anerkannten Honoraranforderungen für Leistungen nach Absatz (I) das dafür nach Absatz (I) gebildete und ggf. nach Absatz (II) erhöhte Vergütungsvolumen, werden die angeforderten und anerkannten Leistungen nach Absatz (I) gleichmäßig an alle Leistungserbringer in dem Verhältnis vergütet, das sich aus der Gegenüberstellung des Vergütungsvolumens zum Anforderungsvolumen ergibt.

Liegt der nach Satz 1 ermittelte Auszahlungswert unter dem für ausschließlich psychotherapeutische tätige Fachärzte ermittelten Auszahlungswert nach Nr. 6.1.5 Absatz (III), so erfolgt die Vergütung zu Lasten der Rückstellungen im hausärztlichen Versorgungsbereich in Höhe des sich nach Nr. 6.1.5 Absatz (III) ergebenden Auszahlungswertes.

5.1.4 Ermächtigte Ärzte und Einrichtungen

(I) Die anerkannten Honoraranforderungen ermächtigter Ärzte und Einrichtungen im hausärztlichen Versorgungsbereich, ausgenommen der in § 24 Abs. 3 Satz 6 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) genannten, werden aus dem Vergütungsvolumen gemäß Abschnitt E, Anlage 3b, Nr. 2.1.1, e) vergütet, soweit diese nicht außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung bzw. nicht bereits nach der Nr. 3 oder den Nr. 5.1.1 bis 5.1.3 honoriert werden.

(II) Für den Fall einer Unterschreitung des Vergütungsvolumens für Leistungen nach Absatz (I) wird das verbleibende Vergütungsvolumen den Rückstellungen nach Abschnitt F Nr. 2.2 zugeführt.

(III) Übersteigen die anerkannten Honoraranforderungen für Leistungen nach Absatz (I) das Vergütungsvolumen für die Leistungen nach Absatz (I), werden die angeforderten und anerkannten Leistungen nach Absatz (I) gleichmäßig an alle Leistungserbringer in dem Verhältnis vergütet, das sich aus der Gegenüberstellung des Vergütungsvolumens zum Anforderungsvolumen ergibt. Unterschreitet das sich aus der Gegenüberstellung nach Satz 1 ergebende Verhältnis den Wert 85 (%), erhöht sich das Vergütungsvolumen für Leistungen nach Absatz (I) aus dem in Abschnitt F Nr. 2.2 gebildeten Rückstellungsvolumen in dem Umfang, der sich aus der Differenz einer Vergütung des Anforderungsvolumens in Höhe von 85% und dem Vergütungsvolumen nach Absatz (I) ergibt.

5.1.5 Sicherstellungszuschlag (Nr. 97009A/B)

(I) Der Sicherstellungszuschlag wird für einen in Teil III, Kapitel 3, Präambel 3.1 Nr. 1 des EBM genannten Arzt (Facharzt für Allgemeinmedizin, Praktischer Arzt, Arzt ohne Gebietsbezeichnung, Facharzt für Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung, der gegenüber dem Zulassungsausschuss seine Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gemäß § 73 Absatz 1a SGB V erklärt hat) unter der nachfolgend genannten Bedingung anerkannt.

(II) Der Sicherstellungszuschlag in Höhe von 4 € wird je Praxis gewährt, wenn aus den Leistungsbereichen

- Kleinchirurgische Eingriffe (GOP 02300 bis 02302, 02310, 02311, 02312, 02313)
- Belastungs-EKG (GOP 03321)
- Spirographische Untersuchung (GOP 03330)
- Sonographische Untersuchungen (GOP 33000 bis 33002, 33010 bis 33012, 33040, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33060 bis 33062, 33076, 33080, 33081 und 33090 bis 33092)

im jeweiligen Leistungsbereich mindestens eine der dort genannten Leistungen von Ärzten nach Absatz (I) abgerechnet wurde.

Wurde mindestens jeweils eine Leistung aus drei der in Satz 1 genannten Leistungsbereiche abgerechnet, wird der hausärztliche Sicherstellungszuschlag in Höhe von 2 € gewährt.

(III) Der Sicherstellungszuschlag wird, sofern die vorstehenden Bedingungen erfüllt sind, zusätzlich zu der Versichertenpauschale GOP Nr. 03000 einmal im Behandlungsfall vergütet.

(IV) Der Vorstand kann eine von Absatz (II) abweichende Höhe des Sicherstellungszuschlags festlegen, die Gewährung des Sicherstellungszuschlags im Falle einer konkurrierenden Bundesregelung aussetzen oder im Falle einer EBM-Änderung den Sicherstellungszuschlag absenken oder streichen.

(V) Über- oder Unterschreitungen des für den Sicherstellungszuschlag gebildeten Vergütungsvolumens werden im Rahmen der Rückstellungen nach Abschnitt F Nr. 2.2 berücksichtigt.

5.1.6 GOP 03362, 03370-03373, 04355, 04370-04373 EBM (Bewertungssauschuss 288. Sitzung, 309. Sitzung)

(I) Die Leistungen der Palliativversorgung Hausärzte (GOP 03370-03373 EBM) und Kinder- und Jugendärzte (GOP 04370-04373 EBM), der hausärztlich-geriatrische Betreuungskomplex (GOP 03362) sowie die sozialpädiatrische Beratung, Erörterung und Abklärung (GOP 04355 EBM) werden aus dem Vergütungsvolumen gemäß Abschnitt E, Anlage 3b, Nr. 2.1.1, g) vergütet.

(II) Über- oder Unterschreitungen des für Leistungen nach Absatz (I) gebildeten Vergütungsvolumens werden im Rahmen der Rückstellungen nach Abschnitt F Nr. 2.2 berücksichtigt.

5.2 Honorarverteilung übrige Leistungen (Fachgruppenfonds)

Das verbleibende Honorarvolumen wird auf den Fachgruppenfonds Fachärzte für Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen (Hausärzte) sowie den Fachgruppenfonds Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin (Kinder- und Jugendärzte) verteilt. Die Aufteilung ergibt sich nach Abschnitt E, Anlage 3b Nr. 3.1.

6. Honorarverteilung im fachärztlichen Versorgungsbereich

6.1 Honorarverteilung leistungsbezogen (Vorwegabzüge)

6.1.1 Belegärztliche Leistungen innerhalb der MGV

(I) Leistungen in kurativ-stationären Fällen, soweit diese nicht außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung honoriert werden, werden aus dem Vergütungsvolumen vergütet, das sich nach Abschnitt E, Anlage 3b Nr. 2.2.1 b) ergibt.

(II) Für den Fall einer Unterschreitung des Vergütungsvolumens für Leistungen nach Absatz (I) wird das verbleibende Vergütungsvolumen den Rückstellungen nach Abschnitt F Nr. 2.3 zugeführt.

(III) Übersteigen die anerkannten Honoraranforderungen für Leistungen nach Absatz (I) das Vergütungsvolumen für die Leistungen nach Absatz (I), werden die angeforderten und anerkannten Leistungen nach Absatz (I) gleichmäßig an alle Leistungserbringer in dem Verhältnis vergütet, das sich aus der Gegenüberstellung des Vergütungsvolumens zum Anforderungsvolumen ergibt. Unterschreitet das sich aus der Gegenüberstellung nach Satz 1 ergebende Verhältnis den Wert 85 %, erhöht sich das Vergütungsvolumen für Leistungen nach Absatz (I) aus dem in Abschnitt F Nr. 2.3 gebildeten Rückstellungsvolumen in dem Umfang, der sich aus der Differenz einer Vergütung des Anforderungsvolumens in Höhe von 85 % und dem Vergütungsvolumen nach Absatz (I) ergibt. Der Vorstand kann einen von den Regelungen der Sätze 1 und 2 abweichenden Verhältniswert (Quote) festlegen, mit dem die angeforderten und anerkannten Leistungen nach Absatz (I) mindestens vergütet werden.

6.1.2 Humangenetische Leistungen

(I) Humangenetische Leistungen nach den GOP 11230, 11233 bis 11236 sowie GOP 11320 bis 11322 und Abschnitt 11.4 EBM werden aus dem Vergütungsvolumen vergütet, das sich nach Teil B der Vorgaben der KBV für den Grundbetrag „genetisches Labor“ (vgl. Abschnitt E, Anlage 3b, Nr. 2.3) i.V.m. mit Abschnitt E, Anlage 5) ergibt. Dabei werden die GOP 11233 – 11236 in-

nerhalb dieses Vergütungsvolumens zu den Preisen der B€GO vergütet, sofern nicht der Fall nach Absatz (IVb) eintritt.

(II) Humangenetische Leistungen des Kapitel 11, die von Absatz (I) nicht erfasst sind, sowie die GOP 01838, 01839 werden aus dem Vergütungsvolumen gemäß Abschnitt E, Anlage 3b, Nr. 2.2.1d) vergütet.

(III) Wird das Vergütungsvolumen nach (I) nicht ausgeschöpft, wird das verbleibende Vergütungsvolumen den Rückstellungen nach Abschnitt F, Nr. 2.3 zugeführt.

(IVa) Übersteigen die anerkannten Honoraranforderungen für Leistungen nach Absatz (I) das Vergütungsvolumen für die Leistungen nach Absatz (I), werden die angeforderten und anerkannten Leistungen nach Absatz (I) gleichmäßig an alle Leistungserbringer in dem Verhältnis vergütet, das sich aus der Gegenüberstellung des Vergütungsvolumens zum Anforderungsvolumen ergibt. Bei der Bildung des Verhältnisses nach Satz 1 wird das Vergütungsvolumen für die GOP 11233 bis 11236 jeweils nicht berücksichtigt.

(IVb) Abweichend von Absatz (I) Satz 2 und (IVa) gilt folgendes: Unterschreitet das sich aus der Gegenüberstellung nach Absatz (IVa) Satz 1 ergebende Verhältnis den Wert 85 (%), wird das Verhältnis nach Absatz (IVa) Satz 1 unter Einbezug des Vergütungsvolumens für die GOP 11233 bis 11236 gebildet. Das danach noch erforderliche Vergütungsvolumen für Leistungen nach Absatz (I) wird jeweils aus dem in Abschnitt F Nr. 2.3 gebildeten Rückstellungsvolumen in dem Umfang zugeführt, der sich aus der Differenz einer Vergütung des Anforderungsvolumens in Höhe von 85 % und dem Vergütungsvolumen nach Absatz (I) ergibt.

(V) Für den Fall einer Unterschreitung des Vergütungsvolumens für Leistungen nach Absatz (II) gilt Absatz (III) entsprechend.

(VI) Übersteigen die anerkannten Honoraranforderungen für Leistungen nach Absatz (II) das Vergütungsvolumen für die Leistungen nach Absatz (II), werden die angeforderten und anerkannten Leistungen nach Absatz (II) gleichmäßig an alle Leistungserbringer in dem Verhältnis vergütet, das sich aus der Gegenüberstellung des Vergütungsvolumens zum Anforderungsvolumen ergibt. Unterschreitet das sich aus der Gegenüberstellung nach Satz 1 ergebende Verhältnis den Wert 85 (%), erhöht sich das Vergütungsvolumen für Leistungen nach Absatz (II) aus dem in Abschnitt F Nr. 2.3. gebildeten Rückstellungsvolumen in dem Umfang, der sich aus der Differenz einer Vergütung des Anforderungsvolumens in Höhe von 85% und dem Vergütungsvolumen nach Absatz (II) ergibt.

6.1.3 Pathologische Leistungen des Kapitels 19 EBM

(I) Ambulante pathologische Leistungen des Kapitels 19 EBM und die GOP 01826 EBM werden, sofern nicht bereits in Nr. 3.2 erfasst, aus dem Vergütungsvolumen gemäß Abschnitt E, Anlage 3b, Nr. 2.2.1 e) vergütet.

(II) Wird das Vergütungsvolumen nach Absatz (I) nicht ausgeschöpft, erhöht das verbleibende Vergütungsvolumen das entsprechende Vergütungsvolumen im nächstmöglichen Folgequartal.

(III) Übersteigen die anerkannten Honoraranforderungen für Leistungen nach Absatz (I) das ggf. nach Absatz (II) erhöhte Vergütungsvolumen für die Leistungen nach Absatz (I), werden die angeforderten und anerkannten Leistungen nach Absatz (I) gleichmäßig an alle Leistungserbringer in dem Verhältnis vergütet, das sich aus der Gegenüberstellung des Vergütungsvolumens zum Anforderungsvolumen ergibt. Unterschreitet das sich aus der Gegenüberstellung nach Satz 1 ergebende Verhältnis den Wert 85 %, erhöht sich das Vergütungsvolumen für Leistungen nach Absatz (I) aus dem in Abschnitt F Nr. 2.3 gebildeten Rückstellungsvolumen in dem Umfang, der sich aus der Differenz einer Vergütung des Anforderungsvolumens in Höhe von 85 % und dem Vergütungsvolumen nach Absatz (I) unter Berücksichtigung des Absatzes (II) ergibt.

6.1.4 Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM

(I) Die innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanzierten ambulanten Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM werden, sofern nicht bereits in Nr. 3 erfasst, aus dem Vergütungsvolumen gemäß Abschnitt E, Anlage 3b, Nr. 2.2.1 c) vergütet.

(II) Für den Fall einer Unterschreitung des Vergütungsvolumens für Leistungen nach Absatz (I) wird das verbleibende Vergütungsvolumen den Rückstellungen nach Abschnitt F Nr. 2.3 zugeführt.

(III) Übersteigen die anerkannten Honoraranforderungen für Leistungen nach Absatz (I) das Vergütungsvolumen für die Leistungen nach Absatz (I), werden die angeforderten und anerkannten Leistungen nach Absatz (I) gleichmäßig an alle Leistungserbringer in dem Verhältnis vergütet, das sich aus der Gegenüberstellung des Vergütungsvolumens zum Anforderungsvolumen ergibt. Unterschreitet das sich aus der Gegenüberstellung nach Satz 1 ergebende Verhältnis den Wert 85 %, erhöht sich das Vergütungsvolumen für Leistungen nach Absatz (I) aus dem in Abschnitt F Nr. 2.3 gebildeten Rückstellungsvolumen in dem Umfang, der sich aus der Differenz einer Vergütung des Anforderungsvolumens in Höhe von 85 % und dem Vergütungsvolumen nach Absatz (I) ergibt. Der Vorstand kann einen von den Regelungen der Sätze 1 und 2 abweichenden Verhält-

niswert (Quote) festlegen, mit dem die angeforderten und anerkannten Leistungen nach Absatz (I) mindestens vergütet werden.

6.1.5 Leistungen von Psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie anderen ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Fachärzten gemäß den Kriterien der Bedarfsplanungsrichtlinien

(I) Leistungen von Psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie anderen ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Fachärzten gemäß den Kriterien der Bedarfsplanungsrichtlinien, soweit diese nicht außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung bzw. nicht bereits nach der Nr. 3. oder den Nr. 6.1.1 bis 6.1.4 honoriert werden, werden aus dem Vergütungsvolumen vergütet, das sich nach Abschnitt E, Anlage 3b, Nr. 2.2.1 f) ergibt.

(II) Wird das Vergütungsvolumen nach Absatz (I) nicht ausgeschöpft, erhöht das verbleibende Vergütungsvolumen das entsprechende Vergütungsvolumen im nächstmöglichen Folgequartal.

(III) Übersteigen die anerkannten Honoraranforderungen für Leistungen nach Absatz (I) das dafür nach Absatz (I) gebildete und ggf. nach Absatz (II) erhöhte Vergütungsvolumen, werden die angeforderten und anerkannten Leistungen nach Absatz (I) gleichmäßig an alle Leistungserbringer in dem Verhältnis vergütet, das sich aus der Gegenüberstellung des Vergütungsvolumens zum Anforderungsvolumen ergibt. Unterschreitet das sich aus der Gegenüberstellung nach Satz 1 ergebende Verhältnis den Wert 85 (%), erhöht sich das Vergütungsvolumen für Leistungen nach Absatz (I) aus dem in Abschnitt F Nr. 2.3 gebildeten Rückstellungsvolumen in dem Umfang, der sich aus der Differenz einer Vergütung des Anforderungsvolumens in Höhe von 85% und dem Vergütungsvolumen nach Absatz (I) unter Berücksichtigung des Absatzes (II) ergibt.

6.1.6 Ermächtigte Ärzte und Einrichtungen

(I) Die anerkannten Honoraranforderungen ermächtigter Ärzte und Einrichtungen im fachärztlichen Versorgungsbereich, ausgenommen der in § 24 Abs. 3 Satz 6 der Ärzte-ZV genannten, werden aus dem Vergütungsvolumen gemäß Abschnitt E, Anlage 3b, Nr. 2.2.1, g) vergütet, soweit diese nicht außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung bzw. nicht bereits nach der Nr. 3. oder den Nr. 6.1.1 bis 6.1.5 honoriert werden.

(II) Für den Fall einer Unterschreitung des Vergütungsvolumens für Leistungen nach Absatz (I) wird das verbleibende Vergütungsvolumen den Rückstellungen nach Abschnitt F Nr. 2.3 zugeführt.

(III) Übersteigen die anerkannten Honoraranforderungen für Leistungen nach Absatz (I) das Vergütungsvolumen für die Leistungen nach Absatz (I), werden die angeforderten und anerkannten Leistungen nach Absatz (I) gleichmäßig an alle Leistungserbringer in dem Verhältnis vergütet, das sich aus der Gegenüberstellung des Vergütungsvolumens zum Anforderungsvolumen ergibt. Unterschreitet das sich aus der Gegenüberstellung nach Satz 1 ergebende Verhältnis den Wert 85 (%), erhöht sich das Vergütungsvolumen für Leistungen nach Absatz (I) aus dem in Abschnitt F Nr. 2.3 gebildeten Rückstellungsvolumen in dem Umfang, der sich aus der Differenz einer Vergütung des Anforderungsvolumens in Höhe von 85% und dem Vergütungsvolumen nach Absatz (I) ergibt.

6.1.7 Sonstige Leistungserbringer

(I) Ambulante Leistungen von fachärztlichen Leistungserbringern, die nicht in Abschnitt E, Anlage 1 Nr. 2 genannt sind sowie der zugelassenen Krankenhäuser im Rahmen einer Inanspruchnahme nach § 76 Abs. 1a SGB V, werden, sofern nicht bereits in Nr. 3 oder Nr. 6.1.1 bis 6.1.6 erfasst, aus dem Vergütungsvolumen gemäß Abschnitt E, Anlage 3b, Nr. 2.2.1 h) vergütet. Dabei werden Leistungen im Rahmen einer Inanspruchnahme nach § 76 Abs. 1a SGB V zu den Preisen der B€GO vergütet.

(II) Für den Fall einer Unterschreitung des Vergütungsvolumens für Leistungen nach Absatz (I) wird das verbleibende Vergütungsvolumen den Rückstellungen nach Abschnitt F Nr. 2.3 zugeführt.

(III) Übersteigen die anerkannten Honoraranforderungen für Leistungen nach Absatz (I) das Vergütungsvolumen für die Leistungen nach Absatz (I), werden die angeforderten und anerkannten Leistungen nach Absatz (I) Satz 1 nach Vergütung der Leistungen im Rahmen einer Inanspruchnahme nach § 76 Abs. 1a SGB V gemäß Absatz (I) Satz 2 gleichmäßig an alle Leistungserbringer in dem Verhältnis vergütet, das sich aus der Gegenüberstellung des Vergütungsvolumens zum Anforderungsvolumen ergibt. Unterschreitet das sich aus der Gegenüberstellung nach Satz 1 ergebende Verhältnis den Wert 85 (%), erhöht sich das Vergütungsvolumen für Leistungen nach Absatz (I) aus dem in Abschnitt F Nr. 2.3 gebildeten Rückstellungsvolumen in dem Umfang, der sich aus der Differenz einer Vergütung des Anforderungsvolumens in Höhe von 85% und dem Vergütungsvolumen nach Absatz (I) ergibt.

6.1.8 Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung (PFG)

(I) Die Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung gemäß EBM in Umsetzung des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 22.10.2012 (288. Sitzung) werden aus dem Vergü-

tungsvolumen vergütet, das sich nach Abschnitt E, Anlage 3b Nr. 2.4 in Verbindung mit Abschnitt E, Anlage 5 ergibt.

(II) Wird das Vergütungsvolumen nach Absatz (I) nicht ausgeschöpft, wird das verbleibende Vergütungsvolumen den Rückstellungen nach Abschnitt F Nr. 2.3 zugeführt.

(III) Übersteigen die anerkannten Honoraranforderungen für Leistungen nach Absatz (I) das Vergütungsvolumen für die Leistungen nach Absatz (I), werden die angeforderten und anerkannten Leistungen nach Absatz (I) gleichmäßig an alle Leistungserbringer in dem Verhältnis vergütet, das sich aus der Gegenüberstellung des Vergütungsvolumens zum Anforderungsvolumen ergibt. Unterschreitet das sich aus der Gegenüberstellung nach Satz 1 ergebende Verhältnis den Wert 85 (%), erhöht sich das Vergütungsvolumen für Leistungen nach Absatz (I) aus dem in Abschnitt F Nr. 2.3 gebildeten Rückstellungsvolumen in dem Umfang, der sich aus der Differenz einer Vergütung des Anforderungsvolumens in Höhe von 85% und dem Vergütungsvolumen nach Absatz (I) ergibt. Der Vorstand kann einen von den Regelungen der Sätze 1 und 2 abweichenden Verhältniswert (Quote) festlegen, mit dem die angeforderten und anerkannten Leistungen nach Absatz (I) mindestens vergütet werden.

6.2 Honorarverteilung übrige Leistungen (Fachgruppenfonds)

Das verbleibende Honorarvolumen wird auf die fachärztlichen Fachgruppenfonds, die sich nach der Einteilung der RLV-Fachgruppen im fachärztlichen Versorgungsbereich nach Abschnitt E, Anlage 1 Nr. 2 ergeben, verteilt. Die Verteilung bestimmt sich nach Abschnitt E, Anlage 3b, Nr. 3.2.

7. Honorierung innerhalb der arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen

7.1 Obergrenze (= Summe aus RLV und QZV)

7.1.1 Definition und Zuordnung

Alle Leistungen von Ärzten, die einer in Abschnitt E, Anlage 1, Nr. 2 aufgeführten Fachgruppe zuzuordnen sind, unterliegen einer Obergrenze aus einem Regelleistungsvolumen (RLV) sowie ggf. einem oder mehreren qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV).

Die Zuordnung zum RLV bestimmt sich grundsätzlich nach dem Gebiet der Zulassung, soweit in Abschnitt E, Anlage 1, Nr. 1 keine ergänzende oder abweichende Regelung erfolgt. QZV werden je RLV-Fachgruppe definiert (Abschnitt E, Anlage 2).

7.1.2 Umfang des von der Obergrenze aus RLV bzw. QZV umfassten Teils der vertragsärztlichen Vergütung

Der Obergrenze unterliegen alle Leistungen in den für RLV bzw. QZV definierten Fällen (vgl. Nr. 7.3.3 bzw. 7.4.3), soweit sie nachfolgend nicht ausgeschlossen sind:

- a) Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen, die außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet werden,
- b) Leistungen im Vorwegabzug nach Nr. 3, 5.1 und 6.1,
- c) Leistungen, die nach Abschnitt E, Anlage 3b Nr. 4.1 a) bis c) dieses HVM fachgruppenspezifisch außerhalb der RLV und QZV geregelt oder fachgruppenspezifisch einer eigenen Regelung unterworfen sind sowie
- d) Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen, die sich aus Vereinbarungen der Partner der Gesamtverträge nach § 87a Absatz 3 Satz 5 SGB V ergeben.

7.1.3 Abrechnung

Den für eine Arztpraxis ermittelten RLV und ggf. ermittelten QZV steht die in der Arztpraxis abgerechnete Leistungsmenge gegenüber, d. h. sofern das RLV einer Arztpraxis nicht ausgeschöpft ist, kann das noch zur Verfügung stehende Honorarvolumen mit Leistungen aus den QZV ausgefüllt werden und umgekehrt. Arztfälle und Leistungen von Ärzten, für die kein RLV gebildet wird, bleiben unberücksichtigt.

7.1.4 Vergütung Überschreitungsvolumen

Überschreitet die Summe der Leistungen einer Praxis im Quartal die Summe aus dem geltenden RLV und ggf. geltenden QZV (Obergrenze), werden die überschreitenden Leistungen mit einem abgesenkten Preis (quotiert) vergütet. Der abgesenkte Preis ergibt sich je Fachgruppe wie folgt:

- a) Die Summe der über die Obergrenze aus RLV und QZV hinausgehenden anerkannten Leistungen wird fachgruppenspezifisch festgestellt (Überschreitungsvolumen).
- b) Das Vergütungsvolumen für die abgesenkt zu vergütenden Leistungen gemäß Abschnitt E, Anlage 3b Nr. 4.1 d) wird durch das Überschreitungsvolumen gemäß a) geteilt. Es entsteht eine Quote für die abgesenkt zu vergütenden Leistungen je Fachgruppe. Mit dieser Quote wird die jeweilige Überschreitung nach a) je Arzt multipliziert.
- c) Für das Überschreitungsvolumen von fachübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten wird das Überschreitungsvolumen je Praxis ermittelt und anteilig gemäß der Obergrenzen-relevanten Leistungsanforderung der einzelnen Ärzte zueinander aufgeteilt. Die auf diese Weise anteilig je Arzt

ermittelte Überschreitung wird jeweils nach Multiplikation mit der fachgruppenspezifischen Quote nach b) vergütet.

7.2 Bezugsgrößen – Definitionen – Bestimmungen zu Tätigkeitsvarianten

7.2.1 Quartals- und Arztbezug

RLV und QZV werden für das jeweilige Abrechnungsquartal je Arzt ermittelt und ggf. angepasst.

7.2.2 Tätigkeitsumfang

(I) Bei der Ermittlung des RLV ist jeweils der Umfang der Tätigkeit des Arztes laut Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid zu berücksichtigen.

(II) Ist ein angestellter Arzt gleichzeitig auch als Vertragsarzt tätig, ist der Umfang der genehmigten Arbeitszeit als angestellter Arzt mindernd im Rahmen des RLV zu berücksichtigen.

7.2.3 Fachgruppendurchschnitt (Fallzahl)

(I) Soweit im Rahmen der Berechnung der Obergrenze in den nachfolgenden Bestimmungen die durchschnittliche Fallzahl einer Fachgruppe heranzuziehen ist, wird diese auf Basis der Quartale des Jahres 2011 und der Anzahl der Teilnehmer der Fachgruppe unter Berücksichtigung des Tätigkeitsumfangs (Nr. 7.2.2) ermittelt. Im Falle des Abschlusses von Selektivverträgen nach § 73b SGB V werden die Durchschnittsfallzahlen im Bedarfsfall differenziert ermittelt.

(II) Für Ärzte, die außer in ihrer Arztpraxis auch in einer oder mehreren Berufsausübungsgemeinschaften, ggf. in verschiedenen Teilnahmeformen tätig sind, werden ggf. heranzuziehende Durchschnittsfallzahlen anteilig im Verhältnis des Tätigkeitsumfangs am jeweiligen Standort zugeordnet und dürfen in der Summe ein gesamtes RLV (100%) auf Basis des Fachgruppendurchschnitts nicht überschreiten. Die Tätigkeit an einem oder mehreren weiteren Praxisstandorten begründet keinen Anspruch auf ein zusätzliches RLV bzw. QZV. Sätze 1 und 2 gelten für angestellte Ärzte und Ärzte, die in der gleichen Praxis in verschiedenen Teilnahmeformen tätig sind, entsprechend. Eine abweichende Zuordnung der Durchschnittsfallzahlen ist in den Grenzen der Vorgaben der geltenden Zulassungsverordnung und der Bundesmantelverträge (insbes. Mindest-Präsenzpflicht am Stammsitz) nach Mitteilung des Arztes zulässig. Eine Mitteilung nach Satz 4 ist frühestens mit Einreichung der Abrechnung möglich, hat spätestens aber bis zum Ablauf der Widerspruchsfrist gegen den Honorarbescheid, der von der Zuordnung betroffen ist, zu erfolgen.

(III) Wird im Rahmen der Obergrenzenberechnung der Ansatz des Fachgruppendurchschnitts relevant und haben sich Ärzte zu einer Berufsausübungsgemeinschaft zusammengeschlossen,

die sich auf die Erbringung einzelner Leistungen beschränkt (Teilberufsausübungsgemeinschaft), werden für diese Leistungen maximal 50% des für diese Ärzte maßgeblichen Fachgruppendurchschnitts angesetzt. Bei einer Tätigkeit in mehreren Teilberufsausübungsgemeinschaften wird der nach Satz 1 bestimmte Fachgruppendurchschnitt im gleichen Verhältnis auf alle Standorte der Tätigkeit in den Teilberufsausübungsgemeinschaften verteilt. Der Anteil nach Satz 1 für Leistungen in Teilberufsausübungsgemeinschaften kann abweichend bestimmt werden, Absatz (II) Sätze 4 und 5 gelten entsprechend.

(IV) Für Teilnehmer in überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften, die ihren Sitz außerhalb des Bereichs der KVB haben, werden 50% der Fachgruppendurchschnittsfallzahl angesetzt. Satz 1 gilt für Ärzte, die aufgrund einer Ermächtigung nach § 24 Absatz 3 Satz 6 Ärzte-ZV im Bereich der KVB Leistungen erbringen, entsprechend. Werden Ärzte aufgrund mehrerer Ermächtigungen nach § 24 Absatz 3 Satz 6 Ärzte-ZV im Bereich der KVB tätig, gilt Absatz (III) Sätze 2 und 3 entsprechend.

7.2.4 Job-Sharing, Weiterbildungs-, Entlastungs- und Sicherstellungsassistenten, Kuratorium für Dialyse und Nierentransplantation (KfH)

(I) Die Tätigkeit angestellter Ärzte im Rahmen des Job-Sharings und von Job-Sharing-Partnern in Job-Sharing-Gemeinschaftspraxen/Berufsausübungsgemeinschaften sowie von Entlastungs- und Sicherstellungsassistenten begründet keine zusätzliche Obergrenze, sondern wird dem anstellenden Arzt zugerechnet. Satz 1 gilt entsprechend für angestellte Ärzte in einem Kuratorium für Dialyse und Nierentransplantation (KfH), wenn diesen eine lebenslange Arztnummer (LANR) zu Prüfzwecken zugeordnet wird.

(II) Die Regelung in Absatz (I) Satz 1 gilt für die Anstellung von Weiterbildungsassistenten gemäß § 32 Absatz 2 Satz 2 Nr. 1 Ärzte-ZV entsprechend. In den Fällen des Satzes 1 ist mit dem Ansatz der aktuellen Fallzahl grundsätzlich der Vorgabe in § 32 Absatz 3 Ärzte-ZV Rechnung getragen. Im Übrigen gilt die Regelung in Abschnitt D Nr. 1.3.

7.2.5 Tätigkeit unter mehreren Gebiets- oder Schwerpunktbezeichnungen

(I) Für einen Arzt, der seine Tätigkeit unter mehreren Gebiets- oder Schwerpunktbezeichnungen ausübt, richtet sich das RLV und ggf. QZV nach dem Versorgungsauftrag/Versorgungsschwerpunkt, mit dem er zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen ist. Der Versorgungsauftrag/Versorgungsschwerpunkt richtet sich nach der bei der Zulassung maßgeblichen Erklärung. Änderungen des Schwerpunkts im Sinne von Satz 1 sind der KVB spätestens mit Einreichung der Abrechnung mitzuteilen. Abweichend von den vorstehenden Bestimmungen kann die KVB das RLV einer anderen Arztgruppe gemäß Abschnitt E, Anlage 1 Nr. 2 festlegen,

wenn sich der Versorgungsauftrag nach dem Zeitpunkt der Erklärung verändert hat. Der betroffene Arzt ist darüber zu informieren.

(II) Bei Fachärzten für Innere Medizin mit mehreren (genehmigten) Schwerpunkten richten sich RLV und QZV nach dem Gebiet, in dem die Grundpauschalen überwiegend (mehr als 50%) abgerechnet werden.

(III) Bei einer Mehrfachzulassung aus der Kombination als Facharzt für Neurologie und als Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie richten sich RLV und QZV nach der RLV-Fachgruppe der Fachärzte für Nervenheilkunde nach Abschnitt E, Anlage 1 Nr. 2.

(IV) Bei einer Mehrfachzulassung aus der Kombination als Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde und als Facharzt für Phoniatrie und Pädaudiologie bzw. Facharzt für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörung richten sich das RLV und QZV nach der RLV-Fachgruppe der Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie, Fachärzte für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörung nach Abschnitt E, Anlage 1 Nr. 2.

7.2.6 Berechnung je Praxis bei mehreren Teilnehmern

Die Berechnung der Obergrenze aus RLV und QZV erfolgt bei Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten praxisbezogen. Dabei ergibt sich die Höhe der praxisbezogenen Obergrenze aus der Addition der RLV je Arzt, der in der Praxis tätig ist sowie ggf. der Addition der QZV je Arzt, der in der Praxis tätig ist.

7.3 Ermittlung RLV

7.3.1 Definition RLV

(I) Das RLV je Arzt einer der in Abschnitt E, Anlage 1 benannten Fachgruppen ist die Summe aus dem jeweiligen Produkt eines nach Altersklassen differenzierten Fallwertes (Nr. 7.3.2) und der damit jeweils korrespondierenden RLV-Fallzahl im Abrechnungsquartal (Nr. 7.3.3), ggf. unter Berücksichtigung der Fallzahlzuwachsbeschränkung nach Nr. 7.3.4. Maßgeblich für die Zuordnung zu den altersklassenabhängigen Fallwerten ist das Alter des Patienten am Tag der ersten Behandlung im Abrechnungsquartal.

(II) 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 (vgl. Nr. 7.3.6).

7.3.2 Fallwert(e) RLV

Die für das RLV des Arztes maßgeblichen Fallwerte bestimmen sich nach den Vorgaben in Abschnitt E, Anlage 3a. Die Fallwerte gelten, ggf. unter Berücksichtigung einer Anpassung nach Nr. 4.2 für die Quartale eines Kalenderjahres.

7.3.3 Fallzahl

(I) Für das RLV relevante Fälle sind kurativ-ambulante Behandlungsfälle gemäß § 21 Absatz 1 und Absatz 2 BMV-Ä. Ausgenommen sind Notfälle im organisierten Notfalldienst (Muster 19a der Vordruckvereinbarung), Behandlungsfälle zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen oder zur Befundung von dokumentierten Untersuchungsergebnissen sowie Fälle, in denen ausschließlich Leistungen und Kostenerstattungen, die gemäß Nr. 7.1.2 nicht dem RLV unterliegen, abgerechnet werden. Ausgenommen sind weiterhin Behandlungsfälle mit ausschließlicher Abrechnung der GOP 01430 und 01820 EBM.

(II) Zur Umsetzung des Arztbezuges gemäß Nr. 7.2.1 ist die Ermittlung des RLV mit den RLV-Fällen unter Berücksichtigung der Aufteilung nach Altersklassen vorgegeben.

- In Einzelpraxen entspricht die Zahl der RLV-Fälle der Zahl der Behandlungsfälle gemäß Absatz (I).
- In Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten entspricht die Zahl der RLV-Fälle eines Arztes der Zahl der Behandlungsfälle gemäß Absatz (I) der Arztpraxis multipliziert mit seinem Anteil an der RLV-relevanten Arztfallzahl der Praxis.

7.3.4 Fallzahlzuwachsbegrenzung

(I) Nimmt die Summe aller RLV-Fallzahlen einer der in Abschnitt E, Anlage 1 Nr. 2 genannten Fachgruppen im Vergleich zum Vorjahresquartal um mehr als 3% zu, wird abweichend von Nr. 7.3.3 die RLV-Fallzahl derjenigen Ärzte, die einen Fallzahlzuwachs von mehr als 3% aufweisen, wie folgt ermittelt: Die RLV-Fallzahl wird auf Basis des Vorjahresquartals bestimmt und unter Berücksichtigung der Zuordnung nach Altersklassen im aktuellen Quartal um einen Zuwachs von 3% erhöht, soweit sich nicht aus den nachstehenden Bestimmungen Ergänzungen oder Abweichungen ergeben. Der jeweils zulässige Zuwachs erhöht sich ggf. nach Absatz (XI).

(II) Die Regelung des Absatz (I) wird in Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten nur angewandt, wenn die Summe aller RLV-Fallzahlen der Teilnehmer einer RLV-Fachgruppe in der Berufsausübungsgemeinschaft, dem

Medizinischen Versorgungszentrum und einer Praxis mit angestellten Ärzten insgesamt den nach Absatz (I) zulässigen Wert überschreitet.

Dabei wird ein ggf. vorhandener Fallzahlrückgang eines Teilnehmers anteilig durch Erhöhung der RLV-Fallzahl auf die Teilnehmer der gleichen RLV-Fachgruppe verteilt, deren RLV-Fallzahl den zulässigen Zuwachs nach den Absätzen (I) und (XI) übersteigt.

(III) Die RLV-Fallzahl wird ggf. abweichend festgelegt nach Maßgabe einer Entscheidung gemäß Abschnitt D, Nr. 1.1.

(IV) Neuärzte und Ärzte mit unterdurchschnittlicher RLV-Fallzahl

Bei Ärzten, die im Vorjahresquartal noch nicht niedergelassen waren (Neuärzte), oder deren Fallzahl im Vorjahresquartal den Fachgruppendurchschnitt (vgl. Nr. 7.2.3) nicht erreicht hat, wird im Rahmen ihrer Obergrenze bei der Honorarabrechnung grundsätzlich die eigene RLV-Fallzahl (Nr. 7.3.3) im Abrechnungsquartal angesetzt. Soweit diese die durchschnittliche Fallzahl der Fachgruppe (Nr. 7.2.3) überschreitet, wird der Fachgruppendurchschnitt angesetzt, mindestens jedoch die um den zulässigen Zuwachs nach den Absätzen (I) und (XI) erhöhte RLV-Fallzahl im Vorjahresquartal. Erfolgt die Niederlassung nach Quartalsbeginn oder endet die Tätigkeit vor Quartalsende, wird der Fachgruppendurchschnitt im Umfang der verbleibenden Arbeitstage anteilig ermittelt.

(V) Praxisübernahme

- a) Wird eine Praxis übernommen, die im Vorjahresquartal tätig war und deren Fallzahl im Vorjahresquartal die durchschnittliche Fallzahl der Fachgruppe überstieg, kann auf Antrag diese höhere Fallzahl für die Berechnung des RLV herangezogen werden, jedoch maximal die eigene Fallzahl im Abrechnungsquartal.
- b) Dem Antrag ist eine schriftliche Einverständniserklärung des Praxisvorgängers auf Übernahme der Vorjahresfallzahl beizulegen, es sei denn, eine solche Erklärung ist aus tatsächlichen Gründen nicht mehr möglich.
- c) Ein Antrag nach a) ist nicht zulässig, wenn der Praxisvorgänger die vertragsärztliche Tätigkeit im gleichen Planungsbereich nicht beendet hat.

(VI) Veränderung in Kooperationen

- a) Bei personellen Veränderungen in Praxen/Kooperationen (insbes. Änderung des Status, Tätigkeitsumfangs, Fälle des Ein- und/oder Austritts) erfolgt grundsätzlich eine Anpassung aller RLV der von der Veränderung erfassten Praxen.
- b) Veränderungen während eines Abrechnungsquartals werden anteilig (Arbeitstage) berücksichtigt.

(VII) Gelten im Vorjahresquartal Selektivverträge nach §§ 73b, 140a SGB V (gilt auch für Verträge nach § 73c, § 140 a ff. SGB V i.d.F. bis 22.07.2015), die eine Vollversorgung zum Gegenstand haben, wird die Fallzahl des aktuellen Quartals herangezogen.

(VIII) Fallzahlzuwachsbegrenzung bei „Kleinen Arztgruppen“

Wird das arztgruppenspezifische Verteilungsvolumen einer „kleinen Arztgruppe“ im Sinne der Regelung in Abschnitt E, Anlage 3b Nr. 3.3 prozentual angepasst, wird die Summe aller RLV-Fallzahlen der entsprechenden Arztgruppe im Vorjahresquartal um den gleichen Prozentsatz erhöht, bevor eine mögliche Zunahme nach den Absätzen (I) und (XI) berechnet wird.

(IX) Bei der Ermittlung der Summe der RLV-Fallzahlen einer Fachgruppe gemäß Absatz (I), erster Halbsatz werden die Summen der RLV-Fallzahlen der Arztgruppen der Fachärzte für Nervenheilkunde, Mehrfachzulassungen aus der Kombination als Facharzt für Neurologie und als Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzte für Neurologie und Fachärzte für Psychiatrie, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie zusammengefasst.

(X) Hat der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen einen Beschluss nach § 100 Abs. 1 oder 3 SGB V getroffen, bleiben RLV-Fälle, die von den betroffenen Ärzten in den betroffenen Planungsbereichen/ Gebieten im aktuellen Quartal erbracht wurden, für diese Ärzte bei der Ermittlung ihrer RLV-Fallzahl nach Absatz (I) unberücksichtigt. Die Regelung beginnt mit der vom Landesausschuss festgestellten (drohenden) Unterversorgung bzw. dem vom Landesausschuss festgestellten lokalen Versorgungsbedarf und endet mit Ablauf des zweiten auf den entsprechenden Aufhebungsbeschluss des Landesausschusses folgenden Quartals.

(XI) Berücksichtigung von ferienbedingten Fallzahlschwankungen

Jedes Quartal wird die prozentuale Veränderung der Anzahl der ferien- und feiertagsfreien Wochentage zwischen Montag und Freitag im Vergleich zum Vorjahresquartal ermittelt. Liegt der Wert nach Satz 1 bei 10% oder höher, bestimmt sich der jeweils zulässige Zuwachs nach Absatz (I) für die Fachgruppe bzw. die einzelnen Ärzte nach der Formel gemäß Abschnitt E, Anlage 6.

7.3.5 Fallwertminderung

(I) Die für einen Arzt zutreffenden fachgruppenspezifische Fallwerte nach Nr. 7.3.2 werden für jeden über 150% der durchschnittlichen RLV-Fallzahl der Fachgruppe hinausgehenden RLV-Fall wie folgt gemindert:

- um 25% für RLV-Fälle über 150% bis 170% der durchschnittlichen RLV-Fallzahl der Fachgruppe,

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

(II) Die durchschnittliche Fallzahl der Fachgruppe nach Absatz (I) wird nach Nr. 7.2.3 ermittelt.

(III) Im Falle des Abschlusses von Selektivverträgen nach §§ 73b, 140a SGB V kann der Vorstand der KVB die Fallwertminderung nach Absatz (I) für eine RLV-Fachgruppe, deren Mitglieder an dem jeweiligen Selektivvertrag teilnehmen, aussetzen.

(IV) Für den Ansatz der RLV-Fälle des Arztes in Absatz (I) gilt Nr. 7.3.4 Absatz (X) entsprechend.

7.3.6 RLV-Erhöhung für Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinische Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten (BAG-Zuschlag)

(I) Aufgrund der gewählten Fallzahlbestimmung für das RLV (RLV-relevante Arztfälle entsprechen in einer Einzelpraxis den RLV-relevanten Behandlungsfällen, in einer Berufsausübungsgemeinschaft, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten ergeben sich die RLV-relevanten Arztfälle aus dem prozentualen Anteil der RLV-relevanten Arztfälle an den RLV-relevanten Behandlungsfällen) wird zum Ausgleich ein BAG-Zuschlag gewährt.

(II) Bei Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten wird angenommen, dass deren Gründung neben Kostenerwägungen auch im Sinne des § 87b Absatz 2 SGB V zur kooperativen Behandlung von Patienten erfolgt(e), um insbes. eine kontinuierliche Betreuung der Patienten während der Woche / des Quartals / des Jahres zu gewährleisten. Wird die Annahme nach Satz 1 im Einzelfall widerlegt, insbes., wenn die jeweilige Kooperationsform zu den üblichen Praxiszeiten keine ununterbrochene Öffnungsdauer im Quartalsverlauf aufweisen kann, kann die RLV-Erhöhung zurückgenommen oder reduziert werden.

(III) In Umsetzung der Vorgaben der KBV, Teil D (vgl. Anlage 5 zu Abschnitt E) wird der kooperativen Behandlung von Patienten wie folgt Rechnung getragen:

Soweit im Folgenden der Kooperationsgrad berücksichtigt wird, ist dieser wie folgt definiert: Kooperationsgrad (KG) je Abrechnungsquartal in Prozent = $((\text{RLV-relevante Arztfallzahl der Arztpraxis im Abrechnungsquartal} / \text{Zahl der Behandlungsfälle gemäß 7.3.3 Absatz [I] im Abrechnungsquartal}) - 1) * 100$. Die Ermittlung des Kooperationsgrades erfolgt dabei unter Berücksich-

tigung der ab Quartal 3/2011 im Bereich der KVB eingeführten Leistungskennzeichnung (GOP 99215).

Das praxisbezogene RLV wird

- a) bei standortübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten einer oder mehrerer Arztgruppen gemäß Abschnitt E, Anlage 1, Nr. 2 um 10 Prozent erhöht, soweit ein Kooperationsgrad von mindestens 10% erreicht wird,
- b) bei nicht standortübergreifenden fach- und schwerpunktgleichen Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten der gleichen Arztgruppe gemäß Abschnitt E, Anlage 1, Nr. 2 um 10 Prozent erhöht,
- c) in nicht standortübergreifenden fach- und schwerpunktübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten, in denen mehrere Ärzte unterschiedlicher Arztgruppen gemäß Abschnitt E, Anlage 1, Nr. 2 tätig sind, wird das RLV unter Berücksichtigung des Kooperationsgrades der Einrichtung oder Praxis um die in nachstehender Tabelle in Prozent ausgewiesenen Anpassungsfaktoren erhöht.

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

Unterschreitet der Kooperationsgrad einer Praxis den Wert von 10 Prozent, so wird bei nicht standortübergreifenden fach- und schwerpunktübergreifenden Praxen ein Anpassungsfaktor in Höhe von 10 Prozent festgelegt, soweit eine der Arztgruppen gemäß Abschnitt E, Anlage 1 Nr. 2 durch mehrere Teilnehmer in der Praxis vertreten ist.

- d) In fachgleichen hausärztlichen (Teil-) Berufsausübungsgemeinschaften zwischen Ärzten gemäß Nr. 1 der Präambel 3.1 des EBM und in fachgleichen Praxen von Ärzten gemäß Nr. 1 der Präambel 3.1 des EBM mit angestelltem Arzt/Ärzten gemäß Nr.1 der Präambel 3.1 des EBM wird das RLV um 22,5 Prozent erhöht. Satz 1 gilt für Ärzte gemäß Nr. 1 der Präambel 4.1 des

EBM entsprechend. Satz 1 gilt für fachgleiche hausärztliche Medizinische Versorgungszentren entsprechend.

(IV) Eine Berufsausübungsgemeinschaft, ein Medizinisches Versorgungszentrum oder eine Praxis mit angestellten Ärzten ist fachübergreifend im Sinne der vorstehenden Bestimmungen, wenn in ihr bzw. ihm jeweils Ärzte mit unterschiedlichen RLV-Arztgruppen/Fachgruppen gemäß Abschnitt E Anlage 1 Nr. 2 tätig sind. Ärzte mit mehreren Gebiets- und/oder Schwerpunktbezeichnungen werden nur mit einem Gebiet oder Schwerpunkt berücksichtigt; Nr. 7.2.5 gilt entsprechend. Zur Abgrenzung standortübergreifender von nicht standortübergreifender Tätigkeit im Sinne der vorgenannten Regelungen wird auf die Betriebsstätte abgestellt (vgl. § 1a Nr. 21 BMV-Ärzte).

7.3.7 Netzaufschlag

(I) Jeder in einem oder mehreren anerkannten Netz(en) nach Nr. 1.5 tätige Arzt erhält nach Anwendung der Regelungen in Nr. 7.3.5 und 7.3.6 einen Netzaufschlag zur Obergrenze.

(II) Die Höhe des Netzaufschlags nach Absatz (I) ergibt sich aus Absatz (III) für einen vollen Teilnahmeumfang und verringert sich in entsprechender Anwendung der Nr. 7.2.2.

(III) Der Netzaufschlag beträgt 125,00 Euro je Arzt und Quartal. Übersteigt das rechnerische Volumen für den Netzaufschlag (Anzahl Netzärzte multipliziert mit 125 Euro unter Berücksichtigung Absatz II) den Wert von 250.000 Euro im Quartal, dann reduziert sich der Netzaufschlag nach Satz 1 auf den sich nach folgender Berechnung ergebenden Wert: 250.000 Euro dividiert durch die entsprechende Anzahl der Netzteilnehmer im Abrechnungsquartal unter Berücksichtigung der Nr. 7.2.2.

(IV) Der Netzaufschlag nach Absatz (I) gilt für die Basis-Netzstufe nach § 1 Absatz (IV) der Richtlinie der KVB gemäß § 87b Abs. 4 SGB V zur Anerkennung von Praxisnetzen.

7.4 Ermittlung QZV

7.4.1 Definition

Jeder Arzt einer Fachgruppe gemäß Abschnitt E, Anlage 1 erhält ein oder mehrere QZV, die für seine Fachgruppe nach Abschnitt E, Anlage 2 bestimmt sind, wenn deren Voraussetzungen gegeben sind. Die Höhe des jeweiligen QZV eines Arztes ergibt sich aus der Multiplikation des

fachgruppenspezifischen Fallwertes für das jeweilige QZV gemäß 7.4.2 und der Anzahl der QZV-Fälle des Arztes gemäß Nr. 7.4.3.

7.4.2 Fallwert(e) QZV

(I) Für die in Abschnitt E, Anlage 2 aufgeführten Leistungsbereiche werden QZV gebildet. Die für das oder mehrere ggf. zu ermittelnde QZV eines Arztes maßgeblichen Fallwerte bestimmen sich nach den Vorgaben in Abschnitt E, Anlage 3a Nr. 5.2. Die Fallwerte gelten, ggf. unter Berücksichtigung einer Anpassung nach Nr. 4.2 für die Quartale eines Kalenderjahres.

(II) Ein Arzt hat Anspruch auf eines oder mehrere arztgruppenspezifische QZV, wenn

- er mindestens eine Leistung des entsprechenden QZV im jeweiligen Abrechnungsquartal erbracht hat und
- er die zutreffende Gebiets- bzw. Schwerpunktbezeichnung führt. Unterliegt die Voraussetzung zur Erbringung von in QZV aufgeführten Leistungen einer Qualifikation nach § 135 Absatz 2 SGB V, § 137 SGB V oder dem Führen einer Zusatzbezeichnung, ist der Nachweis zusätzlich erforderlich.

7.4.3 Fallzahl

Für das QZV relevante Fälle sind alle Fälle eines Arztes im Abrechnungsquartal, in denen wenigstens eine der Leistungen, die dem jeweiligen QZV zugeordnet sind, von dem Arzt abgerechnet und anerkannt wurden (Leistungsfall).

8. Bereinigung

(I) Gem. Teil B, Nr. 3.5 der Vorgaben der KBV zur Honorarverteilung (§ 87b Absatz 4 SGB V) sind im aktuellen Abrechnungsquartal in den Vergütungsvolumina die notwendigen Bereinigungen, die durch das SGB V vorgesehen sind, sowie Änderungen in der Abgrenzung der MGV zu berücksichtigen. Die Berücksichtigung gilt für die einmalige und basiswirksame Erhöhung des Behandlungsbedarfs gem. § 87a Abs. 5 Satz 10 SGB V ab 01.01.2016 entsprechend.

(II) Im Vergütungsvolumen des PFG-Grundbetrags erfolgt keine Bereinigung aufgrund einer Vereinbarung nach § 116b SGB V.

(III) Im Vergütungsvolumen des hausärztlichen und des fachärztlichen Grundbetrags erfolgt die Berücksichtigung grundsätzlich dort, wo die entsprechende Leistung zuzuordnen ist, das heißt, in den leistungsbezogenen Vorwegabzügen gem. Nr. 5.1 bzw. 6.1 oder den arztgruppenspezifischen

schen Verteilungsvolumen gem. Nr. 5.2 bzw. 6.2 unter Berücksichtigung des Fremdkassenzahlungsausgleichs.

(IV) Innerhalb der arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen gem. Nr. 5.2 bzw. 6.2 erfolgt für die entsprechend zuzuordnenden Leistungen eine weitergehende Berücksichtigung für folgende Sachverhalte:

a) Selektivverträge/Modellvorhaben

Nach Abschluss von Selektivverträgen nach §§ 73b, 140a SGB V (gilt auch für Verträge nach § 73c, § 140 a ff. SGB V i.d.F. bis 22.07.2015) entscheidet der Vorstand über eine ggf. erforderliche praxisindividuelle Bereinigung der RLV und ggf. der QZV, soweit dies nicht durch Ansatz der Fallzahlen nach Nr. 7.3.3 und 7.4.3 berücksichtigt wird. Dabei sind die Vorgaben der KBV, Teil F zu berücksichtigen. Satz 1 gilt entsprechend in den Fällen des § 64 Absatz 3 Sätze 5 bis 7 SGB V.

b) § 115b SGB V

Das quartalsweise Ausdeckelungsvolumen im Zusammenhang mit der Umsetzung des Vertrages nach § 115b Abs. 1 SGB V und der damit verbundenen Änderung in der Abgrenzung der morbiditätsbezogenen Gesamtvergütung zum 01.01.2013 wird anteilig auf die Vergütungsbereiche nach Abschnitt E, Anlage 3b Nr. 4.1 a) bis c) sowie e) und f) aufgeteilt.

Für Ärzte, die RLV-relevante Leistungen nach § 115b SGB V abrechnen, erfolgt eine Bereinigung der Obergrenze. Das arztbezogene Bereinigungsvolumen ergibt sich aus dem im aktuellen Quartal gezahlten Honorar für RLV-relevante Leistungen nach § 115b SGB V (in Fällen, in denen ein RLV gewährt wurde) multipliziert mit dem Verhältnis der gesamten Honorare für die auszudeckelnden Leistungen gem. § 115b im Quartal des Jahres 2012 (Basis für die kassenseitige Ausdeckelung) und der Honorare für die entsprechenden Leistungen im aktuellen Quartal.

c) § 116b SGB V

Kommt es aufgrund einer Vereinbarung nach § 116b Abs. 6 Satz 2 SGB V zu einer Bereinigung der MGV nach Maßgabe einer Vorgabe des Bewertungsausschusses (§ 116b Abs. 6 Satz 13 SGB V) und deren landesrechtlicher vertraglicher Umsetzung, wird der Bereinigungsbetrag anteilig auf die Vergütungsbereiche nach Abschnitt E, Anlage 3b Nr. 4.1 a) bis c) sowie e) und f) aufgeteilt.

Für Ärzte, die der Obergrenze unterliegen und gleichzeitig an der ambulant spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V teilnehmen, erfolgt eine Bereinigung der Obergrenze

für RLV-relevante Leistungen auf Grundlage der von den Krankenkassen nach § 87 Abs. 3f SGB V übermittelten spezialfachärztlichen Patientenzahlen.

- d) Überführung sonstiger Leistungen aus der MGV in die Einzelleistungsvergütung
Kommt es zu einer Honorarvereinbarung, die zu einer Überführung von Leistungen aus der MGV in den Bereich der Einzelleistungsvergütung führt, wird der entsprechende Ausdeckungsbetrag anteilig auf die Vergütungsbereiche nach Abschnitt E, Anlage 3b Nr. 4.1 a) bis c) sowie e) und f) aufgeteilt. Für Ärzte, die RLV-relevante Leistungen abrechnen, die von der Ausdeckung nach Satz 1 betroffen sind, erfolgt eine Bereinigung der Obergrenze. Der Anteil entspricht dabei dem Anteil des vom jeweiligen Arzt im jeweiligen Quartal außerhalb der MGV abgerechneten Honorars am Gesamthonorar für diese Leistungen.

(V) Für die arztbezogene Bereinigung gilt jeweils, dass die Obergrenze den Wert Null nicht unterschreiten darf und der Vorstand generell oder für einen der unter a)-d) genannten Fälle eine Geringfügigkeitsgrenze festlegen kann.

(VI) Soweit die Festlegungen zur Bereinigung nach den vorstehend genannten Regelungen einer weiteren Konkretisierung bedürfen, wird der Vorstand ermächtigt, das Nähere zu regeln.

Abschnitt C – unbesetzt

Abschnitt D – Einzelfallregelungen

1. Einzelfallregelungen auf Antrag mit Auswirkung auf die Obergrenze

1.1 Korrektur der Obergrenze mit Bezug zur Fallzahl

(I) Kommt die Regelung in Abschnitt B, Nr. 7.3.4 (Fallzahlzuwachsbeschränkung) zur Anwendung mit der Folge, dass die für das RLV maßgebliche Fallzahl grundsätzlich auf Basis des Vorjahresquartals ermittelt wird, kann im Einzelfall eine Korrektur der Obergrenze mit Bezug zur Fallzahl nach Maßgabe der nachstehenden Regelungen beantragt werden.

(II) Bei einer außergewöhnlich starken Erhöhung der Fallzahl kann die Regelung nach Abschnitt B, Nr. 7.3.4 ausgesetzt oder angepasst werden, wenn die Erhöhung auf einen der nachfolgenden Tatbestände zurückzuführen ist:

- Urlaubs- und krankheitsbedingte Vertretung eines Arztes der eigenen Berufsausübungsgemeinschaft,
- Urlaubs- und krankheitsbedingte Vertretung eines Arztes einer Praxis in der näheren Umgebung der Praxis,
- Aufgabe einer Zulassung oder genehmigten Tätigkeit eines Arztes der eigenen Berufsausübungsgemeinschaft,
- Aufgabe einer Zulassung oder genehmigten Tätigkeit eines Arztes in der näheren Umgebung der Praxis,
- Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit in einem Planungsbereich, der an einen Planungsbereich grenzt, in dem für die Arztgruppe des Antragstellers ein Beschluss des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen nach § 100 Absatz 1 oder 3 SGB V vorliegt und der Antragsteller Patienten aus dem angrenzenden Planungsbereich in nicht untergeordnetem Umfang versorgt,
- durch eine Terminservicestelle gemäß § 75 Absatz 1a SGB V vermittelte Behandlungsfälle,
- außergewöhnlicher und/oder durch den Arzt unverschuldeter Grund, der zu einer niedrigeren Fallzahl des Arztes im Vorjahresquartal geführt hat. Hierzu zählt z. B. Krankheit des Arztes.

(III) Voraussetzung für eine Berücksichtigung nach Absatz (II) ist grundsätzlich eine Fallzahlsteigerung, die den durchschnittlichen prozentualen Fallzahlanstieg der Fachgruppe nominal um mehr als 10 Prozentpunkte übersteigt. Von der Anwendung des Satzes 1 kann in begründeten Ausnahmefällen abgesehen werden, insbesondere wenn die Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit an einen Planungsbereich grenzt, in dem für die Arztgruppe des Antragstellers ein Beschluss des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen nach § 100 Absatz 1 oder 3 SGB V vorliegt oder es sich um einen Zuwachs im Sinne Absatz (II), sechster Spiegelstrich handelt.

(IV) Die Korrektur der Obergrenze nach Absatz (II) ist entsprechend der Dauer des für die Korrektur ursächlichen Ereignisses zu befristen und gilt nur für das Quartal, auf das sich der Antrag nach Absatz (II) bezieht.

(V) Für den Fall, dass Selektivverträge, die eine Vollversorgung zum Inhalt haben, enden, insbes. durch Kündigung, mit der Folge, dass die eingeschriebenen Versicherten im Vorjahresquartal keinen Fall im Sinne von Abschnitt B, Nr. 7.3.3 ausgelöst haben, unterbleibt für die Ärzte, die an diesem Selektivvertrag teilgenommen haben für die vier auf die rechtswirksame Beendigung des Selektivvertrages folgenden Quartale die Anwendung der Regelung in Teil B, Nr. 7.3.4.

(VI) Das Nähere regelt der Vorstand in Durchführungsrichtlinien.

1.2 Korrektur der Obergrenze mit Bezug zum Fallwert aufgrund eines besonderen Versorgungsbedarfs

(I) Auf Antrag kann die Obergrenze je Arzt angepasst werden, wenn ein besonderer Versorgungsbedarf festgestellt wird.

(II) Ein besonderer Versorgungsbedarf kann sich ergeben aus einem besonderen Versorgungsauftrag oder einer besonderen, für die Versorgung bedeutsamen fachlichen Spezialisierung.

(III) Ein besonderer Versorgungsbedarf im Sinne einer bedeutsamen fachlichen Spezialisierung liegt nur dann vor, wenn

- a) die Überschreitung der Obergrenze überdurchschnittlich (RLV-Fachgruppe) ist,
- b) der Obergrenzenfallwert des Antragstellers im aktuellen Quartal auf Basis des anerkannten Leistungsbedarfs (B€GO) wenigstens 20% über dem korrespondierenden Obergrenzenfallwert der Fachgruppe liegt,
- c) die Leistungen des besonderen Versorgungsbedarfs im Sinne einer bedeutsamen fachlichen Spezialisierung wenigstens 20% des Gesamtleistungsbedarfs EBM (ohne Kostenpauschalen) des Antragstellers umfassen, und
- d) der jeweilige Fallwert des Antragstellers (RLV und/oder QZV) im aktuellen Quartal auf Basis des anerkannten Leistungsbedarfs (B€GO) wenigstens 15% über dem jeweiligen Fallwert (RLV und/oder QZV) der Fachgruppe liegt.

(IV) Von den Regelungen nach Absatz (III) ausgenommen sind Ärzte mit Mehrfachzulassungen und Fachärztliche Internisten mit Tätigkeit in mehreren Schwerpunkten, soweit eine eindeutige Schwerpunkttätigkeit in einem Schwerpunkt (Abschnitt B Nr. 7.2.5) nicht gegeben ist.

(V) Für den Fall der Anerkennung eines besonderen Versorgungsbedarfs wird die Obergrenze des Antragstellers erhöht. Die Erhöhung erfolgt für das Quartal der Antragstellung und die folgenden drei Quartale, solange und soweit die Voraussetzungen für die Anerkennung des besonderen Versorgungsbedarfs fortbestehen. Das Fortbestehen der Voraussetzungen kann quartalsweise überprüft werden und berechtigt im Falle des Wegfalls einer oder mehrerer Voraussetzungen zum Widerruf der Stattgabe ab dem Zeitpunkt, zu dem die Voraussetzungen tatsächlich nicht mehr gegeben waren. Ist der Antragsteller in einer Praxis mit mehreren Teilnehmern tätig, erfolgt eine Erhöhung nur, soweit die Voraussetzung des Absatzes (III) Buchstabe a) für die Praxis gesamt unter Berücksichtigung der vertretenen Fachgruppen und des Tätigkeitsumfangs erfüllt ist.

(VI) Das Nähere regelt der Vorstand in Durchführungsrichtlinien.

1.3 Beschäftigung von Weiterbildungsassistenten (Abschnitt B, Nr. 7.2.4 Absatz (II))

(I) Kommen im Einzelfall die Regelungen der Fallzahlzuwachsbeschränkung nach Abschnitt B Nr. 7.3.4 und/oder der Fallwertminderung nach Abschnitt B Nr. 7.3.5 zur Anwendung, kann der davon betroffene Arzt, der einen Assistenten im Rahmen der Weiterbildung nach § 75a SGB V beschäftigt, auf Antrag in Umsetzung von § 32 Abs. 3 Satz 2 Ärzte-ZV von den Wirkungen der Regelungen in Nr. 7.3.4 und 7.3.5 freigestellt werden.

(II) Die Freistellung nach Absatz (I) erfolgt durch eine entsprechende Erhöhung der Obergrenze.

(III) Honoraranteile außerhalb der Obergrenze, die auf der Tätigkeit des Weiterbildungsassistenten beruhen, sind bei der Erhöhung gemäß Absatz (II) mindernd zu berücksichtigen.

(IV) Das Nähere regelt der Vorstand in Durchführungsrichtlinien.

2. Härtefallregelung

(I) Führt die Anwendung der Bestimmungen zu den RLV bzw. QZV dieses HVM im Einzelfall zu einer unzumutbaren Härte, kann auf Antrag aus Sicherstellungsgründen über die vorstehenden Regelungen hinaus eine Anpassung der Obergrenze erfolgen, wenn die Härte durch Vorlage entsprechender Nachweise (z.B. Einnahmenüberschuss-Rechnung) belegt ist.

(II) Ausgleichsregelung

a) Bei einem Rückgang des Gesamthonorars einer Praxis im Vergleich zum korrespondierenden Quartal des Jahres 2012 kann nach folgender Maßgabe auf Antrag ein Ausgleich erfolgen: Kommt es aufgrund der Anwendung der Bestimmungen des HVM bezogen auf die in der

Praxis vertretene(n) RLV-Fachgruppen (Abschnitt E, Anlage 1) zu einem Rückgang des Auszahlungspreises in Höhe von mehr als 15%, wird der Auszahlungspreis auf 85% des Auszahlungspreises im jeweils korrespondierenden Quartal des Jahres 2012 angehoben. Der Rückgang des Gesamthonorars wird ohne Kostenpauschalen und unter Berücksichtigung aller in der Praxis vertretenen Teilnehmer aller in der Praxis vertretenen RLV-Fachgruppen sowie einer möglichen Änderung der Arztzahl bzw. des Teilnahmeumfangs ermittelt. Bei dieser Ermittlung wird die Steigerung des Orientierungswertes ab dem Jahr 2013 (§ 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V) berücksichtigt. Der Auszahlungspreis ergibt sich dabei jeweils aus der Division von ausgezahltem Leistungsbedarf und anerkanntem Leistungsbedarf (B€GO, ohne Kostenpauschalen, Summe aller in der Praxis vertretenen Teilnehmer aller in der Praxis vertretenen RLV-Fachgruppen).

b) Zahlungen aus dieser Regelung sind bei nachträglichen Einzelfallentscheidungen nach diesem HVM mindernd zu berücksichtigen.

c) Die Finanzierung eines Ausgleichs nach den vorstehenden Bestimmungen erfolgt fachgruppenbezogen (Abschnitt E, Anlage 1) grundsätzlich aus einem nach Durchführung der Regelungen in Abschnitt E, Anlage 3b im arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen verbleibenden Guthaben, im Übrigen erfolgt die Finanzierung gemäß Abschnitt F Nr. 1, Buchst. c i.V.m. Nr. 2.

(III) Das Nähere regelt der Vorstand in Durchführungsrichtlinien.

3. Fristen – Rechtsbehelf

(I) Über Anträge nach Nr. 1 und 2 entscheidet die KVB.

(II) Antragsfrist

Anträge nach Nr. 2 können frühestens mit Bekanntgabe des Honorarbescheids des Quartals gestellt werden, auf das sich der Antrag bezieht. Anträge nach Nr. 1 und 2 sind spätestens einen Monat nach Bekanntgabe des Honorarbescheids des Quartals zu stellen, auf das sich der Antrag bezieht. Eine darüber hinaus gehende rückwirkende Antragstellung ist ausgeschlossen. Für die Rechtzeitigkeit des Antrags ist der Zugang bei der KVB maßgeblich.

(III) Sind mehrere Anträge nach Nr. 1 und 2 durch den gleichen Arzt für den gleichen Zeitraum gestellt, und werden Entscheidungen dazu unabhängig voneinander mit dem Widerspruch angegriffen, können diese zu einem Verfahren verbunden werden.

(IV) Werden weitere Anträge nach diesem HVM, die sich auf eine Anpassung der Obergrenze richten, gestellt, gilt Absatz (III) entsprechend.

4. Fallwertminderung (Abschnitt B, Nr. 7.3.5 Absatz (I))

Aus Sicherstellungsgründen kann im Einzelfall von der Minderung des Fallwertes abgewichen werden. Das Nähere bestimmt die KVB.

Abschnitt E – Anlagen

Anlage 1 – RLV-Fachgruppen

1. Zuordnung

- 1.1 Grundsätzlich erfolgt eine Zuordnung nach dem Gebiet der Zulassung (bzw. Ermächtigung). Für Mehrfachzulassungen gilt Abschnitt B, Nr. 7.2.5.
- 1.2 In den nachstehenden Fachgruppen gilt ergänzend oder abweichend von Nr. 1.1 ein anderer Zuordnungs-Modus:
 - 1.2.1 Fachärzte für Innere Medizin, die an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen
Die Zuordnung von Fachärzten für Innere Medizin, die an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen, erfolgt grundsätzlich nach den geführten Schwerpunkten; in Zweifelsfällen richten sich RLV und QZV nach dem Gebiet, in dem die Grundpauschalen überwiegend (mehr als 50%) abgerechnet werden.
 - 1.2.2 Ausschließlich an der fachärztlichen Versorgung teilnehmende Allgemeinärzte
Allgemeinärzte und Ärzte ohne Gebietsbezeichnung, die nach einer Entscheidung des Zulassungsausschusses ausschließlich an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen (§ 73 Absatz 1a Satz 5 SGB V) werden dem Fachgebiet zugeordnet, in dem sie auf Grundlage der Entscheidung des Zulassungsausschusses fachärztlich tätig sind.

2. Für das RLV relevante Arztgruppen / Fachgruppen

- Fachärzte für Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen
- Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin
- Fachärzte für Anästhesiologie
- Fachärzte für Augenheilkunde
- Fachärzte für Chirurgie, Fachärzte für Herzchirurgie, Fachärzte für Kinderchirurgie, Fachärzte für Plastische Chirurgie, Fachärzte für Plastische Chirurgie und Ästhetische Chirurgie, Fachärzte für Thoraxchirurgie sowie Fachärzte für Visceralchirurgie
- Fachärzte für Chirurgie mit Schwerpunkt Gefäßchirurgie, Fachärzte für Gefäßchirurgie
- Fachärzte für Neurochirurgie
- Fachärzte für Frauenheilkunde
- Fachärzte für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
- Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten
- Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie, Fachärzte für Innere Medizin und Angiologie
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Endokrinologie, Fachärzte für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie, Fach-

- ärzte für Innere Medizin und Gastroenterologie
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato- / Onkologie, Fachärzte für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie, Fachärzte für Innere Medizin und Kardiologie, Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie und invasiver Tätigkeit
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie, Fachärzte für Lungenheilkunde, Fachärzte für Innere Medizin und Pneumologie
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie, Fachärzte für Innere Medizin und Rheumatologie
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Nephrologie, Fachärzte für Innere Medizin und Nephrologie
- Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie
- Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Fachärzte für Kieferchirurgie
- Fachärzte für Nervenheilkunde, Mehrfachzulassungen aus der Kombination als Facharzt für Neurologie und als Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
- Fachärzte für Neurologie
- Fachärzte für Nuklearmedizin
- Fachärzte für Orthopädie, Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie
- Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie, Fachärzte für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen, Mehrfachzulassungen aus der Kombination als Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde und als Facharzt für Phoniatrie und Pädaudiologie bzw. Facharzt für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen
- Fachärzte für Psychiatrie, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie
- Fachärzte für Radiologie, Fachärzte für Diagnostische Radiologie, Fachärzte für Strahlentherapie
- Fachärzte für Urologie
- Fachärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin, Fachärzte für Physiologie, Fachärzte für Physiotherapie
- Kuratorium für Dialyse und Nierentransplantation

Anlage 2 – Zuordnung der QZV

Fachärzte für Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Akupunktur	30790, 30791
Allergologie	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123
Behandlung des diabetischen Fußes	02311
Behandlung von Hämorrhoiden	30610, 30611
Chirotherapie	30200, 30201
Ergometrie	03321
Hyposensibilisierungsbehandlung	30130, 30131
Kardiorespiratorische Polygraphie	30900
Kleinchirurgie	02300, 02301, 02302, 02310
Langzeit-Blutdruckmessung	03324
Langzeit-EKG	03241, 03322
Phlebologie	30500,30501
Physikalische Therapie	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421
Proktologie Hausärzte	03331, 30600, 30601
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120
Richtlinienpsychotherapie I, probatorische Sitzung	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150
Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760
Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092
Sonographie III Hausärzte	33060, 33061, 33062
Spirometrie	03330
Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102
Verordnung medizinischer Rehabilitation	01611

Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin ohne Schwerpunkt und fachärztlich tätige Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Allergologie	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123
Hyposensibilisierungsbehandlung	30130, 30131
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120
Richtlinienpsychotherapie I, probatorische Sitzung	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150
Spirometrie Kinder- und Jugendärzte	04330
Sonographie 4 – fach-/hausärztlich	33010, 33011, 33012, 33040, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33076, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092
Sonographie offene Fontanelle	33052
Sonographie Säuglingshöften	33051
Kinderkardiologie	04410, 04417*, 04418, 04419, 04420
Neuropädiatrie	04430, 04431, 04433, 04434, 04435, 04436, 04437, 04439
Hämatologie/Onkologie	04441, 04442, 04443
Gastroenterologie	04511, 04512, 04513, 04516, 04517, 04521, 04523, 04525, 04527
Pneumologie	04530, 04532, 04534, 04535, 04536, 04537
Rheumatologie	04550, 04551
Endokrinologie	04580
Ergometrie Kinder- und Jugendärzte	04321
Langzeit-EKG / Langzeit-Blutdruck	04241, 04322, 04324
Duplex-Sonographie Gefäße (Farbduplex)	33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075

*ab 01.04.2016

Fachärzte für Anästhesiologie

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Akupunktur	30790, 30791
Dringende Besuche	01411, 01412
Narkosen bei Geburtshilfe	05360, 05361, 05370, 05371, 05372
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512
Richtlinienpsychotherapie I, probatorische Sitzung	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150
Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760
Schwangerschaftsabbruch (Anästhesie)	01903, 01910, 01913
Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102

Fachärzte für Augenheilkunde

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Elektroophthalmologie	06312
Fluoreszenzangiographie	06331
Kontaktlinsenversorgung	06340, 06342
Erstanpassung Kontaktlinsen	06341
Anpassung vergrößernder Sehhilfen	06343
Orthoptik	06320

Fachärzte für Chirurgie, Fachärzte für Herzchirurgie, Fachärzte für Kinderchirurgie, Fachärzte für Plastische Chirurgie, Fachärzte für Plastische Chirurgie und Ästhetische Chirurgie, Fachärzte für Thoraxchirurgie sowie Fachärzte für Visceralchirurgie

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Akupunktur	30790, 30791
Behandlung des diabetischen Fußes	02311
Chirotherapie	30200, 30201
Gastroenterologie I	13400, 13401, 13402, 13410, 13411, 13412
Phlebologie	30500, 30501
Physikalische Therapie	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421
Proktologie Chirurgie	30600, 30601
Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760
Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092
Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503
Ulcus cruris, CVI	02312, 02313
Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102

**Fachärzte für Chirurgie mit Schwerpunkt Gefäßchirurgie,
Fachärzte für Gefäßchirurgie**

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Behandlung von Ulcera oder Nekrosen / Kompressionstherapie	02310, 02311, 02312, 02313
Intermittierende fibrinolytische Therapie und/oder Prostanoid-Therapie	13310
Intermittierende apparative Kompressionstherapie	30401
Phlebologischer Komplex	30500
Verödung von Varizen	30501
Sonographie Gefäße Gefäßchirurgie	33060, 33061, 33063, 33070, 33071, 33072*, 33073, 33075*
Sonographie Gefäßchirurgen	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33076, 33081, 33090, 33091, 33092
Röntgen-Aufnahmen der Hand, des Fußes	34232

*soweit nicht in Anlage 4a geregelt

Fachärzte für Neurochirurgie

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Physikalische Therapie Neurochirurgie	30300, 30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421
Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760
Mitbetreuung von Patienten mit neurologischer Erkrankung	16230, 16231
Diagnostik / Behandlung von Wirbelsäulenerkrankungen	16232
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

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Reproduktionsmedizin	08230
Richtlinienpsychotherapie I, probatorische Sitzung	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150

Fachärzte für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Allergologie	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123
Bronchoskopie HNO-Heilkunde	09315, 09316
Chirotherapie	30200, 30201
Dringende Besuche	01411, 01412
Hyposensibilisierungsbehandlung	30130, 30131
Kardiorespiratorische Polygraphie	30900
Phoniatrie, Pädaudiologie	09330, 09331, 09332, 09333, 09335, 09336
Polysomnographie	30901
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120
Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760
Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092
Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503
Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102
Otoneurologischer Komplex / otoakustische Emissionen	09324, 09325, 09326, 09327

**Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt,
die an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen**

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Behandlung von Hämorrhoiden	30610, 30611
Kardiorespiratorische Polygraphie	30900
Kleinchirurgie	02300, 02301, 02302, 02310
Kontrolle Herzschrittmacher	13552, 13554**
Langzeit-EKG Internisten	13252, 13253
Nuklearmedizinische Diagnostik (Fachkunde)	17310, 17311, 17312, 17320, 17330, 17331, 17332, 17333, 17360, 17361, 17362, 17363
Phlebologie	30500, 30501
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510*, 01511*, 01512*
Proktologie	13257, 13260, 30600, 30601
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120
Richtlinienpsychotherapie I, probatorische Sitzung	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150
Sonographie IIIa – Fachärztliche Internisten ohne Schwerpunkt	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33076
Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503
Ulcus cruris, CVI	02312, 02313

*soweit nicht in Anlage 4a geregelt

**ab 01.04.2016

Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie, Fachärzte für Innere Medizin und Angiologie

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Behandlung des diabetischen Fußes	02311
Interventionelle Radiologie	01530, 01531, 34283, 34284, 34285, 34286, 34287
Phlebologie	30500, 30501
Physikalische Therapie	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512
Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092
Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040
Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503
Ulcus cruris, CVI	02312, 02313
Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102
Nuklearmedizinische Diagnostik (Fachkunde)	17310, 17311, 17312, 17320, 17330, 17331, 17332, 17333, 17360, 17361, 17362, 17363

Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Endokrinologie, Fachärzte für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Nuklearmedizinische Diagnostik (Fachkunde)	17310, 17311, 17312, 17320, 17330, 17331, 17332, 17333, 17360, 17361, 17362, 17363
Osteodensitometrie	34600

**Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie
Fachärzte für Innere Medizin und Gastroenterologie**

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Duplex-Sonographie Gefäße (Farbduplex) Gastroenterologie	33073, 33075
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung Gastroenterologen	01510*, 01511*
Behandlung von Hämorrhoiden	30610, 30611

*soweit nicht in Anlage 4a geregelt

**Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato- / Onkologie,
Fachärzte für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie**

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Dringende Besuche	01411, 01412
Gastroenterologie für (Hämato-)Onkologen	13400, 13402
Labor- Grundpauschale	12225
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120
Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760
Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040
Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503
Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102

**Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie, Fachärzte für Innere Medizin und Kardiologie,
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie und invasiver Tätigkeit**

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Ergospirometrie	13560
Echokardiographie	33020, 33021, 33022 und 33023
Sonographie Gefäße Kardiologie	33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
Röntgen Thorax	34240 und 34241
Nuklearmedizinische Diagnostik Kardiologie (Fachkunde)	17310, 17311, 17312, 17320, 17332, 17333, 17360, 17361

Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie, Fachärzte für Lungenheilkunde, Fachärzte für Innere Medizin und Pneumologie

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Ergospirometrie	13660
Polysomnographie	30901
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, Fachärzte für Innere Medizin und Rheumatologie

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Akupunktur	30790, 30791
Chirotherapie	30200, 30201
Dringende Besuche	01411, 01412
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 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
Osteodensitometrie	34600
Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102
Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512
Gelenkpunktionen	02340, 02341
Infusionen	02100, 02101
Rheumatologisches Assessment	13701

Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Nephrologie, Fachärzte für Innere Medizin und Nephrologie

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Behandlung des diabetischen Fußes	02311
Dringende Besuche	01411, 01412
Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102
Transfusionen	02110, 02111
Behandlung sekundär heilender Wunden / Decubitalulcus	02310
Ergometrie Nephrologie	13251
Echokardiographie Nephrologie	33020, 33021, 33022
Sonographie Abdomen	33042
Sonographie Gefäße Nephrologen	33070, 33072, 33073, 33075

**Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie**

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Dringende Besuche	01411, 01412
Neurophysiologische Übungsbehandlung	30300, 30301
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120
Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142
Unvorhergesehene Inanspruchnahme ohne Samstag	01100, 01101
Inanspruchnahme an Samstagen	01102
Kinder- und jugendpsychiatrische Gruppenbehandlung	14221
Funktionelle Entwicklungstherapie Gruppenbehandlung	14311
Mitbetreuung von Patienten mit psychiatrischer Erkrankung	14313, 14314
Elektroenzephalogramm	14320
Neurophysiologische Untersuchung (SEP, VEP, AEP, MEP)	14331

Fachärzte für Nervenheilkunde, Mehrfachzulassungen aus der Kombination als Facharzt für Neurologie und als Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Akupunktur	30790, 30791
Betreuung neurologisch und psychisch Kranker im sozialen Umfeld	16230, 16231, 21230, 21231
Kardiorespiratorische Polygraphie	30900
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120
Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142
Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760
Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102
Lumbalpunktion	02342

Fachärzte für Neurologie

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Akupunktur	30790, 30791
Betreuung neurologisch und psychisch Kranker im sozialen Umfeld	16230, 16231, 21230, 21231
Kardiorespiratorische Polygraphie	30900
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120
Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142
Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760
Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102
Lumbalpunktion	02342

Fachärzte für Nuklearmedizin

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Labor- Grundpauschale	12225
MRT	34410, 34411, 34420, 34421, 34422, 34430, 34431, 34440, 34441, 34442, 34450, 34451, 34452, 34460
MRT-Angiographie	34470, 34475, 34480, 34485, 34486, 34489, 34490, 34492
Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092
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
Inanspruchnahme an Samstagen	01102
Mamma-Sonographie	33041
CT	34310, 34311, 34312, 34320, 34321, 34322, 34330, 34340, 34341, 34342, 34343, 34344, 34345, 34350, 34351, 34360, 34504, 34505

Fachärzte für Orthopädie, Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Akupunktur	30790, 30791
Chirotherapie	30200, 30201
Osteodensitometrie	34600
Physikalische Therapie	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120
Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760
Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092
Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503
Rheumatologische Funktionsdiagnostik	18320
Rheumatologische Behandlung	18700

Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie, Fachärzte für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen, Mehrfachzulassungen aus der Kombination als Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde und als Facharzt für Phoniatrie und Pädaudiologie bzw. Facharzt für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Allergologie Phoniatrie	30110, 30111, 30120
Hyposensibilisierungsbehandlung	30130, 30131
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120
Pädaudiologie	20324, 20327, 20335, 20336
Auditive Verarbeitung und Wahrnehmungsabklärung	20370, 30300, 30301, 35300, 35301
Stimm-, Sprach- und Schluckdiagnostik	20330, 20331, 20332, 20333, 20350, 20351, 20352, 20353, 20371
Videostroboskopie	20314
Stimm-, Sprach- und Schlucktherapie	20360, 20361
Sonographie Phoniater	33010, 33011, 33012

Fachärzte für Psychiatrie, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Akupunktur	30790, 30791
Betreuung neurologisch und psychisch Kranker im sozialen Umfeld	16230, 16231, 21230, 21231
Kardiorespiratorische Polygraphie	30900
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120
Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142
Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760
Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102
Lumbalpunktion	02342

Fachärzte für Radiologie, Fachärzte für Diagnostische Radiologie, Fachärzte für Strahlentherapie

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
CT (ohne Bestrahlungsplanung)	34310, 34311, 34312, 34320, 34321, 34322, 34330, 34340, 34341, 34342, 34343, 34344, 34345, 34350, 34351, 34504, 34505
CT Bestrahlungsplanung	34360
Interventionelle Radiologie	01530, 01531, 34283, 34284, 34285, 34286, 34287
MRT ohne Mamma	34410, 34411, 34420, 34421, 34422, 34430, 34440, 34441, 34442, 34450, 34451, 34452, 34460
MRT-Angiographie	34470, 34475, 34480, 34485, 34486, 34489, 34490, 34492
Osteodensitometrie	34600
Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092
Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040
Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
MRT der Mamma	34431
kurative Mammographie und Mammasonographie	34270, 34271, 34272, 34273, 34275, 33041
Nuklearmedizin	17310 bis 17373

Fachärzte für Urologie

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Inkontinenzbehandlung	26313
Zusatzpauschale Onkologie	26315
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120
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 Physikalische und Rehabilitative Medizin, Fachärzte für Physiologie, Fachärzte für Physiotherapie

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Akupunktur	30790, 30791
Neurophysiologische Übungsbehandlung	30300, 30301
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120
Richtlinienpsychotherapie I, probatorische Sitzung	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150
Schmerztherapeutische spezielle Behandlung I	30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751
Infusion Analgetika oder Lokalanästhetika , TENS	30710, 30712
Überwachung nach GOP 30710, 30721, 30722, 30724,30730	30760
Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092
Verordnung medizinischer Rehabilitation	01611
Physikalisch-rehabilitative Diagnostik und Therapie	27332, 27333

Kuratorium für Dialyse und Nierentransplantation

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Transfusionen	02110, 02111
Behandlung sekundär heilender Wunden / Decubitalulcus	02310
Sonographie Abdomen	33042
Sonographie Gefäße Nephrologen	33070, 33072, 33073, 33075

Vorbemerkung zu den Anlagen 3a und 3b:

In Anlage 3a wird die Systematik zur Berechnung der Fallwerte dargestellt.

In Anlage 3b wird die Systematik zur finanziellen Steuerung der Fachgruppenfonds in der Quartalsabrechnung dargestellt.

Anlage 3a – Berechnung der kalkulatorischen Fallwerte

1. Ausgangsgröße

Die für das Jahr 2011 vereinbarte, hinsichtlich §§ 73b, 73c, 140a ff., 116b SGB V oder aus anderen Gründen unbereinigte morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) stellt die Ausgangsgröße für die Berechnung der Fallwerte dar. Diese Ausgangsgröße wird nach dem Honorarvertrag für das Jahr 2012 um 1,25% (vgl. § 87d Abs. 2 Satz 1 SGB V) sowie um die Steigerungsraten der Orientierungswerte gem. § 87 Abs. 2e SGB V ab dem Jahr 2012 erhöht. Der sich danach ergebende Betrag wird auf den haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich verteilt. Es entsteht jeweils ein versorgungsbereichsspezifisches Verteilungsvolumen für die Fallwertberechnung. Die Berechnung erfolgt auf Grundlage von Jahreswerten 2011, soweit nicht nachfolgend Abweichendes bestimmt ist.

2. Versorgungsbereichsspezifisches Verteilungsvolumen für die Fallwertberechnung

2.1 Hausärztliches Verteilungsvolumen für die Fallwertberechnung

Das hausärztliche Verteilungsvolumen wird zur Berechnung der Fallwerte wie folgt angepasst:

- a) Abzug für belegärztliche Leistungen,
- b) Abzug für Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM, sofern diese Pauschalen nicht bereits im vorstehenden Abzug erfasst wurden,
- c) Abzug zur Berücksichtigung des Ausdeckelungsvolumens für GOP 35150 und Kap. 35.2 EBM,
- d) Abzug für Leistungen von ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzten, sofern diese Leistungen nicht bereits in einem der vorstehenden Abzüge erfasst wurden,
- e) Abzug für Leistungen von Ermächtigten Ärzten und Einrichtungen, sofern diese Leistungen nicht bereits in einem der vorstehenden Abzüge erfasst wurden. Von diesem Abzug sind Ermächtigte Ärzte nach § 24 Abs. 3 Satz 6 Ärzte-ZV ausgenommen,
- f) Abzug für die erwarteten Zahlungen für den Sicherstellungszuschlag gem. Abschnitt B, Nr. 5.1.5,
- g) Berücksichtigung eines positiven oder negativen Saldos für Zahlungen im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 75 Absatz 7 und 7a SGB V im Jahr 2011,

- h) Abzug zur Berücksichtigung des Ausdeckungsvolumens im Zusammenhang mit der Vergütungsvereinbarung zur MRSA,
- i) Abzug für Sachverhalte entsprechend Abschnitt F,
- j) Abzug für die Befüllung eines Strukturfonds gem. § 105 Abs. 1a SGB V.

Die Abzüge gem. a), b), d) und e) ergeben sich aus den insgesamt im Jahr 2011 ausgezahlten Honoraren im hausärztlichen Versorgungsbereich für alle Leistungen, die gem. Honorarvertrag 2011 innerhalb der MGV finanziert werden, sofern diese Leistungen nicht bereits in den Vergütungsvolumen gem. Abschnitt B, Nr. 3 enthalten sind. Honorar für Leistungen gem. Kap. 35.2 EBM der in § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppen ist nicht enthalten. Die Honorarvolumen werden jeweils entsprechend der Erhöhung der MGV (vgl. Nr. 1) angepasst.

Der Abzug gem. c) ergibt sich aus dem insgesamt im Jahr 2011 für die GOP 35150 EBM von ausschließlich und für die Leistungen gem. Kap. 35.2 EBM von nicht-ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzten des hausärztlichen Versorgungsbereiches abgerechneten Leistungsbedarf multipliziert mit dem Quotienten aus den Orientierungswerten im 3. und 4. Quartal 2013 erhöht entsprechend der MGV (vgl. 1) und multipliziert mit dem Orientierungswert.

Der Abzug gem. f) ergibt sich aus der Summe der für das 1. Quartal 2012 simulierten Honorarzahungen für den Sicherstellungszuschlag, dieser Wert wird sodann hochgerechnet auf ein Jahr.

Der Saldo gem. g) ergibt sich aus den insgesamt im Jahr 2011 im Rahmen des Fremdkassenzahlungsausgleichs gezahlten Salden innerhalb des hausärztlichen Versorgungsbereichs.

Der Abzug gem. h) ergibt sich gem. Honorarvertrag 2012 in Verbindung mit der Durchführungsempfehlung des Bewertungsausschusses (BA) in seiner 266. Sitzung als Produkt aus 1,82 Punkten, der für das 1. Quartal 2012 bekannten Anzahl der Versicherten, dem Quotienten aus den Orientierungswerten im 3. und 4. Quartal 2013, dem Orientierungswert und 70%.

Das hausärztliche Verteilungsvolumen für die Fallwertberechnung wird um die in den a) bis f) sowie h) bis j) genannten Abzüge reduziert bzw. um den in g) genannten Saldo angepasst. Es entsteht ein arztgruppenübergreifendes Verteilungsvolumen als weitere Ausgangsgröße für die Berechnung der Fachgruppenfonds für die Fallwertberechnung.

2.2 Fachärztliches Verteilungsvolumen für die Fallwertberechnung

Das fachärztliche Verteilungsvolumen wird zur Berechnung der Fallwerte wie folgt angepasst:

- a) Abzug für belegärztliche Leistungen,

- b) Abzug für Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM, sofern diese Pauschalen nicht bereits im vorstehenden Abzug erfasst wurden,
- c) Abzug für ambulant abgerechnete humangenetische Leistungen des Kapitels 11 sowie der GOP 01838 und 01839 EBM,
- d) Abzug für ambulant abgerechnete pathologische Leistungen des Kapitels 19 sowie der GOP 01826 EBM,
- e) Abzug für das Ausdeckelungsvolumen für Leistungen gem. Kap. 35.2 und GOP 35150 EBM,
- f) Abzug für Leistungen von psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie anderen ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Vertragsärzten gem. den Kriterien der Bedarfsplanungsrichtlinien, sofern diese Leistungen nicht bereits in einem der vorstehenden Abzüge erfasst wurden,
- g) Abzug für Leistungen von Ermächtigten Ärzten und Einrichtungen, sofern diese Leistungen nicht bereits in einem der vorstehenden Abzüge erfasst wurden. Von diesem Abzug sind Ermächtigte Ärzte nach § 24 Abs. 3 Satz 6 Ärzte-ZV ausgenommen,
- h) Abzug für Leistungen von Ärzten, die nicht in Abschnitt E, Anlage 1 genannt sind, sofern diese Leistungen nicht bereits in einem der vorstehenden Abzüge erfasst wurden,
- i) Berücksichtigung eines positiven oder negativen Saldos für Zahlungen im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 75 Absatz 7 und 7a SGB V im Jahr 2011,
- j) Abzug zur Berücksichtigung des Ausdeckelungsvolumens im Zusammenhang mit der Vergütungsvereinbarung zur MRSA,
- k) Abzug für Sachverhalte entsprechend Abschnitt F,
- l) Abzug für die Befüllung eines Strukturfonds gem. § 105 Abs. 1a SGB V.

Die Abzüge gem. a) bis d) sowie f) bis h) ergeben sich aus dem insgesamt im jeweiligen Quartal des Jahres 2011 ausgezahlten Honorar im fachärztlichen Versorgungsbereich für alle Leistungen, die gem. Honorarvertrag 2011 innerhalb der MGV honoriert wurden, sofern diese Leistungen nicht bereits in den Vergütungsvolumen gem. Abschnitt B, Nr. 3 enthalten sind. Honorar für Leistungen gem. Kap. 35.2 EBM der in § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppen ist nicht enthalten. Die Honorarvolumen werden jeweils entsprechend der Erhöhung der MGV (vgl. Nr. 1) angepasst.

Der Abzug gem. e) ergibt sich aus dem insgesamt im Jahr 2011 für die GOP 35150 EBM von Leistungserbringern gem. § 87b Absatz 2 Satz 3 SGB V und für die Leistungen gem. Kap. 35.2 EBM von Leistungserbringern, die nicht in § 87b Absatz 2 Satz 3 SGB V genannt werden, abgerechneten Leistungsbedarf multipliziert mit dem Quotienten aus den regionalen Punktwerten im

3. und 4. Quartal 2013, erhöht entsprechend der MGV (vgl. Nr. 1) und multipliziert mit dem Orientierungswert.

Der Saldo gem. i) ergibt sich aus den insgesamt im Jahr 2011 im Rahmen des Fremdkassenzahlungsausgleichs gezahlten Salden innerhalb des fachärztlichen Versorgungsbereichs.

Der Abzug gem. j) ergibt sich gem. Honorarvertrag 2012 in Verbindung mit der Durchführungsempfehlung des BA in seiner 266. Sitzung als Produkt aus 1,82 Punkten, der für das 1. Quartal 2012 bekannten Anzahl der Versicherten, dem Quotienten aus den Orientierungswerten im 3. und 4. Quartal 2013, dem Orientierungswert und 30%.

Das fachärztliche Verteilungsvolumen für die Fallwertberechnung wird um die in den a) bis h) und j) bis l) genannten Abzüge reduziert bzw. um den in i) genannten Saldo angepasst. Es entsteht ein arztgruppenübergreifendes Verteilungsvolumen als weitere Ausgangsgröße für die Fallwertberechnung.

3. Arztgruppenübergreifendes Verteilungsvolumen für die Fallwertberechnung

3.1 Arztgruppenübergreifendes Verteilungsvolumen

3.1.1 Arztgruppenübergreifendes Verteilungsvolumen im hausärztlichen Versorgungsbereich für die Fallwertberechnung

(I) Das arztgruppenübergreifende Verteilungsvolumen gemäß Nr. 2.1 wird für die Fallwertberechnung im hausärztlichen Versorgungsbereich anteilig auf die Arztgruppen wie folgt aufgeteilt. Grundlage für die Ermittlung der Anteile ist das je Arztgruppe ausgezahlte Honorar im gesamten Jahr 2011 für alle Leistungen, die im Jahr 2011 innerhalb der MGV honoriert wurden, sofern diese Leistungen nicht bereits in den Vergütungsvolumen gem. Nr. 2.1 a) bis c) oder Abschnitt B, Nr. 3 enthalten sind. Honorar für Leistungen gem. Kap. 35.2 EBM der in § 87b Absatz 2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppen ist nicht enthalten. Honorarzahungen auf Basis der Konvergenzregelung gem. Honorarvertrag 2011 Abschnitt 2.1 Teil D, Nr. 4 werden je Arzt anteilig berücksichtigt.

(II) Stichtag für die Feststellung der Honorarzahungen nach (I) ist der 31.10.2012.

(III) Die in (I) ermittelten Honorare werden zur Berücksichtigung der Bereinigung für fallzahlwirksame Verträge gem. § 73b SGB V für die Arztgruppe der Hausärzte um die im Jahr 2011 mit den Krankenkassen vereinbarten entsprechenden Bereinigungsbeträge erhöht.

(IV) Es ergeben sich folgende Anteile:

Fachgruppe	Anteil in %
Fachärzte für Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen	91,0854
Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	8,9146

Durch Multiplikation des jeweiligen Anteils mit dem arztgruppenübergreifenden Verteilungsvolumen entsteht das jeweilige vorläufige arztgruppenspezifische Verteilungsvolumen für die Fallwertberechnung.

3.1.2 Arztgruppenübergreifendes Verteilungsvolumen im fachärztlichen Versorgungsbereich für die Fallwertberechnung

(I) Das arztgruppenübergreifende Verteilungsvolumen gemäß Nr. 2.2 wird für die Fallwertberechnung im fachärztlichen Versorgungsbereich anteilig auf die fachärztlichen Arztgruppen gem. Abschnitt E, Anlage 1 aufgeteilt. Grundlage für die Ermittlung der Anteile ist das je Arztgruppe ausgezahlte Honorar im gesamten Jahr 2011 für alle Leistungen, die im Jahr 2011 innerhalb der MGV finanziert wurden, sofern diese Leistungen nicht bereits in den Vergütungsvolumen gem. Nr. 2.2 a) bis f) oder Abschnitt B, Nr. 3 enthalten sind. Honorar für Leistungen gem. Kap. 35.2 EBM der in § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppen ist nicht enthalten. Honorarzah- lungen auf Basis der Konvergenzregelung gem. Honorarvertrag 2011 Abschnitt 2.1 Teil D, Nr. 4 werden je Arzt anteilig berücksichtigt.

(II) Stichtag für die Feststellung der Honorarzah- lungen ist der 31.10.2012.

(III) Leistungen, die 2011 noch nicht im EBM abgebildet waren und daher in den oben genannten Honoraren nicht enthalten sind, werden dabei berücksichtigt, indem die oben genannten Hono- rarvolumen bestimmter Arztgruppen um folgende Prozentsätze erhöht werden:

Fachgruppe	Erhöhung des Ho- norarvolumens 2011 in %
Fachärzte für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	4,5768

Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie, Fachärzte für Lungenheilkunde, Fachärzte für Innere Medizin und Pneumologie	0,1460
Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie, Fachärzte für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen, Mehrfachzulassungen aus der Kombination als Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde und als Facharzt für Phoniatrie und Pädaudiologie bzw. Facharzt für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen	1,9256
Fachärzte für Urologie	3,7039

(IV) Zur Berücksichtigung der im Jahr 2012 getroffenen Regelungen zur asymmetrischen Verteilung eines Teils des Zuwachses der MGV werden die Honorare je Arztgruppe im Sinne der Nr. 3.1.2 Absätze (I) und (III) um die Beträge – jeweils erhöht um den Faktor 2 – angepasst, die sich im Jahr 2012 aus der Regelung gem. Teil E, Anlage 3 Nr. 2 m) des HVM, gültig vom 01.07.2012 bis 31.12.2012 ergeben haben.

(V) Es ergeben sich folgende Anteile:

Fachgruppe	Anteil in %
Fachärzte für Anästhesiologie	1,7922
Fachärzte für Augenheilkunde	7,4351
Fachärzte für Chirurgie, Fachärzte für Herzchirurgie, Fachärzte für Kinderchirurgie, Fachärzte für Plastische Chirurgie, Facharzt für Plastische Chirurgie und Ästhetische Chirurgie, Fachärzte für Thoraxchirurgie sowie Fachärzte für Visceralchirurgie	3,7005
Fachärzte für Chirurgie mit Schwerpunkt Gefäßchirurgie, Fachärzte für Gefäßchirurgie	0,4698
Fachärzte für Neurochirurgie	0,8741
Fachärzte für Frauenheilkunde	8,8026
Fachärzte für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	6,8975
Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten	4,3307
Fachärzte für Innere Medizin ohne (Versorgungs-) Schwerpunkt, die an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen	3,0890
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie, Fachärzte für Innere Medizin und Angiologie	0,5244
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Endokrinologie, Fachärzte für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	0,2229
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie, Fachärzte für Innere Medizin und Gastroenterologie	2,5147
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato- / Onkologie, Fachärzte für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	2,0909
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie, Fachärzte für Innere Medizin und Kardiologie, Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie und invasiver Tätigkeit	7,1550
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie; Fachärzte für Lungenheilkunde, Fachärzte für Innere Medizin und Pneumologie	3,0756
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie, Fachärzte für Innere Medizin und Rheumatologie	0,5868
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Nephrologie, Fachärzte für Innere Medizin und Nephrologie	1,1224
Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie, Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie	1,5733
Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Fachärzte für Kieferchirurgie	0,0520
Fachärzte für Nervenheilkunde, Mehrfachzulassungen aus der Kombination als Facharzt für Neurologie und als Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzte für Neurologie, Fachärzte für Psychiatrie, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie (insoweit zusammengefasste Fachgruppen)	10,4607

Fachärzte für Nuklearmedizin	2,3746
Fachärzte für Orthopädie, Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie	12,3153
Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie, Fachärzte für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen, Mehrfachzulassungen aus der Kombination als Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde und als Facharzt für Phoniatrie und Pädaudiologie bzw. Facharzt für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen	0,3616
Fachärzte für Radiologie, Fachärzte für Diagnostische Radiologie, Fachärzte für Strahlentherapie	12,2537
Fachärzte für Urologie	3,7711
Fachärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin, Fachärzte für Physiologie, Fachärzte für Physiotherapie	1,2859
Kuratorium für Dialyse und Nierentransplantation	0,8676

Durch Multiplikation des jeweiligen Anteils mit dem arztgruppenübergreifenden Verteilungsvolumen entsteht das jeweilige vorläufige arztgruppenspezifische Verteilungsvolumen für die Fallwertberechnung.

3.2 Arztgruppenspezifische Verteilungsvolumen für die Fallwertberechnung

Unter Berücksichtigung von 3.1.1 und 3.1.2 entstehen für alle Arztgruppen gem. Abschnitt E, Anlage 1 arztgruppenspezifische Verteilungsvolumen für die Fallwertberechnung.

4. Arztgruppenspezifische Vergütungsbereiche für die Fallwertberechnung

4.1 Abzüge innerhalb der arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen je Arztgruppe gem. Abschnitt E, Anlage 1:

- a) Abzüge für Leistungen gem. Anlage 4a,
- b) Abzüge für Leistungen innerhalb der MGV, die nicht bereits in den Vergütungsvolumen gem. Nr. 2.1 a) bis c) oder Nr. 2.2 a) bis e) oder Abschnitt B, Nr. 3 oder in Anlage 4a oder 4b oder in Kap. 35.2 EBM enthalten sind und die in Behandlungsfällen erbracht wurden, die nicht in Abschnitt B, Nr. 7.3.3 genannt sind,
- c) Abzüge für je Arztgruppe definierte Leistung(en), deren Vergütungsvolumen je Arztgruppe begrenzt ist (Anlage 4b),
- d) Abzüge für abgesenkt (quotiert) zu vergütende Leistungen, die über die Obergrenze aus RLV und QZV hinaus erbracht werden,
- e) Abzüge zur Berücksichtigung der Bereinigung für fallzahlwirksame Verträge gem. § 73b SGB V für die Arztgruppe der Hausärzte.

Die Abzüge a) bis c) ergeben sich aus dem im Jahr 2011 jeweils insgesamt abgerechneten Leistungsbedarf multipliziert mit dem Quotienten aus den Orientierungswerten im 3. und 4. Quartal 2013 bewertet mit dem Orientierungswert und erhöht entsprechend der MGV (vgl. Nr. 1).

Der Abzug d) wird in Höhe von 2% des arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumens für die Fallwertberechnung gem. Nr. 3.2 gebildet.

Der Abzug e) wird in Höhe des Wertes gem. Nr. 3.1.1 (III) gebildet.

4.2 Sonderregelungen

4.2.1 Kardiologen

Zur Berücksichtigung eines erwarteten Rückgangs des Leistungsbedarfes für GOP 34291 und 34292 EBM wird der Leistungsbedarf gemäß Nr. 4.1 c) für diese Leistungen mit dem Faktor 0,85 multipliziert.

4.2.2 Augenärzte

Der Abzug für die Strukturpauschale nach GOP 06225 EBM gemäß Nr. 4.1 c) wird auf Basis der veränderten Bewertung der GOP 06210 bis 06212 in Umsetzung des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 262. Sitzung am 31.08.2011 ermittelt.

4.2.3 Nervenärzte, Neurologen, Psychiater

Die Arztgruppen der „Fachärzte für Nervenheilkunde, Mehrfachzulassungen aus der Kombination als Facharzt für Neurologie und als Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie“, „Fachärzte für Neurologie“ und „Fachärzte für Psychiatrie, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie“ werden zusammengefasst.

4.2.4 Urologen

Zur Berücksichtigung eines erwarteten Rückgangs des Leistungsbedarfes für GOP 26330 EBM wird der Leistungsbedarf gemäß Nr. 4.1 c) für diese Leistungen mit dem Faktor 0,85 multipliziert.

4.3 RLV- und QZV-Vergütungsbereich

Die arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen für die Fallwertberechnung gem. Nr. 3.2 werden um die unter Nr. 4.1 genannten Abzüge a) bis e) reduziert. Es entsteht ein arztgruppenspezifischer Vergütungsbereich für die Leistungen innerhalb der Obergrenze aus RLV und QZV. Dieser Vergütungsbereich wird auf die Vergütungsbereiche RLV und QZV in dem Verhältnis der ausgezahlten Honorare der korrespondierenden Leistungen in diesen Vergütungsbereichen im Jahre 2011 zueinander aufgeteilt. Der Stichtag gem. 3.1.1 Abs. (II) und 3.1.2 (II) gilt entsprechend. Es entsteht je Arztgruppe ein RLV- und ein QZV-Vergütungsbereich für die Fallwertberechnung.

5. Berechnung der Fallwerte

5.1 Berechnung der RLV-Fallwerte

5.1.1 Berechnung der nach Altersklassen differenzierten RLV-Fallwerte

Der je Arztgruppe gem. 4.3 gebildete RLV-Vergütungsbereich wird verringert um einen Betrag für die erwarteten Zahlungen für BAG-Zuschläge gem. Abschnitt B, Nr. 7.3.6. Der so verringerte RLV-Vergütungsbereich wird auf die Altersklassen AK1, für Versicherte bis zur Vollendung des 5. Lebensjahres, AK2, für Versicherte ab dem 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr und AK3, für Versicherte ab dem 60. Lebensjahr anteilig aufgeteilt.

Grundlage für die Ermittlung der Anteile ist das je Altersklasse ausgezahlte Honorar im gesamten Jahr 2011 für alle Leistungen, die im Jahr 2011 innerhalb der MGV honoriert wurden, sofern diese Leistungen nicht bereits in den Vergütungsvolumen gem. Nr. 2.1 a) bis c) oder Nr. 2.2 a) bis e) oder Nr. 4.1 a) bis c) oder Abschnitt B, Nr. 3 oder in Kap. 35.2 EBM enthalten sind. Der Stichtag gem. 3.1.1 Abs. (II) und 3.1.2 (II) gilt entsprechend. Es entsteht für jede Arztgruppe (AG) und jede der drei Altersklassen ein arztgruppenspezifischer RLV-Vergütungsbereich:

- RLV_{AG; AK1} Arztgruppenspezifischer RLV-Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der Regelleistungsvolumen für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr,
- RLV_{AG; AK2} Arztgruppenspezifischer RLV-Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der Regelleistungsvolumen für Versicherte ab dem 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr,
- RLV_{AG; AK3} Arztgruppenspezifischer RLV-Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der Regelleistungsvolumen für Versicherte ab dem 60. Lebensjahr.

Die Berechnung der RLV-Fallwerte erfolgt auf der Grundlage folgender Fallzahlen:

- FZ_{AG; AK1} Anzahl der RLV-Fälle gemäß Abschnitt B, 7.3.3 aller Ärzte einer Arztgruppe im Jahr 2011 von Versicherten bis zum vollendeten 5. Lebensjahr, für die in RLV_{AG; AK1} enthaltenen Leistungen,
- FZ_{AG; AK2} Anzahl der RLV-Fälle gemäß Abschnitt B, 7.3.3 aller Ärzte einer Arztgruppe im Jahr 2011 von Versicherten ab dem 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr, für die in RLV_{AG; AK2} enthaltenen Leistungen,

$FZ_{AG; AK3}$ Anzahl der RLV-Fälle gemäß Abschnitt B, 7.3.3 aller Ärzte einer Arztgruppe im Jahr 2011 von Versicherten ab dem 60. Lebensjahr, für die in $RLV_{AG; AK3}$ enthaltenen Leistungen.

Diese Fallzahlen werden zur Berücksichtigung der seit dem Jahr 2011 erfolgten Fallzahlenstiege erhöht. Der jeweilige RLV-Fallwert ergibt sich als Quotient aus der Division von RLV-Vergütungsbereich und der vorstehenden, erhöhten Fallzahl:

$FW_{AG; AK1}$ RLV-Fallwert für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr,

$FW_{AG; AK2}$ RLV-Fallwert für Versicherte ab dem 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr,

$FW_{AG; AK3}$ RLV-Fallwert für Versicherte ab dem 60. Lebensjahr.

Sofern für $FZ_{AG; AK1}$ und/oder $FZ_{AG; AK3}$ weniger als 50 RLV-Fälle aller Ärzte einer Arztgruppe im Jahr 2011 ermittelbar sind, kommt für diese Arztgruppe für die betroffene Altersklasse der RLV-Fallwert $FW_{AG; AK2}$ zur Anwendung.

Für die RLV-Gruppen im hausärztlichen Versorgungsbereich werden die Altersklassen AK1 bis AK5 entsprechend der Altersklasseneinteilung unter Berücksichtigung der Bewertung für die Versichertenpauschalen (GOP 03000 bzw. 04000 EBM) gebildet.

5.1.2 Sonderregelung Nervenärzte, Neurologen, Psychiater

Der gemeinsame RLV-Vergütungsbereich für die Arztgruppen der „Fachärzte für Nervenheilkunde, Mehrfachzulassungen aus der Kombination als Facharzt für Neurologie und als Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie“, „Fachärzte für Neurologie“ und „Fachärzte für Psychiatrie, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie“ gem. Nr. 4.2.3 wird vor Durchführung der Schritte in Nr. 5.1.1 anteilig auf die drei Arztgruppen aufgeteilt.

Der Anteil der Arztgruppe der „Fachärzte für Neurologie“ entspricht dem Anteil des im gesamten Jahr 2011 ausgezahlten Honorars für Ärzte dieser Fachgruppe an dem ausgezahlten Honorar für Ärzte der in Satz 1 genannten Arztgruppen, jeweils für alle Leistungen, die im Jahr 2011 innerhalb der MGV finanziert wurden, sofern diese Leistungen nicht bereits in den Vergütungsvolumen gem. Nr. 2.1 a) bis e) oder Nr. 2.2 a) bis f) oder Nr. 4.1 a) bis c) oder Abschnitt B, Nr. 3 enthalten sind.

Der Anteil der Arztgruppe der „Fachärzte für Psychiatrie, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie“ entspricht dem Anteil des im gesamten Jahr 2011 abgerechneten und anerkannten

Leistungsbedarfes in Punkten für Ärzte dieser Fachgruppe an dem abgerechneten und anerkannten Leistungsbedarf in Punkten für Ärzte der in Satz 1 genannten Arztgruppen, jeweils für alle Leistungen, die im Jahr 2011 innerhalb der MGV finanziert wurden, sofern diese Leistungen nicht bereits in den Vergütungsvolumen gem. Nr. 2.1 a) bis e) oder Nr. 2.2 a) bis f) oder Nr. 4.1 a) bis c) oder Abschnitt B, Nr. 3 enthalten sind.

Der Anteil der Arztgruppe der „Fachärzte für Nervenheilkunde, Mehrfachzulassungen aus der Kombination als Facharzt für Neurologie und als Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie“ ergibt sich als Differenz zwischen 100% und den beiden in Satz 2 und 3 ermittelten Anteilen.

5.1.3 Sonderregelung Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Nephrologie, Fachärzte für Innere Medizin und Nephrologie

a) In Umsetzung des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 302. Sitzung am 19.03.2013 werden die Leistungen des Abschnitts 13.3.6 EBM (GOP 13590-13622 EBM) außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung honoriert. Für die Berechnung der RLV-Fallwerte der Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Nephrologie und der Fachärzte für Innere Medizin und Nephrologie wird der sich gemäß Nr. 4.3 für den RLV-Vergütungsbereich ergebende Betrag in dem Umfang anteilig reduziert, den die dem RLV-Vergütungsbereich zugeordneten Leistungen des Abschnitts 13.3.6 EBM am Gesamtvolumen des RLV-Vergütungsbereichs einnehmen. Die Berechnung erfolgt auf Grundlage des Vergütungsvolumens des Jahres 2011 (ausgezahltes Honorar). Die Ermittlung der RLV-Fallzahlen nach Abschnitt B Nr. 7.3.3 erfolgt ohne Berücksichtigung der Leistungen des Abschnitts 13.3.6 EBM.

b) Das arztgruppenspezifische Verteilungsvolumen nach Nr. 3.2 wird im Zusammenhang der Umsetzung des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 302. Sitzung am 19.03.2013 nicht angepasst. Die in Nr. 4.3 definierten Vergütungsbereiche sowie das Aufteilungsverhältnis zwischen RLV und QZV bleiben unberührt.

5.2 Berechnung der QZV-Fallwerte

5.2.1 Der je Arztgruppe gem. Nr. 4.3 gebildete QZV-Vergütungsbereich für die Fallwertberechnung wird auf die einzelnen QZV innerhalb einer Arztgruppe anteilig aufgeteilt. Grundlage für die Ermittlung der Anteile ist das je Arztgruppe und Leistungsbereich gem. Abschnitt E, Anlage 2 ausgezahlte Honorar im gesamten Jahr 2011. Der Stichtag gem. 3.1.1 Abs. (II) und 3.1.2 (II) gilt entsprechend. Es entsteht für jede Arztgruppe (AG) und jedes einzelne QZV (i) ein QZV-Vergütungsbereich ($QZV_{AG; i}$):

$QZV_{AG;i}$ QZV-Vergütungsbereich einer Arztgruppe für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb des QZV i , jeweils für alle Arztgruppen gem. Abschnitt E, Anlage 1 sowie alle QZV gem. Abschnitt E, Anlage 2.

Die Berechnung der QZV-Fallwerte erfolgt auf der Grundlage folgender Fallzahlen:

$QZV-FZ_{AG;i}$ Anzahl der Leistungsfälle gem. Abschnitt B, Nr. 7.4.3 aller Ärzte einer Arztgruppe im Jahr 2011.

Diese Fallzahlen werden zur Berücksichtigung der seit dem Jahr 2011 erfolgten Fallzahlenanstiege erhöht. Der jeweilige QZV-Fallwert ergibt sich als Quotient aus der Division von QZV-Vergütungsbereich und der vorstehenden, erhöhten Fallzahl:

$QZV-FW_{AG;i} = QZV\text{-Fallwert.}$

5.2.2 Sonderregelung Fachärzte für Nuklearmedizin und Fachärzte für Radiologie, Fachärzte für Diagnostische Radiologie, Fachärzte für Strahlentherapie

Die sich nach Nr. 5.2.1 ergebenden Anteile für das QZV MRT der Fachärzte für Nuklearmedizin sowie für das QZV MRT ohne Mamma der Fachärzte für Radiologie, der Fachärzte für Diagnostische Radiologie und der Fachärzte für Strahlentherapie werden in dem Umfang erhöht, der jeweils erforderlich ist, um den für RLV-Fachgruppe der Fachärzte für Radiologie, der Fachärzte für Diagnostische Radiologie und der Fachärzte für Strahlentherapie für das Jahr 2015 ermittelten kalkulatorischen Fallwert (103,78 €) zu erreichen. Die nach Satz 1 jeweils erforderlichen Differenzvolumina werden dem in Abschnitt F, Nr. 2.3 gebildeten Rückstellungsvolumen entnommen.

Anlage 3b – Vergütung innerhalb der Fachgruppenfonds

1. Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung

Aus den Vorgaben der KBV gemäß § 87b Absatz 4 SGB V (vgl. Abschnitt E, Anlage 5) ergeben sich Vergütungsvolumina auf Basis der Grundbeträge „Labor“, „ärztlicher Bereitschaftsdienst“, „hausärztliche Versorgung“, „fachärztliche Versorgung“, „Genetisches Labor“ und „PFG“. Hinsichtlich der Ausdeckelung von Leistungen der Abschnitte 4.5.4 und 13.3.6 EBM sowie der Leistungen im Zusammenhang mit § 115b und 116b SGB V sowie ggf. weiterer zukünftig auszudeckelnder Leistungen werden zunächst unbereinigte Vergütungsvolumina generiert, die Berücksichtigung der Ausdeckelung erfolgt gem. Abschnitt B, Nr. 8.

2. Versorgungsbereichsspezifisches Vergütungsvolumen

2.1 Vergütungsvolumen auf Basis des Grundbetrags „hausärztliche Versorgung“

2.1.1 Innerhalb des Vergütungsvolumens im hausärztlichen Versorgungsbereich werden folgende Vergütungsvolumen, Rückstellungen und Vorwegabzüge gebildet:

- a) Vorwegabzüge für gesetzliche und vertragliche Aufgaben (z. B. Strukturfonds nach § 105 Abs. 1a SGB V),
- b) Vergütungsvolumen für belegärztliche Leistungen,
- c) Vergütungsvolumen für Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM sofern diese Pauschalen nicht bereits dem vorstehenden Vergütungsvolumen zugehören,
- d) Vergütungsvolumen für Leistungen von ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzten, sofern diese Leistungen nicht bereits in einem der vorstehenden Vergütungsvolumen enthalten sind,
- e) Vergütungsvolumen für Leistungen von ermächtigten Ärzten und Einrichtungen, sofern diese Leistungen nicht bereits einem der vorstehenden Vergütungsvolumen zugehören. Ermächtigte Ärzte nach § 24 Abs. 3 Satz 6 Ärzte-ZV sind hierbei auszunehmen,
- f) Vergütungsvolumen für den Sicherstellungszuschlag (Nr. 97009A/B),
- g) Vergütungsvolumen für die Leistungsbereiche Palliativmedizin, Geriatrie und Sozialpädiatrie, die zum 01.10.2013 in den EBM aufgenommen wurden,
- h) Vergütungsvolumen für Zahlungen im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 75 Absatz 7 und 7a SGB V,
- i) Rückstellungen entsprechend Abschnitt F.

Die Vergütungsvolumen gem. b) bis e) ergeben sich aus den insgesamt im jeweiligen Quartal des Jahres 2011 ausgezahlten Honoraren im hausärztlichen Versorgungsbereich für alle Leistungen, die aktuell innerhalb der MGV finanziert werden, sofern diese Leistungen nicht bereits in

den Vergütungsvolumen gem. Abschnitt B, Nr. 3 enthalten sind. Das Honorarvolumen wird um die in den Jahren ab 2012 gültigen Anpassungsfaktoren des Behandlungsbedarfes gem. § 87a Absatz 4 SGB V sowie um die entsprechenden Veränderungsfaktoren des regionalen Punktwertes gem. § 87a Absatz 2 SGB V angepasst (die Anhebung des Orientierungswertes mit Wirkung zum 01.10.2013 wird ausgabenneutral berücksichtigt).

Sofern sich die Anzahl der ermächtigten Ärzte des hausärztlichen Versorgungsbereiches im aktuellen Quartal um mehr als 10% gegenüber dem jeweiligen Quartal des Jahres 2011 verringert, wird das Vergütungsvolumen e) um den Prozentsatz verringert, der sich aus der Differenz zwischen den Prozentpunkten des tatsächlichen Rückgangs und denen der 10% ergeben.

Das Vergütungsvolumen gem. f) und g) ergibt sich aus dem im aktuellen Quartal angeforderten und anerkannten Leistungsbedarf gem. Bayerischer Euro-Gebührenordnung für den Sicherstellungszuschlag gem. Abschnitt B, Nr. 5.1.5 bzw. die Leistungen gem. Abschnitt B, Nr. 5.1.6.

Das Vergütungsvolumen gem. h) ergibt sich aus dem im Rahmen des Fremdkassenzahlungsausgleichs im Vorjahresquartal gezahlten Saldos innerhalb des hausärztlichen Versorgungsbereichs, da der Saldo im aktuellen Quartal zum Zeitpunkt der Honorarabrechnung noch nicht bekannt ist.

2.1.2 Verteilungsvolumen

Das hausärztliche Verteilungsvolumen in Nr. 2.1.1 wird um die dort genannten Vergütungsvolumen a) bis g) sowie i) reduziert und um den Saldo im Vergütungsbereich h) angepasst. Es entsteht ein arztgruppenübergreifendes Verteilungsvolumen als weitere Ausgangsgröße für die Bildung der Fachgruppenfonds.

2.2 Vergütungsvolumen auf Basis des Grundbetrags „fachärztliche Versorgung“

2.2.1 Innerhalb des Vergütungsvolumens im fachärztlichen Versorgungsbereich werden folgende Vergütungsvolumen, Rückstellungen und Vorwegabzüge gebildet:

- a) Vorwegabzüge für gesetzliche und vertragliche Aufgaben (z. B. Strukturfonds nach § 105 Abs. 1a SGB V),
- b) Vergütungsvolumen für belegärztliche Leistungen,
- c) Vergütungsvolumen für Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM, sofern diese Pauschalen nicht bereits in einem der vorstehenden Vergütungsvolumen enthalten sind,
- d) Vergütungsvolumen für ambulant erbrachte humangenetische Leistungen des Kapitels 11, soweit nicht Bestandteil des Grundbetrags „Genetisches Labor“ sowie der GOP 01838 und 01839 EBM,

- e) Vergütungsvolumen für ambulant erbrachte pathologische Leistungen des Kapitels 19 sowie der GOP 01826 EBM,
- f) Vergütungsvolumen für Leistungen von psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie andere ausschließlich psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte gem. den Kriterien der Bedarfsplanungsrichtlinien, sofern diese Leistungen nicht bereits einem der vorstehenden Vergütungsvolumen zugehören,
- g) Vergütungsvolumen für Leistungen von ermächtigten Ärzten und Einrichtungen, sofern diese Leistungen nicht bereits einem der vorstehenden Vergütungsvolumen zugehören. Ermächtigte Ärzte nach § 24 Abs. 3 Satz 6 Ärzte-ZV sind hierbei auszunehmen,
- h) Vergütungsvolumen für Leistungen von Leistungserbringern, die nicht in Abschnitt E, Anlage 1 genannt sind, sofern diese Leistungen nicht bereits in einem der vorstehenden Vergütungsvolumen enthalten sind,
- i) Vergütungsvolumen für Zahlungen im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 75 Absatz 7 und 7a SGB V (ohne PFG und Leistungen des Grundbetrages „genetisches Labor“),
- j) Rückstellungen entsprechend Abschnitt F.

Die Vergütungsvolumen gem. b) bis c) sowie e) bis h) ergeben sich aus dem insgesamt im jeweiligen Quartal des Jahres 2011 ausgezahlten Honorar im fachärztlichen Versorgungsbereich für alle Leistungen, die gem. Honorarvertrag innerhalb der MGV finanziert werden, sofern diese Leistungen nicht bereits in den Vergütungsvolumen gem. Abschnitt B, Nr. 3 enthalten sind. Das Honorarvolumen wird um die in den Jahren ab 2012 gültigen Anpassungsfaktoren des Behandlungsbedarfes gem. § 87a Abs. 4 SGB V sofern diese nicht gem. Teil H der Vorgaben der KBV gem. § 87b Abs. 4 SGB V in der jeweils geltenden Fassung (vgl. Abschnitt E, Anlage 5) verwendet werden sowie um den entsprechenden Veränderungsfaktor des regionalen Punktwertes gem. § 87a Abs. 2 SGB V angepasst (die Anhebung des Orientierungswertes mit Wirkung zum 01.10.2013 wird ausgabenneutral berücksichtigt). Im Vergütungsvolumen gem. g) wird die Erhöhung gem. Abschnitt B Nr. 8 Absatz (I) Satz 2 entsprechend berücksichtigt.

Sofern sich die Anzahl der ermächtigten Ärzte des fachärztlichen Versorgungsbereiches im aktuellen Quartal um mehr als 10% gegenüber dem jeweiligen Quartal des Jahres 2011 verringert, wird das Vergütungsvolumen g) um den Prozentsatz verringert, der sich aus der Differenz zwischen den Prozentpunkten des tatsächlichen Rückgangs und denen der 10% ergeben.

Das Vergütungsvolumen gem. d) ergibt sich aus dem insgesamt im jeweiligen Quartal 2013 ausbezahlten Honorar, soweit sich nicht nach den Sätzen 2 und 3 ein höheres Volumen ergibt. Für diesen Fall wird das Vergütungsvolumen gem. d) nach den Sätzen 2 und 3 ermittelt.

Das Vergütungsvolumen gem. i) ergibt sich aus dem im Rahmen des Fremdkassenzahlungsausgleichs im Vorjahresquartal gezahlten Saldos innerhalb des fachärztlichen Versorgungsbereichs, da der Saldo im aktuellen Quartal zum Zeitpunkt der Honorarabrechnung noch nicht bekannt ist.

2.2.2 Verteilungsvolumen

Das fachärztliche Verteilungsvolumen in Nr. 2.2.1 wird um die dort genannten Vergütungsvolumen a) bis h) sowie j) reduziert und um den in i) genannten Saldo angepasst. Es entsteht ein arztgruppenübergreifendes Verteilungsvolumen als weitere Ausgangsgröße für die Berechnung der Fachgruppenfonds.

2.3 Vergütungsvolumen auf Basis des Grundbetrags „Genetisches Labor“

Auf Basis von Teil B der Vorgaben der KBV gem. § 87b Abs. 4 SGB V wird das Vergütungsvolumen für die Leistungen des genetischen Labors gebildet. Für die Honorarverteilung werden die Zahlungen im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 75 Absatz 7 und 7a SGB V berücksichtigt.

2.4 Vergütungsvolumen auf Basis des Grundbetrags „PFG“

Auf Basis von Teil B der Vorgaben der KBV gem. § 87b Abs. 4 SGB V wird das Vergütungsvolumen für die Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung (PFG) gebildet. Für die Honorarverteilung werden die Zahlungen im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 75 Absatz 7 und 7a SGB V berücksichtigt.

3. Arztgruppenübergreifendes Verteilungsvolumen

3.1 Arztgruppenübergreifendes Verteilungsvolumen im hausärztlichen Versorgungsbereich

Das arztgruppenübergreifende Verteilungsvolumen wird im hausärztlichen Versorgungsbereich durch Multiplikation mit den Anteilen gem. Abschnitt E, Anlage 3a, Nr. 3.1.1 Absatz (IV) aufgeteilt. Es entsteht jeweils ein vorläufiges arztgruppenspezifisches Verteilungsvolumen (Fachgruppenfonds).

3.2 Arztgruppenübergreifendes Verteilungsvolumen im fachärztlichen Versorgungsbereich

Das arztgruppenübergreifende Verteilungsvolumen wird im fachärztlichen Versorgungsbereich durch Multiplikation mit Anteilen gem. Abschnitt E, Anlage 3a, Nr. 3.1.2 Absatz (V) auf die Arzt-

gruppen aufgeteilt. Es entsteht jeweils ein vorläufiges arztgruppenspezifisches Verteilungsvolumen (Fachgruppenfonds).

3.3 „Kleine Arztgruppen“

Der Arztzahlanstieg wird bei „kleinen Arztgruppen“ wie folgt berücksichtigt:

- Definition: Eine Arztgruppe gem. Abschnitt E, Anlage 1 ist „klein“, wenn die mittlere Anzahl der abrechnenden Ärzte im Jahr 2011 kleiner als der Median der abrechnenden Ärzte aller Arztgruppen im jeweiligen Versorgungsbereich im Jahr 2011 war. Die (RLV-)Arztgruppen der „Fachärzte für Nervenheilkunde, Mehrfachzulassungen aus der Kombination als Facharzt für Neurologie und als Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie“, „Fachärzte für Neurologie“ und „Fachärzte für Psychiatrie, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie“ werden in Anwendung des Satzes 1 zusammengefasst.
- Kriterium: Wird eine Arztzahlzunahme einer Arztgruppe im aktuellen Quartal im Vergleich zum korrespondierenden Quartal des Jahres 2011 festgestellt, die mehr als 3%-Punkte über dem entsprechenden mittleren Arztzahlanstieg im Versorgungsbereich liegt, ist das Kriterium für eine Stützung erfüllt, sofern gleichzeitig auch ein Anstieg des Leistungsbedarfes in den o. g. Quartalen vorliegt.
- Folge: Sofern ein zu berücksichtigender Arztzahlanstieg in einer Fachgruppe nach vorstehenden Kriterien festgestellt wird, erfolgt eine prozentuale Anpassung des vorläufigen arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumens (Fachgruppenfonds) im Umfang des über den durchschnittlichen Arztzahlanstieg hinausgehenden Prozentsatzes. Ist der prozentuale Leistungsbedarfsanstieg für Leistungen innerhalb des jeweiligen Fachgruppenfonds im aktuellen Quartal im Vergleich zum korrespondierenden Quartal im Jahre 2011 geringer, als der über dem Durchschnitt liegende Arztzahlanstieg in Prozent, ist der prozentuale Leistungsbedarfsanstieg maßgeblich. Die Finanzierung erfolgt aus dem Vergütungsvolumen gem. Nr. 2.1.1 i) bzw. Nr. 2.2.1 j). Eine Erhöhung des Fachgruppenfonds aufgrund der Regelung nach Nr. 4.2.3 wird dabei mindernd berücksichtigt, soweit der Arztzahlanstieg auf einem der dort genannten Tatbestände beruht.

3.4 Arztgruppenspezifische Verteilungsvolumen (Fachgruppenfonds)

Unter Berücksichtigung von Nr. 3.1 bis 3.3 entstehen für alle Arztgruppen gem. Abschnitt E, Anlage 1 arztgruppenspezifische Verteilungsvolumen (Fachgruppenfonds).

4. Arztgruppenspezifische Verteilungsvolumen (Fachgruppenfonds)

4.1 Arztgruppenspezifische Vergütungsbereiche

Innerhalb der arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen werden je Arztgruppe folgende Vergütungsbereiche gebildet:

- a) Vergütungsbereich der Leistungen die keiner Mengenbegrenzung unterliegen (Anlage 4a),
- b) Leistungen innerhalb der MGV, die nicht bereits in den Vergütungsvolumen gem. Nr. 2.1.1 oder Nr. 2.2.1 oder Abschnitt B, Nr. 3 oder in Anlage 4a oder 4b oder in Kap. 35.2 EBM enthalten sind und die in Behandlungsfällen erbracht wurden, die nicht in Abschnitt B, Nr. 7.3.3 genannt sind,
- c) Vergütungsbereich für je Arztgruppe definierte Leistung(en), die je Arztgruppe begrenzt sind („Topf-im-Topf“, Anlage 4b),
- d) Vergütungsbereich für mit abgesenktem Preis zu vergütende Leistungen, die über die Obergrenze aus RLV und QZV hinaus erbracht wurden,
- e) Vergütungsbereich für ärztliche Leistungen innerhalb der RLV und
- f) Vergütungsbereich für ärztliche Leistungen innerhalb der QZV.

4.1.1 Vergütungsbereich der Leistungen, die keiner Mengenbegrenzung unterliegen

Die Vergütungsbereiche a) und b) ergeben sich jeweils aus dem insgesamt im aktuellen Quartal angeforderten und anerkannten Leistungsbedarf gem. B€GO.

4.1.2 Vergütungsbereich „Topf im Topf“

(I) Der Vergütungsbereich gemäß Nr. 4.1 c) wird grundsätzlich auf Basis des abgerechneten und anerkannten Leistungsbedarfes des korrespondierenden Quartals im Jahr 2011, bewertet mit dem im jeweiligen Quartal gültigen regionalen Punktwert gem. § 87a Abs. 2 SGB V und erhöht um den vereinbarten Anpassungsfaktor des Behandlungsbedarfes gem. § 87a Abs. 4 SGB V seit 2012, sofern diese nicht gem. Teil H der Vorgaben der KBV gem. § 87b Abs. 4 SGB V in der jeweils geltenden Fassung (vgl. Abschnitt E, Anlage 5) verwendet werden, ermittelt (die Anhebung des Orientierungswertes mit Wirkung zum 01.10.2013 wird ausgabenneutral berücksichtigt).

(II) Unterschreitet der abgerechnete und anerkannte Leistungsbedarf (B€GO) der in Nr. 4.1 c) bezeichneten Leistungen das in (I) gebildete Volumen des Vergütungsbereiches, wird der Vergü-

tungsbereich gem. Nr. 4.1 c) in Höhe des abgerechneten und anerkannten Leistungsbedarfes (B€GO) im aktuellen Quartal gebildet.

(III) Überschreitet der abgerechnete und anerkannte Leistungsbedarf (B€GO) der in Nr. 4.1 c) bezeichneten Leistungen das in (I) gebildete und mit dem reziproken Wert von 85% multiplizierte Volumen des Vergütungsbereiches, wird der Vergütungsbereich gem. Nr. 4.1 c) in Höhe des abgerechneten und anerkannten Leistungsbedarfes (B€GO) im aktuellen Quartal multipliziert mit 85% gebildet.

(IV) Sonderregelung Kardiologen

Der Vergütungsbereich für GOP 34291 und 34292 EBM in Nr. 4.1.2 Absatz (I) wird zur Berücksichtigung eines erwarteten Rückgangs des Leistungsbedarfes mit dem Faktor 0,85 multipliziert.

(V) Auszahlungsquote: Die anerkannten Honoraranforderungen der Ärzte für Leistungen gem. Nr. 4.1 c) werden im Rahmen der Honorarabrechnung mit der Quote bewertet und ausgezahlt, die sich aus der Gegenüberstellung des Volumens gem. Nr. 4.1 c) unter Berücksichtigung von Nr. 4.1.2 und des abgerechneten und anerkannten Leistungsbedarfes (B€GO) ergibt. Es ergibt sich als Folge der vorstehenden Regelung eine Vergütungsquote zwischen 85% und 100%.

(VI) Sonderregelung Augenärzte

Der Vergütungsbereich für die Strukturpauschale nach GOP 06225 EBM wird auf Basis der veränderten Bewertung der GOP 06210 bis 06212 EBM in Umsetzung des Beschlusses des BA in seiner 262. Sitzung am 31.08.2011 ermittelt. Absatz (III) gilt hier nicht.

(VII) Sonderregelung Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen und Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Gastroenterologie, Fachärzte für Innere Medizin und Gastroenterologie

Für die Vergütung der Ösophago-Gastroduodenoskopie gem. GOP 13400 EBM gilt für die Arztgruppen der Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen, Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie und für Fachärzte für Innere Medizin und Gastroenterologie die folgende Regelung: Überschreitet die Anzahl der je Arzt abgerechneten Ösophago-Gastroduodenoskopien die Zahl von 300, wird der Leistungsbedarf der über diese Zahl hinausgehenden Ösophago-Gastroduodenoskopien um 30% reduziert. Nur dieser reduzierte Leistungsbedarf fließt in das anerkannte Anforderungsvolumen gemäß Absatz (I) bis (III) und (V) ein. Für diese Ösophago-Gastroduodenoskopien erfolgt die Honorierung unter Berücksichtigung von Satz 1 und Absatz (V) Satz 1.

(VIII) Sonderregelung Urologen

Der Vergütungsbereich für GOP 26330 EBM in Nr. 4.1.2 Absatz (I) wird zur Berücksichtigung eines erwarteten Rückgangs des Leistungsbedarfes mit dem Faktor 0,85 multipliziert.

4.1.3 Vergütungsbereich Überschreitungsvolumen

Der Vergütungsbereich gem. Nr. 4.1 d) wird in Höhe von 2% des arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumens nach Nr. 3.4 gebildet.

4.1.4 Vergütungsbereich RLV und QZV

(I) Die arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen (Fachgruppenfonds) gem. Nr. 3.4 werden um die Vergütungsbereiche gem. Nr. 4.1 a) bis d) reduziert. Es entsteht ein arztgruppenspezifischer Vergütungsbereich für die Honorierung der Leistungen innerhalb der Obergrenze aus RLV und QZV. Dieser Vergütungsbereich wird je Arztgruppe unter Berücksichtigung der gem. Anlage 3a, Nr. 4.3 auf die Vergütungsbereiche gem. Nr. 4.1 e) und f) gebildeten Anteile aufgeteilt.

(II) Ergibt sich in einer Fachgruppe im Quartal durch Gegenüberstellung der Honoraranforderungen aller Ärzte für Leistungen bis zur Grenze ihrer RLV gem. Abschnitt B, Nr. 7.3 unter Berücksichtigung von Einzelfallregelungen gem. Abschnitt D, Nr. 1 mit dem Volumen gem. Nr. 4.1 e) ein Fehlbetrag, wird dieser durch gleichmäßige Quotierung der RLV-Fallwerte unter Berücksichtigung des unteren Grenzwertes (95%) gemäß Abschnitt B, Nr. 4.2 ausgeglichen.

(III) Ergibt sich in einer Fachgruppe im Quartal durch Gegenüberstellung der Honoraranforderungen aller Ärzte für Leistungen bis zur Grenze ihrer QZV gem. Abschnitt B, Nr. 7.4 unter Berücksichtigung von Einzelfallregelungen gem. Abschnitt D, Nr. 1 mit dem Volumen gem. Nr. 4.1 f) ein Fehlbetrag, wird dieser durch gleichmäßige Quotierung der QZV-Fallwerte unter Berücksichtigung des unteren Grenzwertes (85%) gemäß Abschnitt B, Nr. 4.2 ausgeglichen.

(IV) Ergibt sich trotz Quotierung gem. Absatz (II) und (III) durch die Berücksichtigung der Untergrenzen der Fallwerte gem. Abschnitt B, Nr. 4.2 ein Fehlbetrag innerhalb einer der Vergütungsbereiche gem. Nr. 4.1 e) oder f), wird dieser unter Berücksichtigung der Grenzwerte in Abschnitt B, Nr. 4.2 durch Reduzierung des jeweils anderen Vergütungsbereichs ausgeglichen.

(V) Ergibt sich trotz Quotierung gem. Absatz (II) und (III) sowie trotz Ausgleichs gem. Absatz (V) in beiden Vergütungsbereichen ein Fehlbetrag, wird dieser zu Lasten der Rückstellungen gem. Nr. 2.1.1 i) bzw. 2.2.1 j) des betreffenden Versorgungsbereiches ausgeglichen. Ein Ausgleich erfolgt fachgruppenbezogen im nächstmöglichen Quartal.

(VI) Ergibt sich in einer Fachgruppe im Quartal durch Gegenüberstellung der Honoraranforderungen aller Ärzte für Leistungen bis zu den jeweiligen Obergrenzen gem. Abschnitt B, Nr. 7.1

unter Berücksichtigung von Einzelfallregelungen gem. Abschnitt D, Nr. 1 mit dem Volumen gem. Nr. 4.1 e) und f) eine Unterschreitung, wird dieses Vergütungsvolumen dem arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen gem. Nr. 3.4 im Folgequartal gutgeschrieben.

4.2 Sonderregelungen

4.2.1 Nervenärzte, Neurologen, Psychiater

Die Vergütungsbereiche der Arztgruppen der „Fachärzte für Nervenheilkunde, Mehrfachzulassungen aus der Kombination als Facharzt für Neurologie und als Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie“, „Fachärzte für Neurologie“ und „Fachärzte für Psychiatrie, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie“ werden in Anwendung der Nr. 4.1 zusammengefasst.

4.2.2 Fachärzte für Innere Medizin (fachärztlicher Versorgungsbereich)

Der Vergütungsbereich einer der RLV-Arztgruppen der Fachärzte für Innere Medizin gemäß Anlage 1 Nr. 2 wird erhöht, wenn es zu einer Arztzahlzunahme gegenüber dem korrespondierenden Quartal des Jahres 2011 gekommen ist und diese Zunahme zurückzuführen ist auf

- die vollständige oder teilweise Übernahme eines Sitzes durch einen Vertragsarzt mit abweichendem Schwerpunkt bzw. mit entsprechender Facharztbezeichnung seit dem entsprechenden Vorjahresquartal (bei vollständigem oder teilweisem Wegfall der Tätigkeit des bisherigen Sitzinhabers)
- die vollständige oder teilweise Änderung der Anstellung eines Vertragsarztes mit abweichendem Schwerpunkt bzw. mit entsprechender Facharztbezeichnung seit dem entsprechenden Vorjahresquartal (bei vollständigem oder teilweisem Wegfall der Tätigkeit des bisherigen Sitzinhabers).

Das Vergütungsvolumen des betroffenen Vergütungsbereichs erhöht sich in diesen Fällen jeweils um das - unter Berücksichtigung des Tätigkeitsumfangs des Übernehmers - ausgezahlte Arzthonorar des am bisherigen Sitz tätigen Arztes im jeweiligen Quartal des Jahres 2011. Dabei wird nur Honorar herangezogen, das für Leistungen innerhalb des jeweiligen arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumens vergütet wurde. Im Umfang dieser Erhöhung vermindert sich das Vergütungsvolumen derjenigen RLV-Fachgruppe, der die Tätigkeit bislang zugeordnet war.

4.2.3 Fachärzte für Nuklearmedizin und Fachärzte für Radiologie, Fachärzte für Diagnostische Radiologie und Fachärzte für Strahlentherapie

Der sich nach Nr. 4.1.4 Abs. (I) jeweils ergebende Vergütungsbereich gem. Nr. 4.1 f) für Fachärzte für Nuklearmedizin und Fachärzte für Radiologie, Fachärzte für Diagnostische Radiologie und Fachärzte für Strahlentherapie wird quartalsweise jeweils um das für diesen Vergütungsbe-

reich nach Anlage 3a, Nr. 5.2.2 ermittelte Differenzvolumen erhöht (vor Durchführung der Regelungen in Nr. 4.1.4 Absätze (II) bis (VI)). Die nach Satz 1 jeweils erforderlichen Differenzvolumina werden dem in Abschnitt F, Nr. 2.3 gebildeten Rückstellungsvolumen entnommen.

4.2.4 Fachärzte für Nuklearmedizin

Der RLV-Fallwert eines Facharztes für Nuklearmedizin wird im jeweiligen RLV-Fall mit dem Faktor 0,2 multipliziert, wenn in diesem RLV-Fall ausschließlich MRT-Leistungen aus dem GOP-Katalog der für diese RLV-Fachgruppe gebildeten QZV angefordert und anerkannt werden. Die Regelung nach Satz 1 kommt auch dann zur Anwendung, wenn im jeweiligen RLV-Fall neben den in Satz 1 genannten MRT-Leistungen zusätzlich folgende Leistungsanforderungen oder angeforderte Pauschalen anerkannt werden: Konsiliarpauschalen der Kapitel 17 und 24 EBM, Besondere Inanspruchnahmen nach GOP 01100 bis 01102, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale nach GOP 01430, 01430B, 01435, 01436, Infusionen nach GOP 02100, Wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung und Kennnummern für Ausnahmeindikationen Labor nach GOP 32001 bis 32023, Bestimmung von Kreatinin nach GOP 32066, 32067 und 32089, Versand- und Transportkosten nach GOP 40100 bis 40106, 40120 bis 40126 und 40144, Kennzeichnungs-GOP, Kontrastmittel und Spezialinfusionskatheter².

Ist der Facharzt für Nuklearmedizin nach Satz 1 in einer Berufsausübungsgemeinschaft, einem MVZ oder einer Praxis mit angestellten Ärzten tätig, gelten die Sätze 1 und 2 für die für diesen Facharzt ermittelten anteiligen Behandlungsfälle.

4.2.5 Verstetigung der Fallwertquotierung

Kommt es im Falle von Abschnitt B Nr. 7.3.4 (XI) Satz 2 im Folgequartal zu einem prozentualen Rückgang gem. Abschnitt B Nr. 7.3.4 (XI) Satz 1 von mehr als 5%, kann der Vorstand zur Verstetigung der Quotierung gem. Nr. 4.1.4 (II) und/oder (III) alle oder einzelne Fachgruppenfonds gem. Nr. 3.4 zulasten der Rückstellungen gem. Nr. 2.1.1 i) bzw. 2.2.1 j) anheben. Ein Ausgleich erfolgt fachgruppenbezogen im Folgequartal.

² Für den Fall einer Änderung, Streichung oder Ergänzung der hier genannten Gebührenordnungspositionen und/oder der dafür geltenden vertraglichen landes- oder bundesrechtlichen Grundlagen einschließlich des EBM ist die danach im jeweiligen Quartal geltende Vertragsbestimmung zu den jeweiligen vorstehenden Oberbegriffen maßgeblich.

Anlage 4a – Leistungen, die innerhalb eines arztgruppenspezifischen Vergütungsvolumens keiner Mengenbegrenzung unterliegen (Abschnitt E, Anlage 3a bzw. 3b, Nr. 4.1 a)

Zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung kann kurzfristig eine vorläufige Anpassung des nachstehenden Katalogs (insbes. durch Streichung) durch den Vorstand der KVB erfolgen. Der angepasste Katalog nach Satz 1 ist der Vertreterversammlung der KVB in der nächsten Sitzung vorzulegen.

Fachgruppe	Gebührenordnungspositionen (GOP) des EBM
Fachärzte für Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen	<ul style="list-style-type: none"> - Besuche: GOP 01411, 01412, 01414 - Pauschale für den hausärztlichen Versorgungsauftrag Hausärzte: GOP 03040 - Chronikerpauschale Hausärzte: GOP 03220, 03221 - Gespräch Hausärzte: GOP 03230 - Hausärztlich geriatrisches Basisassessment: GOP 03360
Fachärzte für Anästhesiologie	<ul style="list-style-type: none"> - Anästhesien, Narkosen, Überwachung: GOP 05330, 05331, 05340, 05341, 05350 - Grundpauschalen und Aufwandserstattung für das Aufsuchen eines Kranken GOP 05210, 05211, 05212, 05230 im Zusammenhang mit Anästhesien/Narkosen bei vertragszahnärztlichen Behandlungen von Patienten mit mangelnder Kooperationsfähigkeit bei geistiger Behinderung oder schwerer Dyskinesie - Im Zusammenhang mit Anästhesien/Narkosen bei vertragszahnärztlichen Behandlungen von Patienten mit mangelnder Kooperationsfähigkeit bei geistiger Behinderung oder schwerer Dyskinesie sind die GOP 05210, 05211, 05212, 05230, 05330, 05331, 05340, 05341, 05350 mit dem Buchstaben-Zusatz „Z“ abzurechnen.
Fachärzte für Chirurgie, Fachärzte für Herzchirurgie, Fachärzte für Kinderchirurgie, Fachärzte für Plastische Chirurgie, Fachärzte für Plastische Chirurgie und Ästhetische Chirurgie, Fachärzte für Thoraxchirurgie sowie Fachärzte für Visceralchirurgie	<ul style="list-style-type: none"> - Behandlung von Hämorrhoiden: GOP 30610, 30611

Fachgruppe	Gebührenordnungspositionen (GOP) des EBM
Fachärzte für Chirurgie mit Schwerpunkt Gefäßchirurgie, Fachärzte für Gefäßchirurgie	<ul style="list-style-type: none"> - Angiographie und Intervention: GOP 34283 und 34286 - Sonographie bei gesicherter Diagnose Thrombose (I80.9 und I82.9): GOP 33072 und 33075
Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	<ul style="list-style-type: none"> - Besuche: GOP 01411, 01412, 01414 - Pauschale für den hausärztlichen Versorgungsauftrag Kinder- und Jugendärzte: GOP 04040 - Chronikerpauschale Kinder- und Jugendärzte: GOP 04220, 04221 - Gespräch Kinder- und Jugendärzte: GOP 04230
Fachärzte für Frauenheilkunde	<ul style="list-style-type: none"> - Ambulante Geburtshilfe: GOP 08231, 08410 bis 08416 - Inkontinenzbehandlung Frauenheilkunde: GOP 08310, 08311 - Stanzbiopsie: GOP 08320 - Onkologische Betreuung: GOP 08345 - Kurative Mammographie: GOP 34270, 34271, 34272, 34273, 34275
Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten	<ul style="list-style-type: none"> - Behandlung von Hämorrhoiden: GOP 30610, 30611
Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen	<ul style="list-style-type: none"> - Besuche: GOP 01411, 01412, 01414 - Praxisklinische Beobachtung und Betreuung: GOP 01510, 01511, 01512, wenn im Behandlungsfall die GOP 86516 abgerechnet wird
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie, Fachärzte für Innere Medizin und Gastroenterologie	<ul style="list-style-type: none"> - Praxisklinische Beobachtung und Betreuung: GOP 01510, 01511, 01512, wenn im Behandlungsfall die GOP 86516 abgerechnet wird

Fachgruppe	Gebührenordnungspositionen (GOP) des EBM
<p>Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie, Fachärzte für Innere Medizin und Kardiologie</p> <p>Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie und invasiver Tätigkeit</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Serien-Angiographie: GOP 34283 - Zuschlag Angiographie: GOP 34284, 34285 - Angioplastie: GOP 34286 - Zuschlag Benutzung C Bogen: GOP 34287 - Überwachungspauschale nach Angiographie: GOP 01530 - Überwachungspauschale nach PTA: GOP 01531 - Myokardszintigraphie: GOP 17330 und 17331 - SPECT Untersuchung: GOP 17362 und 17363 - Beobachtung nach LHK: GOP 01520 - Beobachtung nach Intervention: GOP 01521
<p>Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie, Fachärzte für Lungenheilkunde, Fachärzte für Innere Medizin und Pneumologie</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Bronchoskopie: GOP 13662, 13663
<p>Fachärzte für Nervenheilkunde, Mehrfachzulassungen aus der Kombination als Facharzt für Neurologie und als Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Besuche: GOP 01411, 01412, 01414
<p>Fachärzte für Neurologie</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Besuche: GOP 01411, 01412, 01414 - Probatorische Sitzung: GOP 35150
<p>Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie, Fachärzte für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörung, Mehrfachzulassungen aus der Kombination als Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde und als Facharzt für Phoniatrie und Pädaudiologie bzw. Facharzt für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörung</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Hörgeräteversorgung Kinder: GOP 20338, 20339, 20340, 20377 - Postoperative Nachsorge chronische Sinusitis: GOP 20364 - Postoperative Nachsorge Tympanoplastik: GOP 20365 - Hörgeräteversorgung Jugendliche und Erwachsene: GOP 20372, 20373, 20374
<p>Fachärzte für Psychiatrie, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Besuche: GOP 01411, 01412, 01414

Fachgruppe	Gebührenordnungspositionen (GOP) des EBM
Fachgruppen nach Anlage 1 Nr. 2	<ul style="list-style-type: none">- Haus- und Heimbefuche: GOP 01410, 01413, 01415 (mit Ausnahme der Fachärzte für Frauenheilkunde und der Fachärzte für Urologie) - Schmerztherapeutische spezielle Versorgung: GOP 30700, 30702, 30704, 30706, 30708

Anlage 4b – Leistungen, für die je Fachgruppe ein oder mehrere Vergütungsbereich(e)¹ definiert sind (Abschnitt E, Anlage 3a bzw. 3b, jeweils Nr. 4.1 c)

Zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung kann kurzfristig eine vorläufige Anpassung des nachstehenden Katalogs (insbes. durch Streichung) durch den Vorstand der KVB erfolgen. Der angepasste Katalog nach Satz 1 ist der Vertreterversammlung der KVB in der nächsten Sitzung vorzulegen.

Fachgruppe	Gebührenordnungspositionen (GOP) des EBM
Fachärzte für Augenheilkunde	<ul style="list-style-type: none"> - Behandlung eines Versicherten ausschließlich durch einen konservativ tätigen Augenarzt: GOP 062252
Fachärzte für Neurochirurgie	<ul style="list-style-type: none"> - Unvorhergesehene Inanspruchnahme: GOP 01100, 01101, 01102 - Verordnung medizinischer Rehabilitation: GOP 01611 - Chirotherapie: GOP 30200, 30201 - Akupunktur: GOP 30790, 30791 - Sonographie III: GOP 33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076 - Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren: GOP 35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120
Fachärzte für Frauenheilkunde	<ul style="list-style-type: none"> - Unvorhergesehene Inanspruchnahme: GOP 01100, 01101, 01102 - Haus- und Heimbesuche: GOP 01410, 01413, 01415 - Praxisklinische Beobachtung und Betreuung: GOP 01510, 01511, 01512 - Sterilisation: GOP 01850 bis 01857 - Schwangerschaftsabbruch: GOP 01900 bis 01915 - Mamma-Sonographie: GOP 33041 - Sonographie III: GOP 33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen	<ul style="list-style-type: none"> - Ösophago-Gastroduodenoskopie: GOP 13400 - Duplex-Echokardiographie (Farbduplex): GOP 33022 - Duplex-Sonographie Gefäße (Farbduplex): GOP 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075

Fachgruppe	Gebührenordnungspositionen (GOP) des EBM
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie	- Ösophago-Gastroduodenoskopie: GOP 13400
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato- / Onkologie, Fachärzte für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	<ul style="list-style-type: none"> - Praxisklinische Beobachtung und Betreuung: GOP 01510, 01511, 01512 - Transfusionen: GOP 02110, 02111 - Aplasieinduzierende/Toxiditäts-adaptierte Therapie: GOP 13502
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie, Fachärzte für Innere Medizin und Kardiologie, Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie und invasiver Tätigkeit	<ul style="list-style-type: none"> - Linksherzkatheter (LHK): GOP 34291 - Intervention zu LHK: GOP 34292
Fachärzte für Radiologie, Fachärzte für Diagnostische Radiologie, Fachärzte für Strahlentherapie	<ul style="list-style-type: none"> - Radiologische Leistungen: GOP 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, 34290, 34291, 34292, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503
Fachärzte für Urologie	- Stoßwellenlithotripsie: GOP 26330

¹ Quotierungsuntergrenze: 85%

² vgl. Anlage 3b, Nr. 4.1.2 Absatz (VI)

Anlage 5 – Umsetzung der KBV-Vorgaben (§ 87b Absatz 4 SGB V)

1. Grundlage für diesen HVM sind neben den gesetzlichen Bestimmungen und den Beschlüssen des (Erweiterten) Bewertungsausschusses die Vorgaben der KBV zur Honorarverteilung gemäß § 87b Abs. 4 SGB V in der jeweils geltenden Fassung (veröffentlicht auf der Internetseite der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vgl. www.kbv.de). Auf Anforderung eines Mitglieds der KVB kann der Text der KBV-Vorgaben im Einzelfall in Papierform oder per E-Mail durch die KVB zur Verfügung gestellt werden.
2. Sollten die Vorgaben der KBV geändert werden, gelten diese kraft Gesetzes unmittelbar in der jeweils geltenden Fassung. Bindende Änderungen der Vorgaben gelten unmittelbar für diesen HVM. In Zweifelsfällen und bei Ermessensentscheidungen im Rahmen der Umsetzung der Änderungen trifft der Vorstand eine Entscheidung. Die Vertreterversammlung kann diese für die Zukunft bestätigen oder abweichende Regelungen treffen.
3. Weitere als in Teil E, Nr. 3.4.3 der Vorgabe genannte Arztgruppen unterliegen der Regelung nach Teil E, Nr. 3.4.1 der Vorgabe nicht.
4. Für den Fall, dass von der Regelung nach Teil E, Nr. 3.4.1 bis 3.4.3 der KBV-Vorgaben betroffene Ärzte der KVB nachweisen, dass sie die Anforderungen der Richtlinien der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen erfüllen, wird das jeweilige Budget nach Teil E, Nr. 3.4.2 der Vorgabe ausgesetzt.

Anlage 6 – Berücksichtigung ferienbedingter Fallzahlschwankungen

Bei einer unterschiedlichen Verteilung der Ferientage im Vergleich zum jeweiligen Vorjahresquartal (insbesondere Ostern) kann es von Jahr zu Jahr zu starken Fallzahlschwankungen in den Fachgruppen und Praxen kommen. Dieser Effekt kann für die Praxen zum Problem werden, wenn im Vorjahresquartal deutlich mehr Ferientage lagen und die Praxis genau deshalb im aktuellen Quartal von einer Fallzahlzuwachsbeschränkung betroffen ist.

Der HVM löst dieses Problem, indem zusätzlich zur der 3%-igen Fallzahlsteigerung gem. Abschnitt B, Nr. 7.3.4 Absatz (I) eine weitere Fallzahlsteigerung zugestanden wird, wenn die Anzahl der ferien- und feiertagsfreien Wochentage zwischen Montag und Freitag in einem Quartal im Vergleich zum Vorjahresquartal um mindestens 10% gestiegen sind.

Rechnerisch ergeben sich die maßgeblichen Parameter der Fallzahlzuwachsbeschränkung nach folgender Formel:

$$FZZB_FG_neu = 3\% + \frac{0,02 \cdot \sqrt{(100 \cdot \Delta AFF)^3}}{100}$$

$$FZZB_Arzt_neu = 3\% + \frac{0,04 \cdot \sqrt{(100 \cdot \Delta AFF)^3}}{100}$$

FZZB_FG_neu bezeichnet den zulässigen Fallzahlzuwachs der Fachgruppe, bis zu dem keine Fallzahlzuwachsbeschränkung des einzelnen Arztes einer Fachgruppe durchgeführt wird.

FZZB_Arzt_neu bezeichnet sowohl den zulässigen Fallzahlzuwachs des einzelnen Arztes, der überschritten werden muss, um der Fallzahlzuwachsbeschränkung zu unterliegen, als auch den Zuwachs, um den die Fallzahl des Vorjahresquartals eines Arztes erhöht wird, sofern die Fallzahlzuwachsbeschränkung Anwendung findet.

ΔAFF bezeichnet die prozentuale Veränderung der Anzahl der ferien- und feiertagsfreien Wochentage zwischen Montag und Freitag im aktuellen Quartal im Vergleich zum Vorjahresquartal.

Abschnitt F – Rückstellungen

1. Sachverhalte zur Bildung von Rückstellungen

Von der vereinbarten MGV werden nach Berechnung der vorläufigen RLV-Vergütungsvolumen der Versorgungsbereiche Anteile für die Bildung von Rückstellungen versorgungsbereichsspezifisch verwendet:

- a) zur Berücksichtigung einer Zunahme von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte,
- b) für Sicherstellungsaufgaben (u. a. nachträglich erfolgende Honorarkorrekturen aus Vorquartalen),
- c) für Einzelfallregelungen gem. Abschnitt D, Nr. 2,
- d) zum Ausgleich eines nach Abschnitt B, im jeweiligen Absatz (III) der Nr. 3.1 und 3.2 sowie Nr. 4.2, dem jeweiligen Absatz (III) der Nr. 5.1.1 bis 5.1.4, der Nr. 5.1.5 Absatz (V), der Nr. 5.1.6 Absatz (II), dem jeweiligen Absatz (III) der Nr. 6.1.1, 6.1.3 bis 6.1.8, Nr. 6.1.2 Absatz (IVb) und (VI) sowie nach Abschnitt E, Anlage 3b, Nr. 4.1.4 Absatz (V), Nr. 4.2.3 sowie 4.2.5 gegebenenfalls erforderlichen Erhöhungsvolumens,
- e) für sonstige Verbindlichkeiten (z.B. Widerspruchs- und Gerichtsverfahren, Nachvergütungen).

2. Bildung der Rückstellungen

2.1 Grundsatz

Rückstellungen werden je Versorgungsbereich gebildet.

2.2 Hausärztlicher Versorgungsbereich

Von dem in Abschnitt E, Anlage 3b, Nr. 1 ermittelten hausärztlichen Verteilungsvolumen werden für das Jahr 2015 für Rückstellungen nach Nr. 1 gebildet. Die Höhe der Rückstellungen nach Satz 1 bestimmt der Vorstand nach Maßgabe des Bedarfs, der sich aus den Regelungen dieses HVM ergibt.

2.3 Fachärztlicher Versorgungsbereich

Von dem in Abschnitt E, Anlage 3b, Nr. 1 ermittelten fachärztlichen Verteilungsvolumen werden für das Jahr 2015 für Rückstellungen nach Nr. 1 gebildet. Die Höhe der Rückstellungen nach Satz 1 bestimmt der Vorstand nach Maßgabe des Bedarfs, der sich aus den Regelungen dieses HVM ergibt.

2.4 Eine Über- oder Unterdeckung wird im nächstmöglichen Quartal berücksichtigt.

Abschnitt G – Inkrafttreten, Übergangsbestimmung

Dieser HVM tritt am Tage nach Veröffentlichung im Bayerischen Staatsanzeiger in Kraft, gilt für die Honorarverteilung ab Quartal 1/2016 und ersetzt damit den HVM gültig seit 01.01.2014 in der Fassung des Beschlusses der Vertreterversammlung vom 23.11.2013, zuletzt geändert durch Beschluss der Vertreterversammlung am 21.03.2015. Soweit dieser HVM zu seiner Umsetzung einer weiteren Konkretisierung bedarf, wird der Vorstand ermächtigt, das Nähere zu regeln.