

**Honorarverteilungsmaßstab
der Kassenärztlichen Vereinigung
Sachsen-Anhalt (KVSA)
ab dem 2. Quartal 2013**

§ 1 Präambel

Zur Honorierung der vertragsärztlichen Tätigkeit beschließt die Vertreterversammlung der KVSA auf der Grundlage von § 87b SGB V im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen das folgende Verfahren zur Berechnung und Anpassung der Regelleistungsvolumen (RLV) und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV) und zu den zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen (zKG).

Soweit im Nachfolgenden die Bezeichnung Arzt verwendet wird, sind auch Ärztinnen, Psychologische Psychotherapeutinnen, Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Fachwissenschaftler der Medizin umfasst, soweit nicht ausdrücklich etwas anderes geregelt ist.

§ 2 Grundsätze

(1) An der Honorarverteilung nehmen alle in § 2 Abs. 1 a) bis j) der Abrechnungsanweisung der KVSA als Abrechnungsberechtigte genannten Ärzte teil.

(2) Ausgangsgröße der Honorarverteilung ist die jeweils für das Abrechnungsquartal von den Krankenkassen mit befreiender Wirkung zu entrichtende morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) gemäß § 87a SGB V.

(3) Die Vergütung der Ärzte erfolgt unter Beachtung der nachfolgenden Regelungen auf Basis der zum jeweiligen Zeitpunkt gültigen regionalen Euro-Gebührenordnung.

(4) Die Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen, die von den Krankenkassen außerhalb der MGV gezahlt werden, unterliegen nicht den RLV, QZV, zKG oder anderen begrenzenden Vergütungsvolumen, soweit in anderen Verträgen nichts anderes geregelt ist. Sollten in anderen Verträgen Begrenzungsregelungen festgelegt sein, erfolgt bei Überschreitung der Begrenzungsregelung eine entsprechende Anpassung der Vergütung.

§ 3 Vorwegabzüge vor Trennung der Gesamtvergütung

(1) Von der zutreffenden kassenübergreifenden MGV werden vor der Berechnung der versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumen die in den §§ 4 und 5 beschriebenen Vergütungsanteile als Vorwegabzüge gebildet.

(2) Sollten die gemäß § 4 zur Verfügung stehenden Mittel zur Vergütung des jeweiligen Leistungsbereiches nicht ausreichen und die Krankenkassen eine zusätzliche Finanzierung des über das zur Verfügung gestellte Volumen gemäß § 4 Abs. 2 hinausgehenden Mehrbedarfs ablehnen, sind die fehlenden Mittel aus den Rückstellungen gemäß § 7 im Verhältnis der Kosten der abgerechneten laboratoriumsmedizinischen Leistungen des Vorjahresquartals zwischen dem haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich bereitzustellen. Sofern die im Anhang zu Teil B der Vorgaben der KBV zur Honorarverteilung aufgeführte Konvergenzregelung zur Anpassung der versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumen anzuwenden war, erfolgt bei einer ggf. notwendig werdenden Zuführung zusätzlicher Mittel die Zuführung bis zur Höhe der Differenz des Verteilungsvolumens vor und nach Konvergenz des von der Konvergenz begünstigten Versorgungsbereiches aus dem von der Konvergenz begünstigten

Versorgungsbereich, wenn diese Differenz durch die geänderten Vorgaben der KBV zur Honorarverteilung im Laborbereich entstanden ist.

Darüber hinaus ggf. fehlende Mittel werden aus den Rückstellungen gemäß § 7 im Verhältnis der Kosten der abgerechneten laboratoriumsmedizinischen Leistungen des Vorjahresquartals zwischen dem haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich bereitgestellt.

(3) Sollten die gemäß § 5 zur Verfügung stehenden Mittel zur Vergütung des jeweiligen Leistungsbereiches nicht ausreichen und die Krankenkassen eine zusätzliche Finanzierung des über das zur Verfügung gestellte Volumen gemäß § 5 hinausgehenden Mehrbedarfs ablehnen, können ggf. nicht ausgeschöpfte Mittel gemäß § 7 aus dem jeweiligen Versorgungsbereich im gleichen prozentualen Zuführungsverhältnis entsprechend den Vorgaben der KBV zur Trennung der Gesamtvergütung für die Vergütung der Leistungen gemäß § 5 Abs. 1 bereitgestellt werden. Dabei erfolgt die Zuführung maximal in Höhe des niedrigsten Betrages eines Versorgungsbereiches. Bei Überschreitung der Vergütungsvolumen erfolgt eine Quotierung der Vergütung der Leistungen.

§ 4

Vergütung und Steuerung der Labor-, Konsiliar- und Grundpauschale (Gebührenordnungspositionen 12210 und 12220) sowie laboratoriumsmedizinischer Leistungen und Kostenerstattungen

(1) Die Vergütung von Leistungen, Kostenpauschalen der Laboratoriumsmedizin und Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM und die entsprechenden laboratoriumsmedizinischen Leistungen des EBM im Rahmen der Empfängnisregelung und des Schwangerschaftsabbruchs erfolgt entsprechend den Vorgaben der KBV zur Trennung der Gesamtvergütung und unter Beachtung der Vorgaben zur Vergütung laboratoriumsmedizinischer Leistungen aus dem Vergütungsvolumen gemäß Abs. 2 unter Berücksichtigung der für diesen Leistungsbereich im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung erfolgenden Zahlungen und der Versichertenentwicklung.

2) Die Höhe des Vergütungsvolumens wird bestimmt durch die Ermittlung des Bruttoleistungsbedarfs in Punkten des jeweiligen Quartals des Jahres 2008 entsprechend der Datenerlieferung der KBV für

- die Konsiliar- und Grundpauschale für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin, ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin (GOP 12210 und 12220 EBM) multipliziert mit dem Anpassungsfaktor in Höhe von 0,6407,
- die Grundpauschalen (01310 bis 01312) bzw. die Konsiliarpauschalen (12210) für zur Abrechnung von Kostenerstattungen des Kap. 32 ermächtigte Ärzte, Einrichtungen, Krankenhäuser und Institutionen,
- die GOP 32001 nach Anwendung der Regelungen in Ziff. 1. ff zu den Abschnitten 32.2 und 32.3 EBM,
- Leistungen und Kostenerstattungen des Kapitels 32 und den entsprechenden laboratoriumsmedizinischen Leistungen des EBM im Rahmen der Empfängnisregelung und des Schwangerschaftsabbruchs.

In Euro bewertete Leistungen sind mit dem Orientierungswert in Höhe von 3,5363 Cent in Punkte umzurechnen. Das Punktzahlvolumen wird mit der durch die KBV für das jeweilige Quartal mitgeteilten HVV-Quote für die aufgeführten Leistungen multipliziert und um die für die entsprechenden bis zum Abrechnungsquartal für jedes Jahr festgelegten Veränderungsraten (VR) der MGV erhöht. Das zutreffende Punktzahlvolumen wird mit dem regionalen Punktwert in Höhe von 3,5363 Cent multipliziert und mit dem Vergütungsvolumen des Vorjahresquartals für die Kostenpauschale 40100 für Laboratoriumsdiagnostik gemäß Abschnitt

32.3 unter Berücksichtigung der Veränderungsrate der MGV aus dem versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumen nach Trennung der Gesamtvergütung addiert.

(3) Aus dem entsprechend Abs. 2 berechneten Vergütungsvolumen werden die Leistungen wie folgt vergütet:

- Die Gebührenordnungsposition 32001 für die wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen des Kapitels 32 wird nach Anwendung der Regelungen in den Ziff. 1. ff. zu den Abschnitten 32.2 und 32.3 EBM zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet.
- Die Konsiliar- und Grundpauschalen für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin, ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin sowie für zur Abrechnung von Kostenerstattungen des Kap. 32 ermächtigten Ärzte für Laboratoriumsmedizin, Einrichtungen, Krankenhäuser und Institutionen (GOP 12210 und 12220) werden zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung multipliziert mit einem Anpassungsfaktor in Höhe von 1,4588 vergütet.
- Die Kostenpauschale nach 40100 für laboratoriumsmedizinische Untersuchungen nach Abschn. 32.3 wird zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet.
- Die GOP 32025 bis 32027, 32035 bis 32039, 32097 und 32150 werden zum Preis der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet.
- Die übrigen laboratoriumsmedizinischen Leistungen des Abschnitts 32.2 und 32.3 des EBM werden unter Berücksichtigung der Regelungen des Abs. 4 nach der regionalen Euro-Gebührenordnung multipliziert mit der von der KBV für das jeweilige Abrechnungsquartal mitgeteilten Abstaffelungsquote vergütet, sofern die Laborleistungen durch die Krankenkassen nicht außerhalb der MGV vergütet werden. Für Laborgemeinschaften ist die Regelung gemäß Ziffer 1. Satz 2 zum Abschnitt 32.2 und 32.3 des EBM zu berücksichtigen.

(4) Für die Ärzte der in Anlage 8 aufgeführten Arztgruppen unterliegen die Kostenerstattungen des Abschnitts 32.3 des EBM einer fallwertbezogenen Budgetierung. Die Höhe des Budgets für die Leistungen des Abschnitts 32.3 ergibt sich je Arztpraxis und Abrechnungsquartal aus dem Produkt des für die Arztgruppe vorgegebenen mit der bekannt gegebenen bundeseinheitlichen Abstaffelungsquote „Q“ multiplizierten Referenz-Fallwertes gemäß Anlage 8 und der Zahl der Behandlungsfälle gemäß § 21 Abs. 1 Bundesmantelvertrag Ärzte bzw. § 25 Abs. 1 Arzt-/Ersatzkassenvertrag des Abrechnungsquartals der Arztpraxis. Die Leistungen und Fallzahlen von Ärzten einer (Teil-)Berufsausübungsgemeinschaft, eines MVZ oder einer Praxis mit angestellten Ärzten der Arztgruppen, die nicht in Anlage 8 aufgeführt und zur Erbringung von Leistungen des Abschnitts 32.3 berechtigt sind bleiben bei der Berechnung unberücksichtigt.

Der Referenz-Fallwert einer (Teil-)Berufsausübungsgemeinschaft, eines MVZ oder einer Praxis mit angestellten Ärzten wird als Summe der Produkte des relativen Anteils der Fälle eines Arztes in der Arztpraxis und der arztgruppenspezifischen mit der bekannt gegebenen bundeseinheitlichen Abstaffelungsquote „Q“ multiplizierten Referenz-Fallwerte der beteiligten Ärzte berechnet. Beteiligte Ärzte, die nicht zur Abrechnung von speziellen Laboratoriumsuntersuchungen des Abschnitts 32.3 berechtigt sind, werden mit einem Referenz-Fallwert von 0 Euro berücksichtigt.

(5) Der Vorstand kann das Budget nach Abs. 4 erweitern, anpassen oder aussetzen. Bei einem Antrag des Arztes sind geeignete Unterlagen zum Nachweis der medizinisch notwendigen laboratoriumsmedizinischen Leistungserbringung beizufügen.

§ 5

Vergütung und Steuerung von Leistungen des organisierten Notfalldienstes und der Notfallbehandlungen durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser

(1) Leistungen des organisierten Notfalldienstes und der Notfallbehandlungen durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser während der Zeiten des organisierten Notfalldienstes werden mit Ausnahme der laboratoriumsmedizinischen Leistungen aus dem Vergütungsvolumen gemäß Abs. 2 unter Berücksichtigung der für diesen Leistungsbereich im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung erfolgenden Zahlungen vergütet. Die in diesem Zusammenhang erbrachten laboratoriumsmedizinischen Leistungen werden nach den Regelungen des § 4 vergütet.

(2) Die Höhe des Vergütungsvolumens wird bestimmt durch die Ermittlung der für das Vorjahresabrechnungsquartal unter Beachtung der Versichertenentwicklung zutreffenden, um 0,9 % für den Orientierungswert erhöhte und um die für das entsprechende Abrechnungsquartal gültige Veränderungsrate (VR) gesteigerten MGV (MGV für die entsprechende Behandlung bereichseigener Versicherter durch bereichseigene und bereichsfremde Vertragsärzte) für die abgerechneten Leistungen und Kostenerstattungen des EBM, mit Ausnahme der laboratoriumsmedizinischen Leistungen, für den von der KVSA organisierten Not(fall)dienst und für die Notfallbehandlung während der Zeiten des organisierten Notfalldienstes durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Institute und Krankenhäuser.

(3) Leistungen durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser außerhalb der Zeiten des organisierten Notfalldienstes werden aus einem gesonderten Vergütungsvolumen gemäß Abs. 4 honoriert.

(4) Die Höhe des Vergütungsvolumens wird bestimmt durch die Ermittlung der für das Vorjahresabrechnungsquartal unter Beachtung der Versichertenentwicklung zutreffenden, um 0,9 % für den Orientierungswert erhöhte und um die für das entsprechende Abrechnungsquartal gültige Veränderungsrate (VR) gesteigerten MGV (MGV für die entsprechende Behandlung bereichseigener Versicherter durch bereichseigene und bereichsfremde Vertragsärzte) für die abgerechneten Leistungen und Kostenerstattungen des EBM, soweit diese Vergütung der Leistungen nicht bereits in Abs. 2 bzw. § 4 erfasst sind, für die Notfallbehandlung durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser außerhalb der Zeiten des organisierten Notfalldienstes. Die in diesem Zusammenhang erbrachten laboratoriumsmedizinischen Leistungen werden nach den Regelungen des § 4 vergütet.

(5) Bei Überschreitung des Vergütungsvolumens gem. Abs. 2 oder 4 erfolgt unter Beachtung von § 3 Abs. 3 eine getrennte Quotierung der Vergütung der Leistungen.

§ 6

Versorgungsbereichsspezifisches Verteilungsvolumen

(1) Die nach Abzug der Vorwegabzüge gemäß §§ 4 und 5 gebildete und zutreffende kassenübergreifende morbiditätsbedingte Gesamtvergütung ist entsprechend den Vorgaben der KBV zur Trennung der Gesamtvergütung auf den haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich zu verteilen. Es entsteht jeweils ein haus- bzw. fachärztliches (versorgungsbereichsspezifisches) Verteilungsvolumen.

(2) Beim Wechsel des Versorgungsbereichs durch einen Vertragsarzt sind die Verteilungsvolumen der Versorgungsbereiche unbeschadet der Regelung nach Abs. 4 nicht anzupassen.

(3) Vertragsärzte, die gemäß § 73 SGB V dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören und aus Gründen der Sicherstellung nach dem 1. Juli 2010 eine Genehmigung erhalten haben, in den Vereinbarungen gemäß § 6 Abs. 2 des Vertrages über die hausärztliche Versorgung genannte Leistungen abzurechnen, erhalten die Vergütungen für den abgerechneten Leistungsbedarf dieser Leistungen aus dem fachärztlichen Vergütungsanteil.

(4) Für Vertragsärzte, die gemäß § 73 SGB V dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören, aus Gründen der Sicherstellung eine Genehmigung besitzen, nach dem 1. Januar 2003 in den Vereinbarungen gemäß § 6 Abs. 2 des Vertrages über die hausärztliche Versorgung genannte Leistungen abzurechnen, und den Versorgungsbereich wechseln, sind die Vergütungen für den abgerechneten Leistungsbedarf dieser Leistungen, soweit sie aus dem Vergütungsvolumen des hausärztlichen Vergütungsbereich gezahlt wurden, quartalsweise auf der Basis des Vorjahresquartals im Vergütungsvolumen des hausärztlichen Versorgungsbereiches zu bereinigen und dem Vergütungsvolumen des fachärztlichen Versorgungsbereichs zuzuführen.

(5) Vorgaben der KBV zur Bereinigung der MGV, die Auswirkung auf die Teilung der MGV in das haus- und fachärztlichen versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumen haben, sind anzuwenden.

§ 7

Versorgungsbereichsspezifisches RLV-/QZV-Verteilungsvolumen

(1) Für den jeweiligen Versorgungsbereich wird als weitere Ausgangsgröße ausgehend vom versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumen gemäß § 6 das versorgungsbereichsspezifische RLV-/QZV-Verteilungsvolumen gebildet. Innerhalb der Versorgungsbereiche sind, soweit für den jeweiligen Versorgungsbereich zutreffend, die in Abs. 2 bis 7 aufgeführten Rückstellungen zu bilden.

(2) Die Rückstellungsbeträge zur Berücksichtigung einer Zunahme an Ärzten, die ihre vertragsärztliche Tätigkeit aufnehmen, für die Neuvergabe von QZV, für Sicherstellungsaufgaben der KVSA, für die Gewährung von Praxisbesonderheiten, zum Ausgleich von Honorarverlusten, zum Ausgleich von Fehlschätzungen für Vorwegabzüge insbesondere im Vergütungsvolumen gemäß § 4 und Rückstellungen sowie für Zahlungen aus dem Fremdkassenzahlungsausgleich werden auf Basis des Umfangs der vorangegangenen vier Quartale berechnet.

(3) Die innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanzierten Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM mit Ausnahme des Anteils der in § 4 Abs. 2 enthaltenen Kostenpauschalen nach Nr. 40100 des EBM für laboratoriumsmedizinische Leistungen des Abschnitts 32.3 des EBM werden aus dem Vergütungsvolumen finanziert, welches sich an dem Umfang der vorangegangenen vier Quartale orientiert.

(4) Die für die Zahlung des Aufschlages auf die RLV und QZV für Kooperationsformen benötigten Mittel werden entsprechend der zum jeweiligen Zeitpunkt der Berechnung der RLV und QZV bekannten Anzahl an Kooperationen und den in den vorangehenden vier Quartalen vorliegenden RLV und QZV hochgerechnet.

(5) Die Vergütung der belegärztlichen Leistungen außerhalb des Kap. 36 und mit Ausnahme der Leistungen nach GOP 13311, 17370 sowie 08410 bis 08416 erfolgt aus dem Vergütungsvolumen, welches sich an dem Umfang der vorangegangenen vier Quartale orientiert.

(6) Die Vergütung der durch Hausärzte erbrachten Leistungen des fachärztlichen Versorgungsbereichs im Rahmen der Sicherstellung gem. § 6 Abs. 3 erfolgt aus einem Rückstellungsvolumen aus dem fachärztlichen Versorgungsbereich, welches sich an dem Umfang der vorangegangenen vier Quartale orientiert.

(7) Für die Vergütung der über die RLV, QZV und zKG unter Beachtung von § 21 Abs. 7 hinausgehenden Leistungen wird eine Rückstellung in Höhe von bis zu 2 % der diese Leistungsbereiche betreffenden Vergütungsvolumen aus dem versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumen gebildet.

(8) Die in Abs. 2 bis 7 aufgeführten Rückstellungen sind innerhalb des jeweiligen Versorgungsbereiches untereinander verrechnungsfähig. Werden Mittel der Versorgungsbereiche nicht ausgeschöpft, werden diese zum Ausgleich von Fehlbeträgen bei den Berechnungen gemäß §§ 8 und 9 versorgungsbereichsspezifisch herangezogen bzw. bei der Berechnung der RLV und QZV des jeweiligen Versorgungsbereiches des nächstmöglichen Quartals oder der Vergütung gem. § 16 Abs. 2 zugeführt.

§ 8

Arztgruppenspezifisches Verteilungsvolumen

(1) Das versorgungsbereichsspezifische RLV-/QZV-Verteilungsvolumen wird gemäß Anlage 3 jeweils auf die entsprechenden Arztgruppen gemäß Anlage 1 verteilt. Es entsteht jeweils ein arztgruppenspezifisches Verteilungsvolumen.

(2) Innerhalb eines arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumens ist zu gewährleisten, dass die arztgruppenspezifischen Grund- oder Konsiliarpauschalen saldiert in ausreichendem Umfang vergütet werden können. Alle nach dem 01.10.2011 durchgeführten Änderungen bei der Bildung von QZV oder der Zuordnung von Leistungen zum RLV bleiben bei der ggf. erforderlichen Anpassung der arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen auf Grund des Ausgleichs der saldierten Grundpauschalen unberücksichtigt.

(3) Bei der Berechnung der arztgruppenspezifischen Basis-Verteilungsvolumen ist sicher zu stellen, dass ein Verlust einer Arztgruppe von mehr als 7 Prozent gegenüber dem Vorjahresquartal ausgeschlossen ist.

(4) Bei der Berechnung der arztgruppenspezifischen Basis-Verteilungsvolumen ist sicher zu stellen, dass ein Gewinn einer Arztgruppe von mehr als 5 Prozent gegenüber dem Vorjahresquartal ausgeschlossen ist.

(5) Das durch Festlegung des Landesschiedsamtes zweckgebunden zur Verfügung gestellte Honorarvolumen wird unter Beachtung der Vorgaben zur Trennung der Gesamtvergütung in einen haus- und fachärztlichen Anteil im fachärztlichen Versorgungsbereich den fachärztlichen Verteilungsvolumen der Arztgruppen der Grundversorgung (konservativ tätige Augenärzte, HNO-Ärzte, Hautärzte, Nervenärzte, Psychiater, Neurologen, Kinder- und Jugendpsychiater, Frauenärzte, Urologen, Chirurgen und Orthopäden, Fachärzten für Physikalisch Rehabilitative Medizin) zur Stützung der RLV und im hausärztlichen Versorgungsbereich den Arztgruppen der Haus- und Kinderärzte zugeführt.

(6) Von den Zuwächsen der MGV pro Quartal in 2013 des fachärztlichen Versorgungsbereiches wird zusätzlich 1 Prozentpunkt zur Stützung der Förderung der Arztgruppen der fachärztlichen Grundversorgung gem. den Regelungen in § 8 Abs. 5 zur Verfügung gestellt.

(7) Die Aufteilung der Gelder gem. Absatz 5 und 6 zwischen den entsprechenden Arztgruppen im jeweiligen Versorgungsbereich erfolgt entsprechend dem prozentualen Anteil der

Gesamtleistungsmenge der Arztgruppe im Vorjahresquartal an der Gesamtleistungsmenge der betreffenden Arztgruppen des Versorgungsbereiches im Vorjahresquartal.

(8) Die in Absatz 5 und 6 zur Verfügung gestellten Honorarvolumen sowie die sonstigen aus den Zuwächsen der MGV pro Quartal in 2013 zur Verfügung stehenden Honorarvolumen bleiben bei den Berechnungen gem. Abs. 3 und 4 unberücksichtigt und werden nach den Berechnungen gem. Absatz 5 und 6 den arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen zugeführt.

§ 9

Arztgruppenspezifische Vergütungsbereiche

Das arztgruppenspezifische Verteilungsvolumen wird gemäß Anlage 4 jeweils auf nachfolgende arztgruppenspezifische Vergütungsbereiche aufgeteilt:

- Für die Vergütung der durch die Arztgruppen des hausärztlichen Versorgungsbereichs abgerechneten und vollständig zu vergütenden Versichertenpauschalen (03110 bis 03130, 04110 bis 04130 EBM) und Chronikernummern (03212 und 04212 EBM).
- Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der Regelleistungsvolumen und
- Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen.

§ 10

Grundsätze der Berechnung von RLV

(1) Je Quartal und Arztpraxis der in Anlage 1 Ziffer 1.1 aufgeführten Arztgruppen wird eine abrechenbare Menge vertragsärztlicher Leistungen vorgegeben (RLV), die mit den in der regionalen Euro-Gebührenordnung enthaltenen Preisen zu vergüten sind.

(2) Die Regelleistungsvolumen werden für die in Anlage 1 Ziffer 1.1 aufgeführten Arztgruppen für das jeweilige Abrechnungsquartal je Arzt ermittelt. Dabei legt der Vorstand der KVSA fest, ob der Bezug auf ein Quartal oder auf einen längerfristigen Zeitraum erfolgt. Sollte ein über ein Quartal hinausgehender Zeitraum festgelegt werden, ist auch ein entsprechender Vergleichszeitraum bei den Berechnungen anzuwenden. Ermächtigte Krankenhausärzte sowie ermächtigte Krankenhäuser, Einrichtungen oder Institutionen erhalten ein Regelleistungsvolumen nach dem mit der Ermächtigung begründeten Versorgungsauftrag. Die Höhe des Regelleistungsvolumens eines Arztes ergibt sich aus der Multiplikation des zum jeweiligen Zeitpunkt gültigen arztgruppenspezifischen Fallwertes (FW_{AG}) gemäß Anlage 5 und der RLV-Fallzahl des Arztes im Abrechnungsquartal unter Beachtung der Abs. 8 und 9 sowie des § 17.

(3) Für Vertragsärzte, die außer in ihrer Arztpraxis auch in einer oder mehreren Teilberufsausübungsgemeinschaften tätig sind, wird ein gesamtes Regelleistungsvolumen für die vom jeweiligen Vertragsarzt in der Arztpraxis und in der(n) Teilberufsausübungsgemeinschaft(en) erbrachten Leistungen berechnet.

(4) Für Vertragsärzte, die mit mehreren Gebiets- und Schwerpunktbezeichnungen zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen sind, wird das für den Arzt in Summe (RLV und QZV) günstigere Gesamtvolumen zu Grunde gelegt.

(5) Bei der Ermittlung des Regelleistungsvolumens eines Arztes ist der Umfang seiner Tätigkeit lt. Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid zu berücksichtigen.

(6) Ärzte, die ihre Tätigkeit nicht zu Beginn eines Quartals aufnehmen oder zum Ende eines Quartals beenden, erhalten für das Quartal der Aufnahme oder der Beendigung der Tätigkeit ein auf die Tätigkeitsdauer berechnetes RLV. Hierfür wird das für den Arzt nach Maßgabe der Regelungen berechnete RLV durch 90 Kalendertage dividiert und mit der Anzahl aller Kalendertage ab Aufnahme bzw. bis zum Ende der Tätigkeit multipliziert.

(7) Für Regelleistungsvolumen relevante Fälle sind kurativ-ambulante Behandlungsfälle des Abrechnungsquartals gemäß § 21 Abs. 1 und Abs. 2 BMV-Ä bzw. § 25 Abs. 1 und Abs. 2 EKV, ausgenommen Notfälle im organisierten Notfalldienst, und Fälle, in denen ausschließlich Leistungen und Kostenerstattungen außerhalb der RLV/QZV abgerechnet werden.

(8) Zur Umsetzung des Arztbezuges gemäß Abs. 2 ist die Bemessung des Regelleistungsvolumens mit den RLV-Fällen des Abrechnungsquartals vorgegeben.

a) In Einzelpraxen entspricht die Zahl der RLV-Fälle der Zahl der Behandlungsfälle gemäß Abs. 7.

b) In Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten entspricht die Zahl der RLV-Fälle eines Arztes der Zahl der Behandlungsfälle gemäß Absatz 7 der Arztpraxis multipliziert mit seinem Anteil an der RLV-relevanten Arztfallzahl der Praxis.

Die Summe der RLV-Fälle einer Arztpraxis entspricht damit immer der Anzahl der RLV-relevanten Behandlungsfälle des Abrechnungsquartals gemäß Abs. 7 der Arztpraxis.

(9) Der für einen Arzt zutreffende arztgruppenspezifische Fallwert gem. Anlage 5 wird für jeden über 170 % der durchschnittlichen RLV-Fallzahl der Arztgruppe gemäß Abs. 7 hinausgehenden RLV-Fall des Abrechnungsquartals wie folgt gemindert:

- um 20 % für RLV-Fälle über 170 % bis 200 % der durchschnittlichen RLV-Fallzahl der Arztgruppe,

- um 30 % für RLV-Fälle über 200 % der durchschnittlichen RLV-Fallzahl der Arztgruppe.

(10) Sofern für einzelne Leistungen oder Leistungsbereiche von den Krankenkassen Zuschläge auf den Orientierungswert für Leistungen, die den RLV unterliegen, gezahlt werden, wird der Differenzbetrag zum Orientierungswert entsprechend dem Anteil der im Vorjahresquartal erbrachten Leistungsmenge für die betreffenden Leistungen dem RLV des Arztes hinzugerechnet.

§ 11

Abbildung Altersklassifikation des EBM im Regelleistungsvolumen

Zur Berücksichtigung der Morbidität wird die Altersklassifikation bei der Berechnung des RLV gemäß Anlage 5 Nr. 3 berücksichtigt.

§ 12

Grundsätze der Berechnung von Qualifikationsgebundenen

Zusatzvolumen (QZV)

(1) QZV kommen für die in Anlage 2 aufgeführten Arztgruppen, Leistungen und Leistungsbe-
reiche zur Anwendung.

(2) Wenn eine Arztpraxis die in Abs. 3 i. V. m. Anlage 2 genannten Voraussetzungen erfüllt,
kann diese Arztpraxis unter Beachtung der Abrechnungsbestimmungen des EBM weitere
vertragsärztliche Leistungen in QZV abrechnen, die mit den in der regionalen Euro-
Gebührenordnung gemäß § 87a Abs. 2 SGB V enthaltenen Preisen zu vergüten sind. Dabei
ergibt sich die Höhe des jeweiligen qualifikationsgebundenen Zusatzvolumens aus der Addi-
tion der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen je zur Abrechnung der entsprechenden
Leistungen berechtigtem Arzt (unabhängig vom Zulassungsstatus), der in der Arztpraxis tätig
ist.

(3) Ein Arzt hat Anspruch auf die arztgruppenspezifischen qualifikationsgebundenen Zusatz-
volumen, wenn

- er mindestens eine Leistung des entsprechenden qualifikationsgebundenen
Zusatzvolumens im Abrechnungsquartal erbracht hat
- die ggf. im QZV vorgegebene Definition bei der Abrechnung im Abrechnungs-
quartal erfüllt und
- er die zutreffende Gebiets- bzw. Schwerpunktbezeichnung führt.

Unterliegt die Voraussetzung zur Erbringung von in qualifikationsgebundenen Zusatzvolu-
men aufgeführten Leistungen einer Qualifikation nach § 135 Abs. 2 SGB V, § 137 SGB V
oder dem Führen einer Zusatzbezeichnung, ist der Nachweis zusätzlich erforderlich.

(4) Für QZV relevante Leistungsfälle sind kurativ-ambulante Behandlungsfälle des Abrech-
nungsquartals gemäß § 21 Abs. 1 und Abs. 2 BMV-Ä bzw. § 25 Abs. 1 und Abs. 2 EKV,
ausgenommen Notfälle im organisierten Notfalldienst. Ein Leistungsfall liegt vor, sofern im
Behandlungsfall des Abrechnungsquartals mindestens eine Leistung des Leistungskatalogs
des entsprechenden qualifikationsgebundenen Zusatzvolumens abgerechnet worden ist.

(5) Die QZV werden gemäß Anlage 6 Nr. 2 je Leistungsfall berechnet. Abweichend davon
wird das QZV „Dringende Besuche“ und „Verordnung medizinischer Rehabilitation“ gemäß
Anlage 6 als Volumen pro Arzt berechnet. Es sind auch die Leistungen zu berücksichtigen,
die von den beteiligten Vertragsärzten ggf. in einer oder mehreren Teilberufsausübungsge-
meinschaften erbracht werden.

(6) Die QZV werden gemeinsam für die niedergelassenen und die ermächtigten Ärzte einer
Arztgruppe berechnet und daraus folgend in gleicher Höhe festgelegt.

(7) Die in den QZV festgelegten Gebührenordnungspositionen setzen sich systematisch über
alle festgelegten Arztgruppen aus den gleichen Gebührenordnungspositionen zusammen.
Bei der Erbringung und Abrechnung der betreffenden Leistungen sind sowohl die Bestim-
mungen des EBM als auch die berufsrechtlichen Vorgaben zu beachten.

(8) Die Festlegung der QZV erfolgt gemäß Abs. 9 unter Beachtung des individuell unter-
schiedlich hohen Leistungsbedarfs des Abrechnungsquartals der in einem QZV enthaltenen
Leistungen.

(9) Die Differenzierung der QZV bezüglich des unterschiedlich hohen Leistungsbedarfs im
jeweiligen Abrechnungsquartal des berechtigten Arztes erfolgt über einen Korrekturfaktor
(KF). Der arztindividuelle KF ergibt sich aus dem Verhältnis des individuellen Leistungsbe-
darfs des jeweiligen Abrechnungsquartals in Punkten je Leistungsfall der Leistungen des
QZV zum durchschnittlichen Leistungsbedarf des jeweiligen Abrechnungsquartals in Punkten

je Leistungsfall der Leistungen des QZV der Arztgruppe. Dabei ergibt der durchschnittliche Leistungsbedarf des jeweiligen Abrechnungsquartals in Punkten je Leistungsfall der Leistungen des QZV der Arztgruppe den KF 1. Die so errechneten KF des Arztes werden bei der Berechnung der für ihn jeweils zutreffenden QZV auf den Fallwert in Euro angewandt. Abweichend davon wird für die QZV „Dringende Besuche“ und „Verordnung medizinischer Rehabilitation“ der KF aus dem Verhältnis der RLV-Fallzahl des Arztes des Abrechnungsquartals zur durchschnittlichen RLV-Fallzahl je Arzt der Arztgruppe des Abrechnungsquartals gebildet und auf das Volumen je Arzt angewandt.

(10) Sofern für einzelne Leistungen oder Leistungsbereiche von den Krankenkassen Zuschläge auf den Orientierungswert für Leistungen, die den QZV unterliegen, gezahlt werden, wird der Differenzbetrag zum Orientierungswert entsprechend dem Anteil der im Abrechnungsquartal erbrachten Leistungsmenge für die betreffenden Leistungen dem jeweiligen QZV des Arztes hinzugerechnet.

§ 13

Regelungen für Kooperationsformen

(1) Die Umsetzung der RLV und QZV erfolgt praxisbezogen und bildet das Gesamtvolumen der Praxis. Dabei ergibt sich die Höhe des Gesamtvolumens einer Arztpraxis aus der Addition der Gesamtvolumen (RLV und QZV) je Arzt gemäß Anlage 1 Punkt 1.1, die in der Arztpraxis tätig sind.

(2) Zur Förderung der vertragsärztlichen Versorgung in Kooperationsformen wird das praxisbezogene Gesamtvolumen

- a) für standortgleich tätige Ärzte in Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten um 10 Prozent erhöht,
- b) für standortübergreifend tätige Ärzte wird ein Aufschlag nur gewährt, wenn ein Kooperationsgrad (KG) gem. Abs. 3 der gesamten Praxis von mind. 0,1 Prozent erreicht wird. Bei einem Kooperationsgrad der gesamten Praxis zwischen 0,1 und 10 Prozent wird der Aufschlag für den/die standortübergreifend tätigen Arzt/Ärzte auf deren Gesamtvolumen entsprechend des KG gewährt, maximal in Höhe von 10 Prozent.

(3) Der Kooperationsgrad (KG) der Praxis je Abrechnungsquartal in Prozent wird wie folgt berechnet:

$$KG = ((\text{RLV-relevante Arztfallzahl der Arztpraxis im Abrechnungsquartal} / \text{Zahl der Behandlungsfälle gemäß § 11 Abs. 8 im Abrechnungsquartal}) - 1) * 100$$

Es werden nur Ärzte berücksichtigt, die gemäß Anlage 1 Punkt 1.1 dem RLV unterliegen.

§ 14

Regelleistungsvolumen bei Neuaufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit

(1) Für Ärzte gemäß Anlage 1 Ziffer 1.1, mit Ausnahme der ermächtigten Ärzte und Einrichtungen, die die vertragsärztliche Tätigkeit aufnehmen und ggf. eine Praxis übernehmen, wird zur Berechnung der RLV und QZV über einen Zeitraum von acht Quartalen anstelle der

RLV- und/oder QZV-Fallzahl des Arztes des Abrechnungsquartals, die hälftige durchschnittliche RLV- und/oder QZV-Fallzahl der Arztgruppe im Vorjahresquartal verwendet. Liegt die RLV- und/oder QZV-Fallzahl des Arztes im Abrechnungsquartal über der zu Grunde gelegten RLV- /QZV-Fallzahl des Arztes wird diese anstelle der zu Grunde gelegten RLV- und/oder QZV-Fallzahl verwendet. Im Übrigen finden die Regelungen dieses Maßstabes Anwendung.

§ 15

Übergangsregelung für RLV-Fallzahlen bei Ärzten, die ihre vertragsärztliche Tätigkeit vor dem 01.04.2012 aufgenommen haben

(1) Für Ärzte gemäß Anlage 1 Ziffer 1.1, die die vertragsärztliche Tätigkeit vor dem 01.04.2012 aufgenommen haben, wird zur Berechnung der RLV über einen Zeitraum von acht Quartalen seit Beginn der Tätigkeit die durchschnittliche RLV-Fallzahl je Arzt der Arztgruppe des jeweiligen Vorjahresquartals verwendet. Im Übrigen finden die Regelungen dieses Maßstabes Anwendung.

(2) Für Ärzte gemäß Anlage 1 Ziffer 1.1, die die vertragsärztliche Tätigkeit vor dem 01.04.2012 auf- und eine Praxis übernommen haben, wird zur Berechnung der RLV über einen Zeitraum von acht Quartalen seit Beginn der Tätigkeit die RLV-Fallzahl je Arzt des Vorgängers verwendet. In den ersten vier Quartalen der Aufnahme der vertragärztlichen Tätigkeit wird die RLV-Fallzahl je Arzt des Vorgängers des Vorjahresquartals, im 2. Jahr der Tätigkeit wird die RLV-Fallzahl je Arzt des Vorgängers des Vorvorjahresquartals verwendet, soweit dessen Fallzahl im jeweiligen Vorjahresquartal bzw. Vorvorjahresquartal die durchschnittliche RLV-Fallzahl der Arztgruppe im entsprechenden Quartal übersteigt. Unterschreitet die Fallzahl des Vorgängers die durchschnittliche RLV-Fallzahl je Arzt der Arztgruppe des Vorjahresquartals bzw. Vorvorjahresquartals, wird die jeweilige durchschnittliche RLV-Fallzahl je Arzt der Arztgruppe des entsprechenden Quartals verwendet. Im Übrigen finden die Regelungen dieses Maßstabes Anwendung.

(3) Übersteigt die Fallzahl des Abrechnungsquartals die Fallzahl des Vorgängers bzw. der Arztgruppe des Vorjahresquartals wird anstelle der durchschnittlichen RLV-Fallzahl der Arztgruppe je Arzt des Vorjahresquartals oder die des Vorgängers herangezogene RLV-Fallzahl die tatsächliche RLV-Fallzahl des Arztes verwendet. Diese Regelung gilt maximal für acht Quartale ab Beginn der vertragsärztlichen Tätigkeit. Im Übrigen finden die Regelungen dieses Maßstabes Anwendung.

§ 16

Auslastung des Gesamtvolumens

(1) Dem einer Arztpraxis berechneten Gesamtvolumen steht die in der Arztpraxis abgerechnete Leistungsmenge der Ärzte der in Anlage 1 Ziffer 1.1 genannten Arztgruppen insgesamt gegenüber, d. h. sofern das für eine Arztpraxis berechnete Regelleistungsvolumen nicht ausgeschöpft ist, kann das noch zur Verfügung stehende Honorarvolumen mit Leistungen aus den berechneten qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen der Ärzte aus in Anlage 1 Ziffer 1.1 benannten Arztgruppen ausgefüllt werden und umgekehrt. Es sind auch die Leistungen zu berücksichtigen, die von den beteiligten Vertragsärzten ggf. in Teilberufsausübungsgemeinschaften erbracht werden.

(2) Der abgestaffelte Preis für die das Gesamtvolumen überschreitenden Leistungen errechnet sich wie folgt:

- a) Feststellung der versorgungsbereichsspezifisch über die RLV und QZV hinausgehenden Vergütungen,
- b) Feststellung des für den jeweiligen Versorgungsbereich zurückgestellten Betrages in Höhe von bis zu 2 % der diese Leistungsbereiche betreffenden Vergütungsvolumen aus den versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumen, ggf. unter Hinzuziehung des gemäß § 7 zur Verfügung stehenden Volumens,
- c) Die Vergütung aus b) wird durch die Vergütung aus a) dividiert. Es entsteht eine Quote für die abgestaffelt zu vergütenden Leistungen, mit der die über das Gesamtvolumen hinausgehenden Vergütungen multipliziert werden.

(3) Die Preise der regionalen Euro-Gebührenordnung stellen die Obergrenze in der Vergütung der abgestaffelten Leistung dar.

§ 17

Fallzahlzuwachsbegrenzungsregelung

(1) Bei Überschreitung der RLV-Fallzahlen des Arztes des Abrechnungsquartals gegenüber der RLV-Fallzahl des Arztes des Vorjahresquartals um mehr als 3 Prozent wird anstelle der RLV-Fallzahl des Arztes des Abrechnungsquartals die um 3 Prozent gesteigerte RLV-Fallzahl des Arztes des Vorjahresquartals zur Berechnung des RLV verwendet. Die RLV-Fallzahlen des Vorjahresquartals werden entsprechend § 10 Abs. 7 und 8 ermittelt.

(2) Für Ärzte deren RLV-Fallzahl im Vorjahresquartal unterhalb der durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe liegt, erfolgt die Berechnung der zulässigen Fallzahl durch Steigerung der durchschnittlichen Vorjahresquartalsfallzahl der Arztgruppe um 3 Prozent. Übersteigt die RLV-Fallzahl des Arztes im Abrechnungsquartal die zulässige Fallzahl wird die für das Abrechnungsquartal zulässige Fallzahl zur Berechnung des RLV herangezogen.

(3) Ausgenommen von der Fallzahlzuwachsbegrenzungsregelung sind Ärzte des hausärztlichen Versorgungsbereichs, Ärzte die gemäß §§ 14 oder 15 der Anfängerregelung unterliegen, Ärzte, die ihre vertragsärztliche Tätigkeit in Planungsbereichen ausüben, in denen gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung (Bedarfsplanungs-Richtlinie) durch den Landesausschuss für die jeweilige Arztgruppe Unterversorgung festgestellt worden ist bzw. die als von Unterversorgung bedroht oder lokaler Versorgungsbedarf definiert sind.

§ 18

Ausnahmeregelungen

(1) Aus Sicherstellungsgründen kann auf Antrag des Arztes bei positiver Entscheidung über einen Antrag bezüglich der Übernahme von Patienten von der Minderung des Fallwertes entsprechend § 10 Abs. 9 abgewichen und /oder die Fallzahlzuwachsbegrenzungsregelung gemäß § 17 Abs. 1 und 2 angepasst oder ausgesetzt werden.

(2) Für Ärzte, die ihre vertragsärztliche Tätigkeit in Planungsbereichen ausüben, in denen gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung (Bedarfsplanungs-Richtlinie) durch den Landesausschuss für die jeweilige Arztgruppe Unterversorgung festgestellt worden ist bzw. die als von Unterversorgung bedroht oder für die lokaler Versorgungsbedarf definiert sind, findet die Fallwertabstaffelung gem. § 10 Abs. 9 und die Fallzahlzuwachsbegrenzungsregelung gemäß § 17 Abs. 1 und 2 keine Anwendung.

(3) Eine Anpassung oder Aufhebung der Fallzahlzuwachsbeschränkung gemäß § 17 Abs. 1 und 2 kann bei außergewöhnlich starken Erhöhungen der Zahl der behandelten Versicherten auf Antrag des Arztes und nach Genehmigung durch die KVSA entsprechend den in Abs. 4 bis 6 festgelegten Verfahren gewährt werden.

(4) Dem Antrag sind geeignete Nachweise für die vom Antragsteller vorgetragene Gründe hinzuzufügen. Die in der KVSA vorliegenden Nachweise, wie Sammelerklärung, Abwesenheitsmitteilung, Krankheitsmeldung, Nachweis von Mutterschutzzeiten, Beschlüsse des Zulassungsausschusses u. Ä. werden entsprechend herangezogen.

(5) Eine außergewöhnlich starke Erhöhung der Zahl der behandelten Versicherten liegt vor aufgrund

a) urlaubsbedingter Vertretung

- wenn die RLV-Fallzahl der Vertreterfälle im Abrechnungsquartal die durchschnittliche RLV-Fallzahl der Vertreterfälle des Vorjahresquartals der Arztgruppe grundsätzlich um mehr als 20 % übersteigt.

b) krankheitsbedingter Vertretung

- wenn die RLV-Fallzahl im Abrechnungsquartal die RLV-Fallzahl des Vorjahresquartals in versorgungsrelevanter Höhe übersteigt.

Der Antragsteller muss den/die zu vertretenden Arzt/Ärzte benennen. Liegen diese Voraussetzungen vor, findet die Fallzahlzuwachsbeschränkung gemäß § 17 Abs. 1 und 2 keine Anwendung.

c) der Aufgabe oder des Ruhens einer Zulassung oder genehmigten Tätigkeit mit gleichem oder ähnlichem Versorgungsauftrag in der näheren Umgebung des Antragstellers,

- wenn die RLV-Fallzahl des Antragstellers im Abrechnungsquartal die RLV-Fallzahl des entsprechenden Vorjahresquartals in versorgungsrelevantem Umfang übersteigt.

Liegen diese Voraussetzungen vor, findet die Fallzahlzuwachsbeschränkung gemäß § 17 Abs. 1 und 2 keine Anwendung.

d) eines außergewöhnlichen und/oder durch den Arzt unverschuldeten Grundes, der zu einer niedrigeren RLV-Fallzahl des Arztes im Vorjahresquartal geführt hat.

Hierzu zählt z. B. Krankheit des Arztes.

- Es erfolgt eine Überprüfung der RLV-Fallzahlentwicklung und der vorgetragenen Gründe. Als Gründe für eine längere Abwesenheit oder eingeschränkte Praxistätigkeit kommen Krankheit mit einer Dauer von grundsätzlich mehr als 10 Arbeitstagen, Schwangerschaft, Mutterschutz und andere nachvollziehbare Ursachen in Betracht. Voraussetzung einer Entscheidung in diesen aufgeführten Fällen ist, dass geeignete Nachweise durch den Antragsteller erbracht werden. Bei Verringerung der Praxistätigkeit ist der eingeschränkte Umfang der Sprechstunden nachzuweisen.

Liegen die Voraussetzungen vor, findet die Fallzahlzuwachsbeschränkung gemäß § 17 Abs. 1 und 2 keine Anwendung.

(6) Die Anpassung oder Aussetzung der Fallzahlzuwachsbeschränkung gemäß § 17 Abs. 1 und 2 erfolgt längstens für den Zeitraum von vier Quartalen.

§ 19 Praxisbesonderheiten

- (1) Praxisbesonderheiten ergeben sich aus einem besonderen Versorgungsauftrag oder einer besonderen, für die Versorgung bedeutsamen fachlichen Spezialisierung.
- (2) Die Feststellung, ob im Einzelfall Praxisbesonderheiten vorliegen, erfolgt auf Antrag des Arztes und nach Genehmigung durch die KVSA.
- (3) Im Einzelfall erfolgt eine Überprüfung der vorgetragenen Sachverhalte unter Hinzuziehung geeigneter Unterlagen, z. B. Beschluss des Zulassungsausschusses, Genehmigung für Hausärzte zur Erbringung von fachärztlichen Leistungen aus Sicherstellungsgründen.
- (4) Bei Gewährung von Praxisbesonderheiten erfolgt der Aufschlag auf den arztgruppenspezifischen Fallwert unter Beachtung von § 10 Abs. 9.
- (5) Die Gewährung von Praxisbesonderheiten kann zeitlich befristet werden.

§ 20 Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten

- (1) Zur Vermeidung von überproportionalen Honorarverlusten kann eine Ausgleichszahlung erfolgen, sofern die Honorarminderung durch die Umstellung der Mengensteuerung auf diesen HVM begründet ist.
- (2) Die Feststellung, ob im Einzelfall ein überproportionaler Honorarverlust gemäß Abs. 3 bis 5 vorliegt, erfolgt auf Antrag des Arztes und nach Genehmigung durch die KVSA.
- (3) Verringert sich das Honorar einer Arztpraxis im Abrechnungsquartal grundsätzlich um mehr als 15 % gegenüber dem Vorjahresquartal, kann die KVSA auf Antrag des Arztes befristete Ausgleichszahlungen an die Arztpraxis leisten, sofern die Honorarminderung aus der Umstellung der Mengensteuerung auf diesen HVM resultiert.
- (4) Die Überprüfung der Honorare erfolgt jeweils zwischen dem Abrechnungsquartal und dem entsprechenden Vorjahresquartal. Weiter zurückliegende Zeiträume bleiben unberücksichtigt. Voraussetzung ist, dass der zulassungsrechtliche Status in den zu vergleichenden Quartalen identisch ist.
- (5) Für den Vergleich unberücksichtigt bleiben Gründe, die im Leistungsverhalten des Arztes, durch Änderungen des EBM, den Wegfall oder die Minderung von Aufschlägen für Kooperationsformen, durch Überführung von Leistungen in die extrabudgetäre Vergütung oder durch den Wegfall von Leistungen/Leistungsbereichen begründet sind und somit nicht unmittelbar aus der Umstellung auf diesen HVM resultieren. Unberücksichtigt bleiben demnach auch z. B. Kosten gemäß Kapitel 40 und Honorarverluste, die aus der Anwendung der Abstaffelungsquote Q zur Honorierung der Kosten für Laboratoriumsleistungen des Abschnitts 32 resultieren.
- (6) Nach positiver Entscheidung durch den Vorstand erhält der Antragsteller grundsätzlich eine Ausgleichszahlung in angemessener Höhe, bis maximal 85 % des Gesamthonorars bzw. des Honorars des betroffenen Leistungsbereiches des Vorjahresquartals.

§ 21

Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen

(1) Für Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie andere ausschließlich psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte gemäß den Kriterien der Bedarfsplanungsrichtlinien (Arztgruppen gem. Anlage 1 1.2) werden anstelle von Regelleistungsvolumen zeitbezogene Kapazitätsgrenzen (zKG) zur Steuerung der Vergütung der vertragstherapeutischen Tätigkeit gebildet. Die antragspflichtigen Leistungen des Kap. 35.2 EBM und die Leistungen der probatorischen Sitzungen gem. Nr. 35150 EBM bleiben bei der Berechnung unberücksichtigt.

(2) Die zKG werden für das jeweilige Abrechnungsquartal ermittelt und jedem Arzt entsprechend der Arztgruppen gem. Anlage 1 Ziffer 1.2 zugewiesen. Dabei legt der Vorstand der KVSA fest, ob der Bezug auf ein Quartal oder auf einen längerfristigen Zeitraum erfolgt. Sollte ein über ein Quartal hinausgehender Zeitraum festgelegt werden, ist auch ein entsprechender Vergleichszeitraum bei den Berechnungen anzuwenden.

(3) Bei der Ermittlung der zKG eines Arztes ist der Umfang seiner Tätigkeit lt. Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid zu berücksichtigen.

(4) Für Ärzte, die außer in ihrer Arztpraxis auch in einer oder mehreren Teilberufsausübungsgemeinschaften tätig sind, wird ein gesamtes zKG für die vom jeweiligen Arzt in der Arztpraxis und in der(n) Teilberufsausübungsgemeinschaft(en) erbrachten Leistungen ermittelt.

(5) Ärzte, die ihre Tätigkeit nicht zu Beginn eines Quartals aufnehmen oder nicht am Ende eines Quartals beenden, erhalten für das Quartal der Aufnahme oder der Beendigung der Tätigkeit ein auf die Tätigkeitsdauer berechnetes zKG. Hierfür wird das für den Arzt nach Maßgabe der Regelungen berechnete zKG durch 90 Kalendertage dividiert und mit der Anzahl aller Kalendertage ab Aufnahme bzw. bis zum Ende der Tätigkeit multipliziert.

(6) Die Summe der Leistungen mit einer abgerechneten ärztlichen bzw. therapeutischen Zuwendungszeit gemessen nach den Prüfzeiten der Leistungen des Anhangs 3 zum Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) in der gültigen Fassung sind bis zu der gemäß Absatz 8 ermittelten zeitbezogenen Kapazitätsgrenze je Arzt mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung zu vergüten.

(7) Überschreitet die abgerechnete ärztliche bzw. therapeutische Zuwendungszeit gemessen nach den Prüfzeiten der Leistungen des Anhangs 3 zum Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) in der gültigen Fassung die gemäß Abs. 8 ermittelte zeitbezogene Kapazitätsgrenze je Arzt, so werden diese Leistungen maximal bis zur 1,5-fachen zeitbezogenen Kapazitätsgrenze mit den abgestaffelten Preisen gemäß § 16 Abs. 2 und 3 vergütet.

(8) Die zeitbezogene Kapazitätsgrenze für die nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen, mit Ausnahme der Leistung der probatorischen Sitzung gem. Nr. 35150 EBM, der in Abs. 1 genannten Arztgruppen wird anhand der arztgruppenspezifischen, durchschnittlich abgerechneten ärztlichen bzw. therapeutischen Zuwendungszeit je Arzt gemäß den Prüfzeiten der Leistungen des Anhangs 3 zum Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) in der gültigen Fassung ermittelt.

§ 22

Bereinigung der RLV, QZV und Vergütungsvolumen bei Selektivverträgen

Im Falle der Teilnahme von Ärzten an Verträgen, die mit einer Bereinigung der MGV verbunden sind, erfolgt auch eine Bereinigung der RLV/QZV, zKG, der Laborbudgets gemäß § 4 Abs. 4 oder der betroffenen Vergütungsvolumen der Arztgruppe bzw. des Arztes unter Beachtung der Vorgaben des Bewertungsausschusses, der KBV und/oder gem. Anlage 7.

Ausgefertigt:

Magdeburg, den 27. Februar 2013

Dipl.-Med. Andreas Petri
Vorsitzender der Vertreterversammlung
der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt

Anlage 1

zum Honorarverteilungsmaßstab der KVSA

1. Für nachfolgende Arztgruppen werden Regelleistungsvolumen ermittelt und festgesetzt.

| 1.1 Arztgruppen RLV |
|---|
| FÄ für Innere Medizin und Allgemeinmedizin, FÄ für Innere Medizin (hausärztlich tätig), FÄ f. Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte |
| Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag der hausärztlich Inneren und Allgemeinmedizin |
| FÄ für Kinderheilkunde |
| Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Kinderheilkunde |
| FÄ für Anästhesie |
| Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Anästhesie |
| FÄ für Augenheilkunde konservativ und/oder laserchirurgisch tätig*** |
| FÄ für Augenheilkunde operativ und/oder belegärztlich tätig ohne ausschließliche Erbringung laserchirurgisch operativer Leistungen*** |
| Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Augenheilkunde |
| FÄ für Chirurgie, FÄ für Plastische Chirurgie, FÄ für Kinderchirurgie |
| Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Chirurgie, Plastische Chirurgie, Kinderchirurgie |
| FÄ für MKG – Chirurgie |
| Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag MKG – Chirurgie |
| FÄ für Neurochirurgie |
| Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Neurochirurgie |
| FÄ für Gynäkologie |
| Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Gynäkologie |
| FÄ für HNO/FÄ für Phoniatrie und Pädaudiologie / Fachärzte für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen |
| Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag HNO-Heilkunde und/oder Phoniatrie und Pädaudiologie |
| FÄ für Dermatologie |
| Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Dermatologie |
| FÄ für Innere Med. (fachärztl. Tätig) ohne SP* bzw. hier nicht gesondert aufgeführt. SP* |
| Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Innere Medizin ohne Schwerpunkt |
| FÄ für Innere Medizin mit SP* Angiologie |
| Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Innere Medizin mit Schwerpunkt Angiologie |
| FÄ für Innere Medizin mit SP* Endokrinologie |
| Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Innere Medizin mit Schwerpunkt Endokrinologie |
| FÄ für Innere Medizin mit SP* Gastroenterologie |
| Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Innere Medizin mit Schwerpunkt Gastroenterologie |
| FÄ für Innere Medizin mit SP* Kardiologie |
| Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie |

| 1.1 Arztgruppen RLV |
|--|
| FÄ für Innere Medizin mit SP* Nephrologie |
| Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Innere Medizin mit Schwerpunkt Nephrologie |
| FÄ für Innere Medizin mit SP* Pneumologie |
| Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Innere Medizin mit Schwerpunkt Pneumologie |
| FÄ für Innere Medizin mit SP* Rheumatologie |
| Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Innere Medizin mit Schwerpunkt Rheumatologie |
| FÄ für Innere Medizin mit SP* Hämatologie u./o. SP* Onkologie |
| Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Innere Medizin mit Schwerpunkt Hämatologie u./o. SP* Onkologie |
| FÄ für Nervenheilkunde, Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie |
| Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Nervenheilkunde und/oder Neurologie und Psychiatrie |
| FÄ für Neurologie |
| Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Neurologie |
| FÄ für Kinder- und Jugendpsychiatrie |
| Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Kinder- und Jugendpsychiatrie |
| Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie mit einem Anteil an Leistungen der RL-PT gemäß Bedarfsplanungsrichtlinie bis zu 30 % an der Gesamtleistungsmenge |
| Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie mit einem Anteil an Leistungen der RL-PT gemäß Bedarfsplanungsrichtlinie zwischen 30 % und 90 % an der Gesamtleistungsmenge |
| Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Psychiatrie |
| FÄ für Orthopädie |
| Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Orthopädie |
| Überwiegend bzw. ausschließlich histologisch tätige Ärzte |
| Überwiegend bzw. ausschließlich zytologisch tätige Ärzte |
| FÄ für Radiologie |
| Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Radiologie |
| FÄ für Nuklearmedizin |
| Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Nuklearmedizin |
| FÄ für Urologie |
| Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Urologie |
| FÄ für Physikalische Rehabilitative Medizin |
| Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Physikalische Rehabilitative Medizin |
| FÄ für Humangenetik |
| Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Humangenetik |
| Fachärzte für Strahlentherapie |
| Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Strahlentherapie |

1.2 zeitbezogene Kapazitätsgrenzen

Psychologische Psychotherapeuten

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

andere ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte gemäß den Kriterien der Bedarfsplanungsrichtlinie

Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen oder ermächtigte psychologische Psychotherapeuten mit dem Versorgungsauftrag zur ausschließlichen psychotherapeutischen Tätigkeit

* SP = Schwerpunkt

** RL-PT = Richtlinien-Psychotherapie

*** Die Zuordnung des Arztes erfolgt an Hand der Voraussetzungen zur Abrechnung der GOP 06225 des EBM.

Anlage 2 zum Honorarverteilungsmaßstab der KVSA

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

| Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen | Gebührenordnungspositionen/ Abschnitte des EBM | Arztgruppe | |
|--|---|--|--|
| | | Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören | Ermächtigte FÄ/ Krankenhäuser/ Institute/Einrichtungen mit einem hausärztlichen Versorgungsauftrag |
| | | Betrag pro Leistungsfall in € | Betrag pro Leistungsfall in € |
| Akupunktur | 30.7.3 | | |
| Allergologie | 30.1.1; 30.1.2 | | |
| Hyposensibilisierung | 30.1.3 | | |
| Behandlung des diabetischen Fußes | 02311 | | |
| Chirotherapie | 30.2 | | |
| Neurophysiologische Übungsbehandlung | 30.3 | | |
| Ergometrie | 03321, 04321 | | |
| Polygraphie | 30900 | | |
| Kleinchirurgie | 02300, 02301, 02302, 02310 | | |
| Langzeit-Blutdruckmessung | 03324, 04324 | | |
| Langzeit-EKG | 03241, 03322, 04241, 04322 | | |
| Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren | 35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120 | | |
| Richtlinienpsychotherapie I | 35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150 | | |
| Psychologische Testverfahren | 35.3, 16340, 21340, 03242 | | |
| Schmerztherapeutische spezielle Versorgung | 30.7.1 | | |
| Schmerztherapeutische Behandlung | 30.7.2 | | |
| Phlebologie | 30.5 | | |
| Sonographie I | 33000, 33001, 33002, 33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092 | | |
| Sonographie III | 33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076 | | |
| Spirometrie | 03330, 04330 | | |
| Verordnung medizinischer Rehabilitation* | 01611 | | |
| Dringende Besuche* | 01411, 01412, 01415* | | |

- Betrag ist, abweichend von den übrigen Beträgen, ein Betrag pro Arzt und nicht ein Betrag pro Leistungsfall.

| Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen | Gebührenordnungspositionen/ Abschnitte des EBM | Arztgruppe | |
|--|--|-------------------------------|--|
| | | Fachärzte für Kinderheilkunde | Ermächtigte FÄ/ Krankenhäuser/ Institute/Einrichtungen mit einem Versorgungsauftrag Kinderheilkunde |
| | | Betrag pro Leistungsfall in € | Betrag pro Leistungsfall in € |
| Akupunktur | 30.7.3 | | |
| Allergologie | 30.1.1; 30.1.2 | | |
| Ergometrie | 03321, 04321 | | |
| Hyposensibilisierung | 30.1.3 | | |
| Kleinchirurgie | 02300, 02301, 02302, 02310 | | |
| Langzeit Blutdruckmessung | 03324, 04324 | | |
| Langzeit-EKG | 03241, 03322, 04241, 04322, | | |
| Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren | 35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120 | | |
| Psychologische Testverfahren | 35.3; 16340, 21340, 03242 | | |
| Richtlinienpsychotherapie I | 35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150 | | |
| Sonographie I | 33000, 33001, 33002, 33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092 | | |
| Sonographie II | 33020, 33021, 33022, 33030, 33031, 33040 | | |
| Sonographie III | 33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076 | | |
| Sonographie IV | 33023 | | |
| Spirometrie | 03330, 04330 | | |
| Leistungen der Rheumatologie | 4.5.3 | | |
| Leistungen der Gastroenterologie | 04511, 04512, 04513, 04516, 04517, 04521, 04523, 04525, 04527 | | |
| Leistungen der Nephrologie | 4.5.4 | | |
| Leistungen der Endokrinologie und Diabetologie | 4.5.5 | | |
| Leistungen der Kinderkardiologie | 4.4.1 | | |
| Leistungen der Neuropädiatrie | 4.4.2 | | |
| Leistungen der Hämatologie und Onkologie | 4.4.3 | | |
| Leistungen der Pneumologie | 4.5.2 | | |

| Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen | Gebührenordnungspositionen/ Abschnitte des EBM | Arztgruppe | |
|--|---|----------------------------------|--|
| | | Fachärzte für Anästhesiologie | Ermächtigte FÄ/ Krankenhäuser/ Institute/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Anästhesiologie |
| | | Betrag pro Leistungsfall in € | Betrag pro Leistungsfall in € |
| Akupunktur | 30.7.3 | | |
| Narkosen | 05330, 05331, 05340, 05341, 05350 | | |
| Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren | 35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120 | | |
| Praxisklinische Beobachtung und Betreuung | 01510, 01511, 01512 | | |
| Richtlinienpsychotherapie I | 35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150 | | |
| Psychologische Testverfahren | 35.3, 16340, 21340, 03242 | | |
| Schmerztherapeutische spezielle Versorgung | 30.7.1 | | |
| Schmerztherapeutische Behandlung | 30.7.2 | | |

| Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen | Gebührenordnungspositionen/ Abschnitte des EBM | Arztgruppe | |
|--|---|---|---|
| | | Fachärzte für Augenheilkunde konservativ und/oder laserchirurgisch tätig Betrag pro Leistungsfall in € | Ermächtigte FÄ/ Krankenhäuser/ Institute/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Augenheilkunde Betrag pro Leistungsfall in € |
| Fluoreszenzangiographie | 06331 | | |
| Schielbehandlung | 06320, 06321 | | |
| Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren | 35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120 | | |
| Richtlinienpsychotherapie I | 35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150 | | |
| Psychologische Testverfahren | 35.3, 16340, 21340, 03242 | | |
| Sonographie I | 33000, 33001, 33002, 33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092 | | |

| Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen | Gebührenordnungspositionen/ Abschnitte des EBM | Arztgruppe | |
|--|---|--|---|
| | | Fachärzte für Augenheilkunde operativ und/oder belegärztlich tätig ohne ausschließliche Erbringung laserchirurgisch operativer Leistungen Betrag pro Leistungsfall in € | Ermächtigte FÄ/ Krankenhäuser/ Institute/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Augenheilkunde Betrag pro Leistungsfall in € |
| Fluoreszenzangiographie | 06331 | | |
| Schielbehandlung | 06320, 06321 | | |
| Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren | 35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120 | | |
| Richtlinienpsychotherapie I | 35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150 | | |
| Psychologische Testverfahren | 35.3, 16340, 21340, 03242 | | |
| Sonographie I | 33000, 33001, 33002, 33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092 | | |

| Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen | Gebührenordnungspositionen/ Abschnitte des EBM | Arztgruppe | |
|--|---|--|---|
| | | Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie | Ermächtigte FÄ/ Krankenhäuser/ Institute/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Chirurgie, Kinderchirurgie, Plastische Chirurgie |
| | | Betrag pro Leistungsfall in € | Betrag pro Leistungsfall in € |
| Sonographie I | 33000, 33001, 33002, 33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092 | | |
| Akupunktur | 30.7.3 | | |
| Sonographie III | 33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076 | | |
| Gastroenterologie I | 13400 | | |
| Phlebologie | 30.5 | | |
| Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren | 35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120 | | |
| Richtlinienpsychotherapie I | 35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150 | | |
| Psychologische Testverfahren | 35.3, 16340, 21340, 03242 | | |
| 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, 34253, 34254, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503 | | |

| Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen | Gebührenordnungspositionen/ Abschnitte des EBM | Arztgruppe | |
|--|---|--|--|
| | | Fachärzte für Mund-Kiefer- Gesichtschirurgie | Ermächtigte FÄ/ Krankenhäuser/ Institute/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Mund- Kiefer- Gesichtschirurgie |
| | | Betrag pro Leistungsfall in € | Betrag pro Leistungsfall in € |
| Sonographie I | 33000, 33001, 33002, 33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092 | | |
| Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren | 35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120 | | |
| Richtlinienpsychotherapie I | 35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150 | | |
| Psychologische Testverfahren | 35.3, 16340, 21340, 03242 | | |
| 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, 34253, 34254, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503 | | |
| Zusatzpauschale Onkologie | 15345 | | |

| Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen | Gebührenordnungspositionen/ Abschnitte des EBM | Arztgruppe | |
|--|--|-------------------------------|--|
| | | Fachärzte für Frauenheilkunde | Ermächtigte FÄ/ Krankenhäuser/ Institute/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Frauenheilkunde |
| | | Betrag pro Leistungsfall in € | Betrag pro Leistungsfall in € |
| Histologie/Zytologie | 01826, 19310,19311, 19312, 19315, 19320, 19331 | | |
| Labor-Grundpauschale | 12225, 01701 | | |
| Inkontinenzbehandlung | 08310, 08311, 26313 | | |
| Kurative Mammographie | 34270, 34271, 34272, 34273, 34275 | | |
| Mamma-Stanzbiopsie | 08320 | | |
| Sonographie V | 33041 | | |
| Psychologische Testverfahren | 35.3, 16340, 21340,03242 | | |
| Praxisklinische Beobachtung und Betreuung | 01510, 01511, 01512 | | |
| Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren | 35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120 | | |
| Richtlinienpsychotherapie I | 35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150 | | |
| Sonographie III | 33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076 | | |
| Sonstige Hilfen | 01820 bis 01825, 01828 bis 01832, 01835 bis 01837, 01850 bis 01913 | | |

| Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen | Gebührenordnungspositionen/ Abschnitte des EBM | Arztgruppe | |
|--|---|---|---|
| | | Facharzt für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde FÄ f. Phoniatrie und Pädaudiologie FÄ für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen Betrag pro Leistungsfall in € | Ermächtigte FÄ/ Krankenhäuser/ Institute/ Einrichtungen m. d. Versorgungsauftrag Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Phoniatrie, Pädaudiologie FÄ für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen Betrag pro Leistungsfall in € |
| Phoniatrie/Pädaudiologie II | 20310, 20311, 20312, 20313, 20314, 20320, 20321, 20322, 20323, 20334, 20340, 20350, 20351, 20352, 20353, 20360, 20361, 20370, 20371 | | |
| Allergologie | 30.1.1; 30.1.2 | | |
| Hyposensibilisierung | 30.1.3 | | |
| Otoakustische Emissionen | 09324, 20324 | | |
| Prüfung der Labyrinth | 09325, 20325 | | |
| Untersuchung mittels BERA | 09326, 09327, 20326, 20327 | | |
| Phoniatrie, Pädaudiologie I | 09330, 09331, 09332, 09333, 09335, 09336 20330, 20331, 20332, 20333, 20335, 20336 | | |
| Polygraphie | 30900 | | |
| Polysomnographie | 30901 | | |
| Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren | 35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120 | | |
| Richtlinienpsychotherapie I | 35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150 | | |
| Psychologische Testverfahren | 35.3, 16340, 21340, 03242 | | |
| Sonographie I | 33000, 33001, 33002, 33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092 | | |

| | | | |
|----------------|---|--|--|
| Teilradiologie | 34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34253, 34254, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503 | | |
|----------------|---|--|--|

| Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen | Gebührenordnungspositionen/ Abschnitte des EBM | Arztgruppe | |
|--|---|--|---|
| | | Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten | Ermächtigte FÄ/ Krankenhäuser/ Institute/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Haut- und Geschlechtskrankheiten |
| | | Betrag pro Leistungsfall in € | Betrag pro Leistungsfall in € |
| Allergologie | 30.1.1; 30.1.2 | | |
| Hyposensibilisierung | 30.1.3 | | |
| Behandlung des diabetologischen Fußes | 02311 | | |
| Dermatologische Lasertherapie | 10320, 10322, 10324 | | |
| Labor-Grundpauschale | 12225, 01701 | | |
| Praxisklinische Beobachtung und Betreuung | 01510, 01511, 01512 | | |
| Proktologie | 08333, 08334, 30600, 30601, 13257, 13260, 03331, 03332, 04331, 04332 | | |
| Therapeutische Proktologie | 30610, 30611 | | |
| Phlebologie | 30.5 | | |
| Physikalische Therapie | 30.4 | | |
| Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren | 35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120 | | |
| Richtlinienpsychotherapie I | 35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150 | | |
| Psychologische Testverfahren | 35.3, 16340, 21340, 03242 | | |
| Sonographie I | 33000, 33001, 33002, 33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092 | | |
| Histologie/Zytologie | 01826, 19310, 19311, 19312, 19315, 19320, 19331 | | |
| Sonographie III | 33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076 | | |

| Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen | Gebührenordnungspositionen/ Abschnitte des EBM | Arztgruppe | |
|--|---|---|--|
| | | Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören Betrag pro Leistungsfall in € | Ermächtigte FÄ/ Krankenhäuser/ Institute/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Innere Medizin ohne Schwerpunkt Betrag pro Leistungsfall in € |
| Akupunktur | 30.7.3 | | |
| Laborgrundpauschale | 12225, 01701 | | |
| Allergologie | 30.1.1; 30.1.2 | | |
| Hyposensibilisierung | 30.1.3 | | |
| Behandlung des diabetologischen Fußes | 02311 | | |
| Kleinchirurgie | 02300, 02301, 02302, 02310 | | |
| Therapeutische Proktologie | 30610, 30611 | | |
| Polygraphie | 30900 | | |
| Polysomnographie | 30901 | | |
| Phlebologie | 30.5 | | |
| Kontrolle Herzschrittmacher | 13552 | | |
| Verordnung medizinische Rehabilitation* | 01611 | | |
| Gastroenterologie I | 13400 | | |
| Langzeit-EKG als Auftragsleistung | 13252, 13253 | | |
| Praxisklinische Beobachtung und Betreuung | 01510, 01511, 01512 | | |
| Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren | 35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120 | | |
| Richtlinienpsychotherapie I | 35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150 | | |
| Psychologische Testverfahren | 35.3, 16340, 21340, 03242 | | |
| Schmerztherapeutische spezielle Versorgung | 30.7.1 | | |
| Schmerztherapeutische Behandlung | 30.7.2 | | |
| Sonographie I | 33000, 33001, 33002, 33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092 | | |
| Sonographie II | 33020, 33021, 33022, 33030, 33031, 33040 | | |
| Sonographie III | 33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076 | | |
| Sonographie IV | 33023 | | |

| Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen | Gebührenordnungspositionen/ Abschnitte des EBM | Arztgruppe | |
|--|---|---|--|
| | | Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören | Ermächtigte FÄ/ Krankenhäuser/ Institute/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Innere Medizin ohne Schwerpunkt |
| | | Betrag pro Leistungsfall in € | Betrag pro Leistungsfall in € |
| 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, 34253, 34254, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503 | | |

| Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen | Gebührenordnungspositionen/ Abschnitte des EBM | Arztgruppe | |
|--|---|--|--|
| | | Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie | Ermächtigte FÄ/ Krankenhäuser/ Institute/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie |
| | | Betrag pro Leistungsfall in € | Betrag pro Leistungsfall in € |
| Kontrolle Herzschrittmacher | 13552 | | |
| Phlebologie | 30.5 | | |
| Labor-Grundpauschale | 12225, 01701 | | |
| Langzeit-EKG als Auftragsleistung | 13252, 13253 | | |
| Interventionelle Radiologie | 01530, 01531, 34283, 34284, 34285, 34286, 34287 | | |
| Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren | 35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120 | | |
| Richtlinienpsychotherapie I | 35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150 | | |
| Psychologische Testverfahren | 35.3, 16340, 21340, 03242 | | |
| Sonographie I | 33000, 33001, 33002, 33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092 | | |
| Sonographie II | 33020, 33021, 33022, 33030, 33031, 33040 | | |
| Sonographie III | 33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076 | | |
| Sonographie IV | 33023 | | |

| Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen | Gebührenordnungspositionen/ Abschnitte des EBM | Arztgruppe | |
|--|---|--|---|
| | | Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Endokrinologie | Ermächtigte FÄ/ Krankenhäuser/ Institute/Einrichtungen mit dem Versorgungs- auftrag Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Endokrinologie |
| | | Betrag pro Leistungsfall in € | Betrag pro Leistungsfall in € |
| Sonographie I | 33000, 33001, 33002, 33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092 | | |
| Labor-Grundpauschale | 12225, 01701 | | |
| Schmerztherapeutische Behandlung | 30.7.2 | | |
| Praxisklinische Beobachtung und Betreuung | 01510, 01511, 01512 | | |
| Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren | 35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120 | | |
| Richtlinienpsychotherapie I | 35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150 | | |
| Psychologische Testverfahren | 35.3, 16340, 21340, 03242 | | |
| Osteodensitometrie | 34.6 | | |

| Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen | Gebührenordnungs- positionen/ Abschnitte des EBM | Arztgruppe | |
|---|---|--|--|
| | | Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgung-) Schwerpunkt Gastroenterologie | Ermächtigte FÄ/ Krankenhäuser/ Institute/Einrichtungen mit dem Versor- gungsauftrag Innere Medizin mit (Versor- gungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie |
| | | Betrag pro Leis- tungsfall in € | Betrag pro Leis- tungsfall in € |
| Psychosomatische Grundversor- gung, Übende Verfahren | 35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120 | | |
| Praxisklinische Beobachtung und Betreuung | 01510, 01511, 01512 | | |
| Sonographie III | 33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076 | | |
| Richtlinienpsychotherapie I | 35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150 | | |
| Psychologische Testverfahren | 35.3, 16340, 21340, 03242 | | |
| Therapeutische Proktologie | 30610, 30611 | | |
| Gastroenterologie I | 13400 | | |

| Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen | Gebührenordnungspositionen/ Abschnitte des EBM | Arztgruppe | |
|--|---|---|--|
| | | Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/Onkologie | Ermächtigte FÄ/ Krankenhäuser/ Institute/Einrichtungen mit dem Versorgungs- auftrag Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/Onkologie |
| | | Betrag pro Leistungsfall in € | Betrag pro Leistungsfall in € |
| Zytostatische Chemotherapie | 02101 | | |
| Labor-Grundpauschale | 12225, 01701 | | |
| Transfusionen | 02110, 02111 | | |
| Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren | 35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120 | | |
| Richtlinienpsychotherapie I | 35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150 | | |
| Psychologische Testverfahren | 35.3, 16340, 21340, 03242 | | |
| Praxisklinische Beobachtung und Betreuung | 01510, 01511, 01512 | | |
| Zusatzpauschale zytotoxische/ aplasieinduzierende Therapie | 13502 | | |

| Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen | Gebührenordnungspositionen/ Abschnitte des EBM | Arztgruppe | |
|--|---|---|---|
| | | Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie | Ermächtigte FÄ/ Krankenhäuser/ Institute/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie |
| | | Betrag pro Leistungsfall in € | Betrag pro Leistungsfall in € |
| Sonographie I | 33000, 33001, 33002, 33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092 | | |
| Sonographie III | 33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076 | | |
| Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren | 35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120 | | |
| Richtlinienpsychotherapie I | 35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150 | | |
| Psychologische Testverfahren | 35.3, 16340, 21340, 03242 | | |
| Interventionelle Kardiologie | 34290, 34291, 34292, 01520, 01521 | | |
| Praxisklinische Beobachtung und Betreuung | 01510, 01511, 01512 | | |
| 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, 34253, 34254, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503 | | |
| Langzeit-EKG als Auftragsleistung | 13252, 13253 | | |
| Sonographie IV | 33023 | | |
| Ergospirometrie | 13560, 13660 | | |
| Polygraphie | 30900 | | |
| Kontrolle Herzschrittmacher | 13552 | | |

| Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen | Gebührenordnungspositionen/ Abschnitte des EBM | Arztgruppe | |
|--|---|---|---|
| | | Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie | Ermächtigte FÄ/ Krankenhäuser/ Institute/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie |
| | | Betrag pro Leistungsfall in € | Betrag pro Leistungsfall in € |
| Bronchoskopie / Thorakoskopie | 13662, 13663, 13664, 13670 | | |
| Allergologie | 30.1.1; 30.1.2 | | |
| Hyposensibilisierung | 30.1.3 | | |
| Ergospirometrie | 13560, 13660 | | |
| Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren | 35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120 | | |
| Richtlinienpsychotherapie I | 35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150 | | |
| Psychologische Testverfahren | 35.3, 16340, 21340, 03242 | | |
| Polygraphie | 30900 | | |
| 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, 34253, 34254, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503 | | |

| Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen | Gebührenordnungspositionen/ Abschnitte des EBM | Arztgruppe | |
|--|---|---|---|
| | | Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie | Ermächtigte FÄ/ Krankenhäuser/ Institute/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie |
| | | Betrag pro Leistungsfall in € | Betrag pro Leistungsfall in € |
| Osteodensitometrie | 34.6 | | |
| Labor-Grundpauschale | 12225, 01701 | | |
| Praxisklinische Betreuung und Beobachtung | 01510, 01511, 01512 | | |
| Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren | 35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120 | | |
| Richtlinienpsychotherapie I | 35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150 | | |
| Psychologische Testverfahren | 35.3, 16340, 21340, 03242 | | |
| Schmerztherapeutische Behandlung | 30.7.2 | | |
| Sonographie I | 33000, 33001, 33002, 33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092 | | |
| Teilradiologie | 34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34253, 34254, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503 | | |
| Verordnung medizinische Rehabilitation* | 01611 | | |

* Betrag, ist abweichend von den übrigen Beträgen, ein Betrag pro Arzt und nicht ein Betrag pro Leistungsfall.

| Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen | Gebührenordnungspositionen/ Abschnitte des EBM | Arztgruppe | |
|--|---|--|--|
| | | Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Nephrologie | Ermächtigte FÄ/ Krankenhäuser/ Institute/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Nephrologie |
| | | Betrag pro Leistungsfall in € | Betrag pro Leistungsfall in € |
| Sonographie II | 33020, 33021, 33022, 33030, 33031, 33040 | | |
| Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren | 35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120 | | |
| Richtlinienpsychotherapie I | 35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150 | | |
| Psychologische Testverfahren | 35.3, 16340, 21340, 03242 | | |
| Sonographie III | 33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076 | | |

| Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen | Gebührenordnungspositionen/ Abschnitte des EBM | Arztgruppe | |
|--|---|---|--|
| | | Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie | Ermächtigte FÄ/ Krankenhäuser/ Institute/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie |
| | | Betrag pro Leistungsfall in € | Betrag pro Leistungsfall in € |
| Neurophysiologische Übungsbehandlung | 30.3 | | |
| Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren | 35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120 | | |
| Richtlinienpsychotherapie I | 35130, 35131, 35140, 35141, 35142, | | |
| Psychologische Testverfahren | 35.3, 16340, 21340, 03242 | | |
| EEG, L-EEG | 16310, 16311, 21310, 21311, 14320, 14321 | | |
| Blinkreflex, EMG, ENG, Neurophysiologie | 14330, 14331, 16320, 16321, 16322, 21320, 21321 | | |

| Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen | Gebührenordnungspositionen/ Abschnitte des EBM | Arztgruppe | |
|--|--|---|---|
| | | Fachärzte für Nervenheilkunde Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie | Ermächtigte FÄ/ Krankenhäuser/ Institute/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Nervenheilkunde und/oder Neurologie und Psychiatrie |
| | | Betrag pro Leistungsfall in € | Betrag pro Leistungsfall in € |
| Akupunktur | 30.7.3 | | |
| Betreuung Kranker im sozialen Umfeld | 16230, 16231, 16233, 21230, 21231, 21233 | | |
| Chirotherapie | 30.2 | | |
| Polygraphie | 30900 | | |
| Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren | 35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120 | | |
| Richtlinienpsychotherapie I | 35130, 35131, 35140, 35141, 35142, | | |
| Psychologische Testverfahren | 35.3, 16340, 21340, 03242 | | |
| Sonographie III | 33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076 | | |
| EEG, L-EEG | 16310, 16311, 21310, 21311, 14320, 14321 | | |
| Blinkreflex, EMG ENG, Neurophysiologie | 14330, 14331, 16320, 16321, 16322, 21320, 21321 | | |
| Lumbalpunktion | 02342 | | |
| Dringende Besuche * | 01411, 01412, 01415 | | |
| Polysomnographie | 30901 | | |
| Verordnung medizinische Rehabilitation* | 01611 | | |

* Betrag, ist abweichend von den übrigen Beträgen, ein Betrag pro Arzt und nicht ein Betrag pro Leistungsfall

| Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen | Gebührenordnungspositionen/ Abschnitte des EBM | Arztgruppe | |
|--|---|-------------------------------|---|
| | | Fachärzte für Neurochirurgie | Ermächtigte FÄ/ Krankenhäuser/ Institute/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Neurochirurgie |
| | | Betrag pro Leistungsfall in € | Betrag pro Leistungsfall in € |
| Akupunktur | 30.7.3 | | |
| Chirotherapie | 30.2 | | |
| Praxisklinische Beobachtung und Betreuung | 01510, 01511, 01512 | | |
| Psychosomatische Grundversorgung, übende Verfahren | 35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120 | | |
| Richtlinienpsychotherapie I | 35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150 | | |
| Psychologische Testverfahren | 35.3, 16340, 21340, 03242 | | |
| Schmerztherapeutische spezielle Versorgung | 30.7.1 | | |
| Schmerztherapeutische Behandlung | 30.7.2 | | |
| Blinkreflex, EMG ENG, Neurophysiologie | 14330, 14331, 16320, 16321, 16322, 21320, 21321 | | |
| 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, 34253, 34254, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503 | | |

| Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen | Gebührenordnungspositionen/ Abschnitte des EBM | Arztgruppe | |
|--|---|-------------------------------|---|
| | | Fachärzte für Neurologie | Ermächtigte FÄ/ Krankenhäuser/ Institute/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Neurologie |
| | | Betrag pro Leistungsfall in € | Betrag pro Leistungsfall in € |
| Akupunktur | 30.7.3 | | |
| Betreuung Kranker im sozialen Umfeld | 16230, 16231, 16233, 21230, 21231, 21233 | | |
| Chirotherapie | 30.2 | | |
| Praxisklinische Beobachtung und Betreuung | 01510, 01511, 01512 | | |
| Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren | 35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120 | | |
| Richtlinienpsychotherapie I | 35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150 | | |
| Psychologische Testverfahren | 35.3, 16340, 21340, 03242 | | |
| Sonographie III | 33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076 | | |
| Blinkreflex, Neurophysiologie, EMG, ENG | 14330, 14331, 16320, 16321, 16322, 21320, 21321 | | |
| EEG, L-EEG | 16310, 16311, 21310, 21311, 14320, 14321 | | |
| Lumbalpunktion | 02342 | | |

| Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen | Gebührenordnungspositionen/ Abschnitte des EBM | Arztgruppe | |
|--|---|---------------------------------|---|
| | | Fachärzte für Nuklearmedizin | Ermächtigte FÄ/ Krankenhäuser/ Institute/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Nuklearmedizin |
| | | Betrag pro Leistungsfall in € | Betrag pro Leistungsfall in € |
| Sonographie I | 33000, 33001, 33002, 33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092 | | |
| MRT | 34.4.1 - 34.4.6 | | |
| Nuklearmedizinische Leistungen | 17310 bis 17373 | | |
| Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren | 35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120 | | |
| Richtlinienpsychotherapie I | 35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150 | | |
| Psychologische Testverfahren | 35.3, 16340, 21340, 03242 | | |
| MRT-Angiographie | 34.4.7 | | |

| Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen | Gebührenordnungspositionen/ Abschnitte des EBM | Arztgruppe | |
|--|---|-------------------------------|---|
| | | Fachärzte für Orthopädie | Ermächtigte FÄ/ Krankenhäuser/ Institute/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Orthopädie |
| | | Betrag pro Leistungsfall in € | Betrag pro Leistungsfall in € |
| Akupunktur | 30.7.3 | | |
| Chirotherapie | 30.2 | | |
| Osteodensitometrie | 34.6 | | |
| Praxisklinische Beobachtung und Betreuung | 01510, 01511, 01512 | | |
| Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren | 35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120 | | |
| Richtlinienpsychotherapie I | 35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150 | | |
| Psychologische Testverfahren | 35.3, 16340, 21340, 03242 | | |
| Schmerztherapeutische spezielle Versorgung | 30.7.1 | | |
| Schmerztherapeutische Behandlung | 30.7.2 | | |
| Sonographie I | 33000, 33001, 33002, 33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092 | | |
| Teilradiologie | 34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34253, 34254, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503 | | |
| Rheumatologie | 18700 | | |

| Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen | Gebührenordnungspositionen/ Abschnitte des EBM | Arztgruppe | |
|--|---|--|---|
| | | Überwiegend bzw. ausschließlich histologisch tätige Ärzte Betrag pro Leistungsfall in € | Ermächtigte Überwiegend bzw. ausschließlich histologisch tätige Ärzte Betrag pro Leistungsfall in € |
| Humangenetik/Molekulargenetik | 11.3, 11430,19332 | | |

| Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen | Gebührenordnungspositionen/ Abschnitte des EBM | Arztgruppe | |
|--|---|--|---|
| | | Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie mit einem Anteil an Leistungen der RL-PT gemäß Bedarfsplanungsrichtlinie bis zu 30 % an der Gesamtleistungsmenge Betrag pro Leistungsfall in € | Ermächtigte FÄ/ Krankenhäuser/ Institute/ Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Psychiatrie Betrag pro Leistungsfall in € |
| Betreuung Kranker im sozialen Umfeld | 16230, 16231, 16233, 21230, 21231, 21233 | | |
| Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren | 35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120 | | |
| EEG, L-EEG | 16310, 16311, 21310, 21311, 14320, 14321 | | |
| Blinkreflex, EMG, ENG | 14330, 14331, 16320, 16321, 16322, 21320, 21321 | | |
| Richtlinienpsychotherapie I | 35130, 35131, 35140, 35141, 35142, | | |
| Psychologische Testverfahren | 35.3, 16340, 21340, 03242 | | |
| Dringende Besuche* | 01411, 01412, 01415 | | |

* Betrag, ist abweichend von den übrigen Beträgen, ein Betrag pro Arzt und nicht ein Betrag pro Leistungsfall.

| Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen | Gebührenordnungspositionen/ Abschnitte des EBM | Arztgruppe | |
|--|---|---|--|
| | | Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie mit einem Anteil an Leistungen der RL-PT gemäß Bedarfsplanungsrichtlinie zwischen 30 % und 90 % an der Gesamtleistungsmenge Betrag pro Leistungsfall in € | Ermächtigte FÄ/ Krankenhäuser/ Institute/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Psychiatrie Betrag pro Leistungsfall in € |
| Betreuung Kranker im sozialen Umfeld | 16230, 16231, 16233, 21230, 21231, 21233 | | |
| Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren | 35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120 | | |
| EEG, L-EEG | 16310, 16311, 21310, 21311, 14320, 14321 | | |
| Blinkreflex, EMG, ENG | 14330, 14331, 16320, 16321, 16322, 21320, 21321 | | |
| Richtlinienpsychotherapie I | 35130, 35131, 35140, 35141, 35142, | | |
| Psychologische Testverfahren | 35.3, 16340, 21340, 03242 | | |
| Dringende Besuche* | 01411, 01412, 01415 | | |

* Betrag, ist abweichend von den übrigen Beträgen, ein Betrag pro Arzt und nicht ein Betrag pro Leistungsfall.

| Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen | Gebührenordnungspositionen/ Abschnitte des EBM | Arztgruppe | |
|--|---|--|---|
| | | Fachärzte für Diagnostische Radiologie | Ermächtigte FÄ/ Krankenhäuser/ Institute/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Radiologie |
| | | Betrag pro Leistungsfall in € | Betrag pro Leistungsfall in € |
| CT | 34.3, 34502 | | |
| Interventionelle Radiologie | 01530, 01531, 34283, 34284, 34285, 34286, 34287 | | |
| Kurative Mammographie | 34270, 34271, 34272, 34273, 34275 | | |
| MRT | 34.4.1 - 34.4.6 | | |
| MRT-Angiographie | 34.4.7 | | |
| Sonographie I | 33000, 33001, 33002, 33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092 | | |
| Sonographie III | 33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076 | | |
| Mammapunktion | 02341 | | |
| Mammastanzbiopsie | 08320 | | |
| Sonographie V | 33041 | | |

| Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen | Gebührenordnungspositionen/ Abschnitte des EBM | Arztgruppe | |
|--|---|-------------------------------|---|
| | | Fachärzte für Urologie | Ermächtigte FÄ/ Krankenhäuser/ Institute/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Urologie |
| | | Betrag pro Leistungsfall in € | Betrag pro Leistungsfall in € |
| Labor-Grundpauschale | 12225, 01701 | | |
| Inkontinenzbehandlung | 08310, 08311, 26313 | | |
| Praxisklinische Beobachtung und Betreuung | 01510, 01511, 01512 | | |
| Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren | 35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120 | | |
| Richtlinienpsychotherapie I | 35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150 | | |
| Psychologische Testverfahren | 35.3, 16340, 21340, 03242 | | |
| Schmerztherapeutische Behandlung | 30.7.2 | | |
| Sonographie III | 33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076 | | |
| Histologie / Zytologie | 01826, 19310, 19311, 19312, 19315, 19320, 19331 | | |
| Stoßwellenlithotripsie | 26330 | | |
| Sonographisch gestützte Prostatabiopsie | 26341 in Verbindung mit 33043 und 33090 und 33092 und ICD C61 (A, V, G, Z) | | |
| 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, 34253, 34254, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503 | | |

| Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen | Gebührenordnungspositionen/ Abschnitte des EBM | Arztgruppe | |
|--|---|--|---|
| | | Fachärzte für Physikalisch- Rehabilitative Medizin | Ermächtigte FÄ/ Krankenhäuser/ Institute/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Physikalisch- Rehabilitative Medizin |
| | | Betrag pro Leistungsfall in € | Betrag pro Leistungsfall in € |
| Akupunktur | 30.7.3 | | |
| Chirotherapie | 30.2 | | |
| Physikalisch-rehabilitative Diagnostik | 27332, 27333 | | |
| Physikalische Therapie | 30.4 | | |
| Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren | 35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120 | | |
| Richtlinienpsychotherapie I | 35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150 | | |
| Psychologische Testverfahren | 35.3, 16340, 21340, 03242 | | |
| Schmerztherapeutische spezielle Versorgung | 30.7.1 | | |
| Schmerztherapeutische Behandlung | 30.7.2 | | |
| Verordnung medizinische Rehabilitation* | 01611 | | |

* Betrag, ist abweichend von den übrigen Beträgen, ein Betrag pro Arzt und nicht ein Betrag pro Leistungsfall

Anlage 3 zum Honorarverteilungsmaßstab der KVSA

Berechnung des arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumens gemäß § 8

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

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

LB_{VB} : Zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannter Leistungsbedarf in Punkten im Vorjahresquartal ohne Leistungen nach §§ 4, 5 und § 7 Abs. 3 und 5 unter Berücksichtigung von § 8 aller Arztgruppen gemäß Anlage 1 des Versorgungsbereichs

LB_{AG} : Zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannter Leistungsbedarf in Punkten im Vorjahresquartal ohne Leistungen nach §§ 4, 5 und § 7 Abs. 3 und 5 unter Berücksichtigung von § 8 einer Arztgruppe

AG: Arztgruppe gemäß Anlage 1

VV_{VB}^{RLV} : Versorgungsbereichsspezifisches RLV/QZV-Verteilungsvolumen gemäß § 7

Anlage 4 zum Honorarverteilungsmaßstab der KVSA

Berechnung der arztgruppenspezifischen Vergütungsbereiche gemäß § 9

1. Berechnung des arztgruppenspezifischen Vergütungsbereiches für die Vergütung der Versichertenpauschalen und Chronikernummern im hausärztlichen Versorgungsbereich ($VpChr_{AG}$)

$$VpChr_{AG} = \frac{LB_{AG}^{VpChr}}{LB_{AG}} * VV_{AG}$$

LB_{AG}^{VpChr} : Zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannter Leistungsbedarf in Punkten im Vorjahresquartal von Versichertenpauschalen (03110 bis 03130, 04110 bis 04130) und Chronikernummern (03212 und 04212) einer Arztgruppe des hausärztlichen Versorgungsbereiches unter Berücksichtigung von § 7

LB_{AG} : Zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannter Leistungsbedarf in Punkten im Vorjahresquartal ohne Leistungen nach §§ 4, 5 und § 7 Abs. 3, 5 und 8 unter Berücksichtigung von § 8 einer Arztgruppe

VV_{AG} : Arztgruppenspezifisches Verteilungsvolumen gemäß § 8

AG: Arztgruppen des hausärztlichen Versorgungsbereichs gemäß Anlage 1 Ziffer 1.1

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

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

LB_{AG}^{RLV} : Zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannter Leistungsbedarf in Punkten im Vorjahresquartal einer Arztgruppe derjenigen Leistungen, die innerhalb der Regelleistungsvolumen vergütet werden, unter Berücksichtigung von § 8

LB_{AG} : Zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannter Leistungsbedarf in Punkten im Vorjahresquartal ohne Leistungen §§ 4, 5 und § 7 Abs. 3, 5 und 8 unter Berücksichtigung von § 8 einer Arztgruppe

VV_{AG} : Arztgruppenspezifisches Verteilungsvolumen gemäß § 8

AG: Arztgruppen gemäß Anlage 1 Ziffer 1.1

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

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

VV_{AG} : Arztgruppenspezifisches Verteilungsvolumen gemäß § 8

RLV_{AG} : Arztgruppenspezifischer Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der Regelleistungsvolumen gemäß 2.

$V_{pChr_{AG}}$: Arztgruppenspezifischer Vergütungsbereich für die Vergütung der Versichertenpauschalen (03110 bis 03130, 04110 bis 04130) und Chronikernummern (03212 und 04212) einer Arztgruppe des hausärztlichen Versorgungsbereiches unter Berücksichtigung von § 7

Anlage 5 zum Honorarverteilungsmaßstab der KVSA

Berechnung des Regelleistungsvolumens je Arzt gemäß § 10

1. Berechnung des arztgruppenspezifischen Fallwertes gemäß § 10 Abs. 2

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

RLV_{AG} : Arztgruppenspezifischer Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der Regelleistungsvolumen gemäß Anlage 4, Ziffer 2.

FZ_{AG} : Anzahl der RLV-Fälle gemäß § 10 Abs. 7 einer Arztgruppe im Vorjahresquartal

2. Berechnung des arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumens

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

FW_{AG} : Arztgruppenspezifischer Fallwert gemäß 1.

FZ_{Arzt} : Anzahl der RLV-Fälle eines Arztes gemäß § 10 Abs. 8 im Abrechnungsquartal unter Berücksichtigung der Fallzahlsteuerungen gemäß § 10 Abs. 9 und § 17

Das ermittelte Regelleistungsvolumen je Arzt ist gegebenenfalls entsprechend den nach § 19 festgestellten Praxisbesonderheiten anzupassen. Das praxisbezogene Regelleistungsvolumen ergibt sich gemäß § 10 aus der Addition der Regelleistungsvolumen der Ärzte, die in der Arztpraxis tätig sind sowie der entsprechenden Zuschläge für Kooperationen gem. § 13.

3. Morbiditätsbezogene Differenzierung des Regelleistungsvolumens nach Altersklassen gemäß § 11

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

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

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

i = arztgruppenspezifischer Leistungsbedarf je RLV-Fall im Abrechnungsquartal aus Leistungen, die innerhalb des Regelleistungsvolumens vergütet werden, für alle Versicherten

- nf =** Zahl der RLV-Fälle eines Arztes für die Behandlung von Versicherten bis zum vollendeten 5. Lebensjahr im Abrechnungsquartal
- ng =** Zahl der RLV-Fälle eines Arztes für die Behandlung von Versicherten ab dem 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr im Abrechnungsquartal
- nh =** Zahl der RLV-Fälle eines Arztes für die Behandlung von Versicherten ab dem 60. Lebensjahr im Abrechnungsquartal
- n =** Zahl der RLV-Fälle eines Arztes im Abrechnungsquartal

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

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

Anlage 6 zum Honorarverteilungsmaßstab der KVSA

Berechnung der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen gemäß § 12

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

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

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

QZV_{AG} : Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen in qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen einer Arztgruppe gemäß Anlage 4, Ziffer 3

LB_{AG}^i : Zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannter Leistungsbedarf in Punkten im Vorjahresquartal einer Arztgruppe derjenigen Leistungen, die innerhalb eines qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen i vergütet werden.

LB_{AG}^{QZV} : Zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannter Leistungsbedarf in Punkten im Vorjahresquartal derjenigen Leistungen, die innerhalb der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen einer Arztgruppe vergütet werden.

i : Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen einer Arztgruppe gemäß Anlage 2

AG : Arztgruppe gemäß Anlage 2

2. Berechnung des qualifikationsgebundenen Zusatzvolumens je Fall oder je Arzt

Variante A: Fallbezug

a) Berechnung des Fallwertes für ein qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen je Leistungsfall

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

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

FZ_{AG}^i : Anzahl der Leistungsfälle gemäß § 12 Abs. 4 derjenigen Ärzte einer Arztgruppe, die Anspruch auf das qualifikationsgebundene Zusatzvolumen i haben

i: qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen einer Arztgruppe

b) Berechnung des qualifikationsgebundenen Zusatzvolumens eines Arztes je Leistungsfall

$$QZV_{Arzt}^i = FW_{AG}^i * FZ_{Arzt}^i$$

FZ_{Arzt}^i : Anzahl der Leistungsfälle gemäß § 12 Abs. 4 eines Arztes, der Anspruch auf das arztgruppenspezifische qualifikationsgebundene Zusatzvolumen i hat

Variante B: Arztbezug

Berechnung des qualifikationsgebundenen Zusatzvolumens eines Arztes

$$QZV_{Arzt}^i = \frac{QZV_{AG}^i}{N_{AG}^i}$$

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

N_{AG}^i : Anzahl der Ärzte einer Arztgruppe, die Anspruch auf das arztgruppenspezifische qualifikationsgebundene Zusatzvolumen i haben

i: Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen einer Arztgruppe

Anlage 7 zum Honorarverteilungsmaßstab der KVSA

Bereinigung der RLV, QZV, zKG und Laborbudgets für Verträge nach §§ 63, 73b, 73c und 140a ff. SGB V

Gemäß §§ 64 Abs. 3 Satz 1, 73b Abs. 7 Satz 2, 73c Abs. 6 Satz 2 und 140a ff. SGB V haben die Partner der Gesamtverträge nach § 83 SGB V den Behandlungsbedarf nach § 87a Abs. 3 Satz 2 SGB V entsprechend der Zahl und der Risiko- bzw. Morbiditätsstruktur der jeweils teilnehmenden Versicherten sowie dem in dem jeweiligen Modellvorhaben bzw. Selektivvertrag vereinbarten Inhalt zu bereinigen.

Um dem gesetzlichen Auftrag nachzukommen, bedarf es einer Regelung, die das Verfahren zur Berücksichtigung des kassenartenspezifisch bereinigten Behandlungsbedarfes der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung bei der Bereinigung der arzt- und praxisbezogenen RLV, QZV, zKG, Laborbudgets gemäß § 4 Abs. 4 oder Vergütungsvolumen verbindlich und kassenartenübergreifend regelt.

Grundsätze der Bereinigung

- (1) Voraussetzung für die Bereinigung ist, dass von der betreffenden Krankenkasse, die ein Modellvorhaben nach § 63 SGB V bzw. einen Selektivvertrag nach §§ 73b, 73c, 140a ff. SGB V geschlossen hat, zur Bereinigung des Behandlungsbedarfes und der MGV eine gesonderte, auf das jeweilige konkrete Modellvorhaben bzw. den jeweiligen konkreten Selektivvertrag bezogene Vereinbarung mit der KVSA getroffen bzw. festgesetzt wurde.
- (2) Eine Bereinigung der arzt- und praxisbezogenen RLV bzw. der QZV, zKG, Laborbudgets gemäß § 4 Abs. 4 oder Vergütungsvolumen setzt eine bereinigte MGV für den betreffenden Zeitraum voraus. Eine Bereinigung erfolgt unter der Voraussetzung, dass die in der MGV-bereinigten Leistungen der Arztgruppe den RLV, QZV, zKG, Laborbudgets gemäß § 4 Abs. 4 oder Vergütungsvolumen der Arztgruppe unterliegen.
- (3) Für die Ärzte, die nicht an einem für ihre Arztgruppe gültigen Modellvorhaben bzw. Selektivvertrag teilnehmen, kann eine Absenkung oder Anhebung des unbereinigten RLV-Fallwertes bis zu 2,5 Prozent erfolgen. Darüber hinaus gehende Bereinigungsbeträge werden nur bei den an dem Modellvorhaben bzw. Selektivvertrag teilnehmenden Ärzten der vom Modellvorhaben bzw. Selektivvertrag betroffenen Arztgruppe angewandt.
- (4) Grundlage der Bereinigung ist der in der bereinigten MGV entsprechend durch den Vertrag betroffenen Versorgungsbereiches ermittelte Betrag.
- (5) Das Bereinigungsvolumen ist für jedes zu bereinigende Modellvorhaben bzw. jeden zu bereinigenden Vertrag nach § 63, 73b, § 73c und § 140a SGB V gesondert und je Quartal zwischen der betroffenen Krankenkasse und der KVSA zu ermitteln. Das gemeinsam festgestellte bzw. vom Schiedsamt festgesetzte Bereinigungsvolumen der MGV wird entsprechend der Zuordnung der Leistungen zu den RLV und/oder QZV, zu den Laborbudgets gemäß § 4 Abs. 4, zu den verschiedenen Vergütungsvolumen oder den zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen aufgeteilt und ist den entsprechenden Vergütungsbereichen zu entnehmen.

(6) Die Bereinigung der RLV, QZV, zKG, der Laborbudgets gemäß § 4 Abs. 4, der Vergütungsvolumen betrifft nur diejenigen Ärzte, Arztgruppen, Leistungen, Kostenerstattungen und Fälle aus dem zu bereinigenden Behandlungsbedarf nach § 87a Abs. 2 Satz 2 SGB V, die den jeweiligen Begrenzungsregelungen unterliegen.

(7) Zu bereinigen sind i. d. R. die RLV und/oder QZV bzw. die zKG, Laborbudgets gemäß § 4 Abs. 4 oder Vergütungsvolumen der Praxen/Einrichtungen, in denen Ärzte tätig sind, die an dem von einer Krankenkasse geschlossenen bereinigungsfähigen Vertrag teilnehmen und die Leistungen den RLV und/oder QZV, zKG, Laborbudgets gemäß § 4 Abs. 4 bzw. den Vergütungsvolumen zuzuordnen sind.

(8) Die Auswirkungen der Bereinigung werden für die betroffenen Praxen/Einrichtungen mit der Quartalsabrechnung des Bereinigungs- und Abrechnungsquartals dargestellt.

(9) Die Bereinigungen sind für jeden betroffenen Selektivvertrag getrennt durchzuführen.

Durchführung der Bereinigung (Verträge mit ex-ante Einschreibung)

Ausgehend von der Berechnung der RLV, QZV, zKG, Laborbudgets gemäß § 4 Abs. 4 und Vergütungsvolumen auf Basis der unbereinigten MGV wird für jeden am Selektivvertrag mit Bereinigung teilnehmenden Arzt der zu bereinigende Betrag ermittelt.

Bereinigung des RLV der Arztgruppe

Nach Berechnung des unbereinigten RLV-Fallwertes der Arztgruppe und der RLV-Fallzahl der Arztgruppe der am Selektivvertrag mit Bereinigung teilnehmenden Ärzte wird das ermittelte Bereinigungsvolumen, das auf die Leistungen des RLV abstellt, in Abzug gebracht. Zur Berechnung der bereinigten RLV-Fallzahl der Arztgruppe wird von der unbereinigten RLV-Fallzahl die Anzahl der in den Selektivvertrag für diese Arztgruppe eingeschriebenen Versicherten abgezogen. Für die betreffende Arztgruppe wird ein bereinigter RLV-Fallwert durch Division des bereinigten RLV-Vergütungsbereiches und der bereinigten RLV-Fallzahl gebildet.

Für den am Selektivvertrag teilnehmenden Arzt errechnet sich das RLV durch Multiplikation der bereinigten RLV-Fallzahl mit dem bereinigten RLV-Fallwert der Arztgruppe. Im Übrigen gelten die Regelungen des HVM.

Bereinigung der QZV

Sofern auf den QZV-Leistungsumfang i der Arztgruppe AG ein Teil des Bereinigungsbetrags der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung aufgrund eines Selektivvertrags mit ex-ante Einschreibung von Versicherten entfällt, wird dieser wie folgt auf die einzelnen an diesem Selektivvertrag mit ex-ante Einschreibung von Versicherten teilnehmenden Ärzte aufgeteilt.

$BE_QZV_{AG}^i$

Auf den QZV-Leistungsumfang i der Arztgruppe AG entfallender Teil des Bereinigungsbetrags der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für den Selektivvertrag mit ex-ante Einschreibung von Versicherten

$SV_E_{Arzt}^i$

Anzahl der bei einem Arzt der Arztgruppe AG, der Anspruch auf das arztgruppenspezifische Zusatzvolumen i hat und an dem Selektivvertrag mit ex-ante Einschreibung von Versicherten teilnimmt, in diesen Vertrag eingeschriebenen Versicherten

$$SV_E_{AG}^i = \sum SV_E_{Arzt}^i$$

Gesamtanzahl der bei den Ärzten der Arztgruppe AG mit Anspruch auf das arztgruppenspezifische Zusatzvolumen i, die an dem Selektivvertrag mit ex-ante Einschreibung von Versicherten teilnehmen, in diesen Vertrag eingeschriebenen Versicherten

$$BE_QZV_{Arzt}^i = BE_QZV_{AG}^i * \frac{SV_E_{Arzt}^i}{SV_E_{AG}^i}$$

Auf einen einzelnen am Selektivvertrag

teilnehmenden Arzt entfallender Teil des Bereinigungsbetrags innerhalb des QZV i

Das gemäß Anlage 6 2.b) zugewiesene arztindividuelle QZV_{Arzt}^i wird bei an dem Selektivvertrag teilnehmenden Ärzten, die Anspruch auf das QZV_{Arzt} haben, um den Bereinigungsbetrag $BE_QZV_{Arzt}^i$ vermindert.

Sollte dieser Bereinigungsbetrag für einen Arzt sein unbereinigtes QZV_{Arzt}^i überschreiten, so wird das RLV dieses Arztes (ggf. zusätzlich) um den übersteigenden Bereinigungsbetrag vermindert und diesem Arzt kein bereinigtes QZV zugewiesen.

Bereinigung zKG

Die dem zKG unterliegenden Leistungen der Arztgruppen gem. Anlage 1 Ziffer 1.2 werden gemessen an der abgerechneten ärztlichen bzw. therapeutischen Zuwendungszeit nach den Prüfzeiten der Leistungen des Anhangs 3 zum Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) in der gültigen Fassung berechnet und als durchschnittliche Zeit je am Selektivvertrag teilnehmenden Arzt vom zKG gem. § 21 Abs. 8 des Arztes abgezogen.

Bereinigung von Vergütungsvolumen und Laborbudgets gemäß § 4 Abs. 2 und 4

Den Vergütungsvolumen gemäß § 4 Abs. 2 und/oder 4 und § 7 Abs. 3 und/oder 5 bzw. der Vergütungsvolumen gem. § 9 wird der zu bereinigende Betrag und/oder die zu bereinigende Fallzahl abgezogen.

Durchführung Bereinigung (Verträge mit situativer Einschreibung)

Im Rahmen der Bereinigung auf der Grundlage von Selektivverträgen mit situativer Einschreibung wird wie folgt verfahren:

1. Ermittlung des zu bereinigenden Gesamtvolumens für den entsprechenden Selektivvertrag.
2. Ermittlung des Anteils des teilnehmenden Arztes am unter Punkt 1. ermittelten Bereinigungsvolumen.
3. Abzug des unter Punkt 2. ermittelten Anteils des/der teilnehmenden Arztes/Ärzte vom RLV (Honorar) der betroffenen Arztgruppe und des/der teilnehmenden Arztes/Ärzte.

**Anlage 8
zum Honorarverteilungsmaßstab der KVSA**

Arztgruppen und Referenz-Fallwerte für die laboratoriumsmedizinischen Leistungen des Abschnitts 32.3 des EBM vor Anwendung der bundeseinheitlichen Abstufungsquote „Q“

| Arztgruppe | Fallwert in Euro |
|--|-------------------------|
| Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Dermatologie | 4,00 |
| Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Innere Medizin ohne Schwerpunkt | 40,00 |
| FÄ für Innere Medizin mit SP* Angiologie | 40,00 |
| FÄ für Innere Medizin mit SP* Rheumatologie | 40,00 |
| FÄ für Nuklearmedizin | 21,00 |
| FÄ für Urologie | 4,00 |
| Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Urologie | 4,00 |
| FÄ für HNO/FÄ für Phoniatrie und Pädaudiologie / Fachärzte für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen | 4,00 |