

Honorarverteilungsmaßstab (HVM)
der Kassenärztlichen Vereinigung
Sachsen-Anhalt
(KVSA)
ab dem 2. Quartal 2016

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|-----------|
| 1. PRÄAMBEL | 4 |
| 2. GRUNDSÄTZE | 4 |
| 3. STRUKTUR DER VERTEILUNG DER MGV | 4 |
| 4. VERGÜTUNGSVOLUMEN UND VORWEGABZÜGE | 5 |
| 4.1 VERGÜTUNGSVOLUMEN | 5 |
| 4.1.1 Ärztlicher Bereitschaftsdienst..... | 5 |
| 4.1.2 Labor | 6 |
| 4.1.2.1 Bundeseinheitliche Abstaffelungsquote "Q"..... | 7 |
| 4.1.2.2 Budgetierung der Leistungen des Abschnitts 32.3 EBM bei "Nicht-Laborärzten" | 7 |
| 4.1.3 Hausarzt | 7 |
| 4.1.4 Facharzt..... | 8 |
| 4.1.5 Genetisches Labor..... | 8 |
| 4.1.6 Pauschale für die fachärztliche Grundvergütung (PFG)..... | 8 |
| 4.2 VERSORGBEREICHSSPEZIFISCHE VORWEGABZÜGE | 8 |
| 4.2.1 Vorwegabzüge des haus- und fachärztlichen Vergütungsvolumens | 9 |
| 4.2.1.1 Gesetzliche und vertragliche Aufgaben..... | 9 |
| 4.2.1.2 Besonderheiten..... | 9 |
| 4.2.1.3 Gesamtvolumen übersteigende Leistungen..... | 9 |
| 4.2.1.4 Leistungen des Kapitels 40 EBM..... | 9 |
| 4.2.1.5 Belegärztliche Leistungen außerhalb Kapitel 36 EBM..... | 9 |
| 4.2.1.6 Notfalleleistungen außerhalb der Zeiten des ärztlichen Bereitschaftsdienstes..... | 10 |
| 4.2.2 Vorwegabzüge des hausärztlichen Vergütungsvolumens | 10 |
| 4.2.2.1 Leistungen der Geriatrie, Palliativmedizin und Sozialpädiatrie..... | 10 |
| 4.2.3 Vorwegabzüge des fachärztlichen Vergütungsvolumens | 11 |
| 4.2.3.1 Fachärztlich definierte Leistungen von Hausärzten | 11 |
| 4.2.3.2 Laborleistungen außerhalb des Kapitels 32 EBM..... | 11 |
| 5. VERTEILUNG DER VERGÜTUNGSVOLUMEN, GESAMTVOLUMEN UND SONDERREGELUNGEN | 11 |
| 5.1 VERSORGBEREICHSSPEZIFISCHE VERTEILUNG DER VERGÜTUNGSVOLUMEN | 11 |
| 5.1.1 Arztgruppenspezifisches Verteilungsvolumen | 12 |
| 5.1.2 Arztgruppenspezifische Vergütungsbereiche | 12 |
| 5.1.2.1 Hausärztliches Verteilungsvolumen..... | 12 |
| 5.1.2.2 Fachärztliches Verteilungsvolumen..... | 13 |
| 5.2 GESAMTVOLUMEN (RLV UND QZV) | 14 |
| 5.2.1 Berücksichtigung von Kooperationen..... | 14 |
| 5.2.1.1 Berücksichtigung von Kooperationen für Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten..... | 14 |
| 5.2.1.2 Berücksichtigung von Kooperationen innerhalb von Praxisnetzen..... | 15 |
| 5.2.2 Regelleistungsvolumen (RLV) | 15 |
| 5.2.2.1 Fallzahlzuwachsbeschränkung im fachärztlichen Versorgungsbereich..... | 16 |
| 5.2.2.2 Fallwertabstaffelung im haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich..... | 16 |
| 5.2.2.3 Abbildung der Morbidität durch Altersklassen im haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich..... | 16 |
| 5.2.3. Qualifikationsgebundene Zusatzvolumen (QZV) | 17 |
| 5.2.3.1 Korrekturfaktor..... | 17 |
| 5.3 SONDERREGELUNGEN BEI ANWENDUNG DER GESAMTVOLUMEN | 18 |
| 5.3.1 Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit..... | 18 |
| 5.3.2 Erhöhung der Gesamtvolumen und Aussetzung der Fallzahlzuwachsbeschränkung..... | 18 |
| 5.3.3 Gewährung von Praxisbesonderheiten..... | 18 |
| 5.4 AUSGLEICH VON HONORARVERLUSTEN | 19 |

| | |
|----------------------|----|
| 6. BEREINIGUNG | 19 |
| 7. ANLAGEN..... | 19 |

Anlagenverzeichnis

| | |
|--|----|
| ANLAGE 1: BUDGETREGELUNG ABSCHNITT 32.3 EBM BEI „NICHT-LABORÄRZTEN" | 20 |
| ANLAGE 2: BERECHNUNG ARZTGRUPPENSPEZIFISCHE VERGÜTUNGSVOLUMEN UND VERGÜTUNGSBEREICHE | 21 |
| ANLAGE 3: BERECHNUNGEN GESAMTVOLUMEN (RLV UND QZV) GEMÄß 5.2 | 25 |
| ANLAGE 4: ARZTGRUPPEN MIT RLV UND ARZTGRUPPEN MIT VERGÜTUNG AUS ARZTGRUPPENSPEZIFISCHEN VERTEILUNGSVOLUMEN..... | 30 |
| ANLAGE 5: ARZTGRUPPEN MIT QZV | 33 |
| ANLAGE 6: SONDERREGELUNGEN BEI ANWENDUNG GESAMTVOLUMEN UND AUSGLEICH VON HONORARVERLUSTEN | 47 |
| ANLAGE 7: BEREINIGUNG | 49 |

Honorarverteilungsmaßstab der KVSA ab dem 2. Quartal 2016 (beschlossen von der Vertreterversammlung am 2. März 2016)

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 Honorarverteilung.

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

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

Ausgangsgröße der Honorarverteilung ist die jeweils für das Abrechnungsquartal von den Krankenkassen mit befreiender Wirkung zu entrichtende morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) gemäß § 87a SGB V. Die Honorarverteilung erfolgt unter Berücksichtigung der Regelungen zum Fremdkassenzahlungsausgleich (FKZ) und unter Anwendung der für den Zeitraum der Honorarverteilung gültigen Vorgaben der KBV gemäß § 87b Abs. 4 SGB V (GKV-VStG). Ergibt sich bei der Umsetzung der Regelungen dieses HVM unter Beachtung von Satz 2 dieses Absatzes die Notwendigkeit von (Ausnahme-)Regelungen, so können diese vom Vorstand der KVSA beschlossen werden.

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

Die Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen, die von den Krankenkassen außerhalb der MGV gezahlt werden, unterliegen nicht den Regelleistungsvolumen (RLV), qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV) oder anderen begrenzenden Vergütungsvolumen, soweit in anderen Verträgen oder in diesem HVM nichts Abweichendes geregelt ist. Innerhalb der MGV von den Vertragspartnern festgelegte Vergütungsvolumina werden dem jeweiligen arztgruppenspezifischen Vergütungsvolumen nach Punkt 5.1.2 zugeführt. Sollten in anderen Verträgen Begrenzungsregelungen festgelegt sein, erfolgt bei Überschreitung der Begrenzungsregelung eine entsprechende Anpassung der Vergütung.

3. Struktur der Verteilung der MGV

Die von der KBV erlassenen verbindlichen Vorgaben zur Honorarverteilung gemäß § 87b Abs. 4 SGB V Teil A, Teil B, Teil E und Teil F stellen die Basis der Anpassung der Grundbeträge zur Berechnung der Vergütungsvolumen dar. Nachfolgende Grundbeträge für die Bildung von Vergütungsvolumen sind vorgesehen:

- hausärztlicher Grundbetrag
- fachärztlicher Grundbetrag
- Grundbetrag ärztlicher Bereitschaftsdienst

- Grundbetrag Labor
- Grundbetrag genetisches Labor und
- Grundbetrag Pauschale für die fachärztliche Grundgebühr (PFG).

Die Grundbeträge genetisches Labor und PFG stellen **versorgungsbereichsspezifische Grundbeträge** des fachärztlichen Versorgungsbereichs dar.

Soweit die Summe der aus den Grundbeträgen gebildeten bereinigten Vergütungsvolumina, die die gemäß 4.2 ermittelten Vorwegabzüge beinhalten, nicht der Summe der tatsächlich vereinbarten bereinigten morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen des aktuellen Abrechnungsquartals entspricht, wird folgende Korrektur vorgenommen: Die Differenz zwischen der vereinbarten bereinigten MGV und der Summe der Vergütungsvolumina aller Grundbeträge wird ermittelt und entsprechend den Anteilen der bestimmten Ausgangswerte eines jeden Grundbetrags dem jeweiligen Vergütungsvolumen des Grundbetrags zugeführt oder entnommen.

Vorwegabzüge sind für gesetzliche und vertragliche Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigung bedarfsabhängig aus der MGV zu bildende Vergütungsvolumen, die insbesondere auch zur Sicherstellung der Versorgung und Erfüllung gesetzlicher Aufgaben nach der Festlegung der haus- und fachärztlichen Grundbeträge innerhalb des haus- und fachärztlichen Versorgungsbereichs gebildet werden können. Sie werden auch zur Finanzierung definierter Leistungsbereiche gebildet.

Die Honorarverteilung erfolgt durch die Anwendung von Regelleistungsvolumen, qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen, Vorwegabzügen und die Bildung von definierten Vergütungsbereichen.

Arztgruppenspezifische Vorwegabzüge können innerhalb des arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumens für die Sicherstellung der Vergütung spezieller Leistungen oder Leistungsbe- reiche gebildet werden.

Die **Regelleistungsvolumen (RLV)** stellen fallzahlabhängige arztbezogen errechnete Ober- grenzen für die typischen Leistungen der Arztgruppe dar, während **qualifikationsgebundene Zusatzvolumen (QZV)** Leistungen abbilden, die i. d. R. nicht von allen Ärzten der Arztgruppe erbracht werden oder für die gesonderte Qualifikationen oder gerätetechnische Ausstattungen benötigt werden. Die Festlegung der QZV erfolgt arztgruppenspezifisch.

Das arzt- und praxisbezogene **Gesamtvolumen** umfasst die Summe der für den Arzt bzw. die Praxis insgesamt errechneten RLV und QZV. Die Gesamtvolumen stellen arzt- und praxisbe- zogene Obergrenzen dar, bis zu denen die darin enthaltenen Leistungen mit dem Wert der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet werden. Bei Überschreitung der praxisbezogenen Gesamtvolumen erfolgt eine Vergütung zu einem abgestaffelten Preis.

4. Vergütungsvolumen und Vorwegabzüge

4.1 Vergütungsvolumen

4.1.1 Ärztlicher Bereitschaftsdienst

Der entsprechend der Vorgaben der KBV zur Honorarverteilung, Teil B ermittelte und ggf. fort- geschriebene Grundbetrag ärztlicher Bereitschaftsdienst wird mit der Anzahl der Versicherten, die im aktuellen Abrechnungsquartal bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs verwendet werden, multipliziert und bildet das Vergütungsvolumen für den ärztlichen Bereitschaftsdienst und für die Leistungen der Notfallbehandlung während der Zeiten des ärztlichen Bereit- schaftsdienstes durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser.

Aus dem Vergütungsvolumen werden die Leistungen und Kostenpauschalen im Rahmen des ärztlichen Bereitschaftsdienstes und die Notfalleistungen der Nichtvertragsärzte, Krankenhäuser und Institute während der Zeiten des ärztlichen Bereitschaftsdienstes vergütet.

Ärzte, die im Rahmen des ärztlichen Bereitschaftsdienstes gemäß § 2 Abs. 2 der Bereitschaftsdienstordnung im Bereitschaftsdienstplan zum sogenannten „Fahrdienst“ eingeteilt sind, erhalten für die erbrachten und abgerechneten Leistungen, Kosten- und Wegepauschalen eine Vergütung ausgehend vom Wert der regionalen Euro-Gebührenordnung in Höhe von 70 Prozent. Sollte im Ausnahmefall auf Beschluss des Vorstandes der Fahrdienst ohne Nutzung des zentralen Fahrdienstes erfolgen müssen, werden die Wegepauschalen entsprechend der vertraglichen Regelungen zwischen der KVSA und den Krankenkassen vergütet. Aus den verbleibenden 30 Prozent erhalten die gemäß Satz 1 den Bereitschaftsdienst wahrnehmenden Ärzte im „Fahrdienst“ eine pauschale Vergütung für die Dienstwahrnehmung. Diese Pauschale bemisst sich jeweils an der vorgesehenen Dauer des Bereitschaftsdienstes in Stunden ausweislich des Bereitschaftsdienstplanes und einer Bewertung von 15 Euro je Stunde. Die Pauschale für den einzelnen Bereitschaftsdienst wird mit Ableistung des Bereitschaftsdienstes dem eingeteilten Arzt mit der Quartalsabrechnung vergütet. Maßgeblich für die Vergütung ist der zum Zeitpunkt des Dienstes im elektronischen Bereitschaftsdienstplan der KVSA befindliche Eintrag. Dieser Bereitschaftsdienstplan bildet die von den Dienstplanverantwortlichen bzw. der KVSA erstellte Planung ab. Als im „Fahrdienst“ erbrachte Leistungen gelten alle Leistungen, Kosten- und Wegepauschalen, die während der Einteilung zum Fahrdienst gemäß Bereitschaftsdienstplan abgerechnet wurden.

Außerhalb des „Fahrdienstes“ erbrachte Leistungen während der Dienstzeiten des ärztlichen Bereitschaftsdienstes werden ausschließlich zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet. Die Regelungen des Fahrdienstes gelten in diesen Fällen nicht.

Eine ggf. notwendige quartalsbezogene Finanzierung eines Fehlbetrages im Vergütungsvolumen des Grundbetrags ärztlicher Bereitschaftsdienst erfolgt anteilig aus dem haus- und fachärztlichen Vergütungsvolumen entsprechend der jeweiligen Anzahl der in den Abrechnungsquartalen 1/2009 und 2/2009 durchschnittlich an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte entsprechend ihres Umfangs an der vertragsärztlichen Tätigkeit lt. Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid, der Anzahl der Institute und Krankenhäuser, jeweils mit dem Faktor 1 gezählt, sowie der Anzahl ermächtigter Ärzte in den jeweiligen Versorgungsbereichen. Vertragspsychotherapeuten werden nicht gezählt.

Im Falle von Überschüssen erfolgt die Aufteilung auf die Vergütungsvolumina des haus- und fachärztlichen Grundbetrags nach dem gleichen Verfahren.

4.1.2 Labor

Der entsprechend der Vorgaben der KBV zur Honorarverteilung, Teil B in Verbindung mit Teil E ermittelte und ggf. fortgeschriebene Grundbetrag Labor wird mit der Anzahl der Versicherten, die im aktuellen Abrechnungsquartal bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs verwendet werden, multipliziert und ergibt das Vergütungsvolumen Labor.

Aus dem Vergütungsvolumen erfolgt die nachfolgend festgelegte Vergütung:

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

- Gebührenordnung multipliziert mit einem Anpassungsfaktor in Höhe von 1,4458 vergütet.
- Die GOP 32025 bis 32027, 32035 bis 32039, 32097 und 32150 EBM werden zum Preis der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet.
 - Die übrigen Laboratoriumsuntersuchungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 des EBM werden – sofern diese nicht außerhalb der MGV vergütet werden - unter Berücksichtigung von 4.1.2.1 und 4.1.2.2 ausgehend von dem Wert der regionalen Euro-Gebührenordnung multipliziert mit der von der KBV für das jeweilige Abrechnungsquartal festgelegten Abstufungsquote „Q“ vergütet.

Sollte das zur Verfügung stehende Vergütungsvolumen nicht ausreichen, entsteht eine Nachschusspflicht aus dem haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich entsprechend dem bis zum 30.09.2013 geltenden Trennungsfaktor. Bei nicht vollständiger Verwendung des zur Verfügung stehenden Vergütungsvolumens erfolgt eine Rückführung in den haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich entsprechend dem bis zum 30.09.2013 geltenden Trennungsfaktor.

4.1.2.1 Bundeseinheitliche Abstufungsquote „Q“

Zur Umsetzung der Vorgaben der KBV zur bundeseinheitlichen Vergütung von Leistungen der Laboratoriumsmedizin erfolgt die Anwendung einer bundeseinheitlichen halbjährlich festgelegten Abstufungsquote „Q“. Die Abstufungsquote „Q“ wird nicht auf die Leistungen der GOP 32025 bis 32027, 32035 bis 32039, 32097 und 32150 EBM angewendet. Die durch die KBV bekannt gegebene bundeseinheitlich anzuwendende Abstufungsquote „Q“ darf die Höhe von 0,9158 für die beiden Abrechnungsquartale des jeweiligen Halbjahres nicht unterschreiten.

4.1.2.2 Budgetierung der Leistungen des Abschnitts 32.3 EBM bei „Nicht-Laborärzten“

Für die Ärzte der in Anlage 1 aufgeführten Arztgruppen, die zur Erbringung von Leistungen des Abschnitts 32.3 EBM berechtigt sind, unterliegen die Kostenerstattungen des Abschnitts 32.3 EBM einer fallwertbezogenen Budgetierung. Die Höhe des Budgets für die Leistungen des Abschnitts 32.3 EBM ergibt sich je Arztpraxis und Abrechnungsquartal aus dem Produkt des für die Arztgruppe vorgegebenen, mit der bekannt gegebenen bundeseinheitlichen Abstufungsquote „Q“ multiplizierten Referenz-Fallwertes gemäß Anlage 1 und der Zahl der Behandlungsfälle gemäß § 21 Abs. 1 Bundesmantelvertrag Ärzte des Abrechnungsquartals der Arztpraxis.

Nähere Einzelheiten zur Berechnung der fallwertbezogenen Budgetierung der Leistungen des Abschnitts 32.3 EBM für „Nicht-Laborärzte“ sind der Anlage 1 zu entnehmen.

4.1.3 Hausarzt

Der auf Basis der Vorgaben der KBV zur Honorarverteilung, Teil B ermittelte und ggf. fortgeschriebene hausärztliche Grundbetrag wird mit der Anzahl der Versicherten, die im aktuellen Quartal bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs verwendet werden, multipliziert und ergibt das hausärztliche Vergütungsvolumen.

Aus dem Vergütungsvolumen Hausarzt werden bedarfsabhängige Vorwegabzüge gemäß 4.2.1 und 4.2.2, die arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen, die Vergütungsbereiche, Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundene Zusatzvolumen für die in der Anlage 4 I. aufgeführten Arztgruppen des hausärztlichen Versorgungsbereichs gebildet.

4.1.4 Facharzt

Der auf Basis der Vorgaben der KBV zur Honorarverteilung, Teil B ermittelte und ggf. fortgeschriebene fachärztliche Grundbetrag wird mit der Anzahl der Versicherten, die im aktuellen Quartal bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs verwendet werden, multipliziert. Daraus entsteht das fachärztliche Vergütungsvolumen.

Aus dem fachärztlichen Vergütungsvolumen werden die bedarfsabhängigen Vorwegabzüge gemäß 4.2.1 und 4.2.3, die arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen, die Vergütungsbe-
reiche, Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundene Zusatzvolumen des fachärztlichen Versorgungsbereichs gebildet.

4.1.5 Genetisches Labor

Der auf Basis der Vorgaben der KBV zur Honorarverteilung, Teil B ermittelte und ggf. fortgeschriebene Grundbetrag genetisches Labor wird mit der Anzahl der Versicherten, die im aktuellen Abrechnungsquartal bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs verwendet werden, multipliziert. Es entsteht das Vergütungsvolumen für die Leistungen des genetischen Labors.

Aus dem Vergütungsvolumen genetisches Labor werden die humangenetischen Leistungen entsprechend der Vorgaben der KBV zur Honorarverteilung zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet. Sollte die Höhe des Vergütungsvolumens nicht zur Vergütung der Leistungen zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung ausreichen, erfolgt eine Quotierung der Vergütung der Leistungen bis maximal 91,58 Prozent des Wertes der regionalen Euro-Gebührenordnung.

Sollte das zur Verfügung stehende Vergütungsvolumen nicht ausreichen, entsteht eine Nachschusspflicht aus dem fachärztlichen Vergütungsvolumen. Die Höhe des aus dem fachärztlichen Vergütungsvolumen zuzuführenden Betrages ist auf den Betrag begrenzt, der eine Vergütung der Leistungen in Höhe von 91,58 Prozent des Wertes der regionalen Eurogebührenordnung garantiert. Im Falle von Überschüssen erfolgt die Zuführung dieses Überschusses zum fachärztlichen Vergütungsvolumen.

4.1.6 Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung (PFG)

Der sich auf der Grundlage der Vorgaben der KBV zur Honorarverteilung, Teil B ergebende und ggf. angepasste Grundbetrag PFG wird mit der bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs im aktuellen Abrechnungsquartal verwendeten Versichertenanzahl multipliziert. Es entsteht das Vergütungsvolumen PFG.

Aus dem Vergütungsvolumen „PFG“ werden die Zuschläge zu den entsprechenden Grundpauschalen des EBM der grundversorgenden Arztgruppen gemäß den Allgemeinen Bestimmungen 4.3.8 EBM zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung vergütet.

Sollte das zur Vergütung der PFG zur Verfügung stehende Vergütungsvolumen nicht ausreichen, werden die fehlenden Mittel dem fachärztlichen Vergütungsvolumen vor Aufteilung in die arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumina entnommen. Bei nicht vollständiger Ausschöpfung des für die PFG zur Verfügung stehenden Vergütungsvolumens werden die daraus resultierenden Überschüsse den Arztgruppen der Grundversorgung des fachärztlichen Versorgungsbereiches, die entsprechend der Festlegung des EBM berechtigt sind, die Zuschläge zu den Grundpauschalen abzurechnen, zur Stärkung der RLV zur Verfügung gestellt.

4.2 Versorgungsbereichsspezifische Vorwegabzüge

Die in 4.2.1.1 bis 4.2.1.4 und 4.2.2.1 gebildeten Vorwegabzüge sind untereinander und nur innerhalb der Versorgungsbereiche mit den Vergütungsvolumen, welche sich aus den Grundbeträgen Hausarzt und Facharzt ergeben, verrechnungsfähig. Sollten die in den Vorwegabzü-

gen gemäß 4.2.1.1 bis 4.2.1.4 bereitgestellten Mittel insgesamt nicht ausreichen, besteht eine Nachschussverpflichtung versorgungsbereichsspezifisch aus den haus- und fachärztlichen Vergütungsvolumen.

Werden Mittel der Vorwegabzüge gemäß 4.2. nicht ausgeschöpft, werden diese bei den Berechnungen gemäß 4.2.1.3 herangezogen bzw. versorgungsbereichsspezifisch bei den Berechnungen der RLV und QZV des haus- und fachärztlichen Versorgungsbereiches des nächstmöglichen Quartals berücksichtigt.

4.2.1 Vorwegabzüge des haus- und fachärztlichen Vergütungsvolumens

Aus den Vergütungsvolumen der Haus- und Fachärzte sind jeweils versorgungsbereichsspezifische Vorwegabzüge zu bilden für:

4.2.1.1 Gesetzliche und vertragliche Aufgaben

Zur Finanzierung gesetzlicher und vertraglicher Aufgaben der KVSA (z. B. für Leistungen, die aus dem Strukturfonds gemäß § 105 Abs. 1a SGB V resultieren, zur Zahlung des Aufstockungsbetrages gemäß § 75a Abs. 1 Satz 4 SGB V in Verbindung mit § 32 Abs. 3 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte, für Honorar im Zusammenhang mit Klageverfahren, für Forderungen aus Anträgen auf sachlich-rechnerische Berichtigungen durch Kostenträger u. Ä.) wird versorgungsbereichsspezifisch aus dem haus- und fachärztlichen Vergütungsvolumen ein Vorwegabzug gebildet. Der Umfang orientiert sich an dem jeweils erwarteten Volumen.

4.2.1.2 Besonderheiten

Zur Berücksichtigung insbesondere einer Zunahme an Ärzten, die ihre vertragsärztliche Tätigkeit aufnehmen, für die Neuvergabe von QZV, für die Zahlung des Aufschlags auf die Gesamtvolumen für Kooperationsformen, für die Gewährung von Praxisbesonderheiten, für Fallzahlsteigerungen, zum Ausgleich von Honorarverlusten, zum Ausgleich von Fehlschätzungen für Vorwegabzüge gemäß 4.2.1.1 bis 4.2.1.4 sowie für Zahlungen aus dem Fremdkassenzahlungsausgleich werden unter Beachtung der zum Zeitpunkt der Festlegung vorliegenden Erkenntnisse versorgungsbereichsspezifisch aus dem haus- und fachärztlichen Vergütungsvolumen Vorwegabzüge auf Basis des Umfangs der vorangegangenen vier Quartale berechnet.

4.2.1.3 Gesamtvolumen übersteigende Leistungen

Für die Vergütung der über die Gesamtvolumen (RLV und QZV) hinausgehenden Leistungen wird ein Vorwegabzug in Höhe von bis zu 2 Prozent der diese Leistungsbereiche betreffenden Vergütungsvolumen versorgungsbereichsspezifisch aus dem haus- und fachärztlichen Vergütungsvolumen gebildet. Die Berechnung der Quote des Preises der die Gesamtvolumen überschreitenden Leistungen ergibt sich aus Anlage 3 IV.

4.2.1.4 Leistungen des Kapitels 40 EBM

Die innerhalb der MGV zu finanzierenden Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM werden aus den versorgungsbereichsspezifischen Vorwegabzügen zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung finanziert, welche sich an dem Umfang der vorangegangenen vier Quartale orientieren.

4.2.1.5 Belegärztliche Leistungen außerhalb Kapitel 36 EBM

Die innerhalb der MGV zu vergütenden belegärztlichen Leistungen außerhalb des Kapitel 36 EBM und mit Ausnahme der Leistungen nach GOP 13311, 17370 sowie 08410 bis 08416 EBM, die durch Ärzte des haus- und fachärztlichen Versorgungsbereichs erbracht werden,

werden aus den versorgungsbereichsspezifisch zu bildenden Vorwegabzügen, welche sich an dem jeweiligen Umfang der vorangegangenen vier Quartale orientieren, zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet. Sollte die Höhe des Vorwegabzugs nicht zur Vergütung der Leistungen zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung ausreichen, erfolgt eine Quotierung der Vergütung der Leistungen.

4.2.1.6 Notfalleistungen außerhalb der Zeiten des ärztlichen Bereitschaftsdienstes

Zur Vergütung von Notfalleistungen durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser außerhalb der Zeiten des ärztlichen Bereitschaftsdienstes wird aus dem haus- und fachärztlichen Vergütungsvolumen ein Vorwegabzug gebildet. Die Zuführung der Mittel erfolgt anteilig aus dem haus- und fachärztlichen Vergütungsvolumen entsprechend der jeweiligen Anzahl der in den Abrechnungsquartalen 1/2009 und 2/2009 durchschnittlich an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte entsprechend ihres Umfangs an der vertragsärztlichen Tätigkeit lt. Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid, der Anzahl der Institute und Krankenhäuser, jeweils mit dem Faktor 1 gezählt, sowie der Anzahl ermächtigter Ärzte in den jeweiligen Versorgungsbereichen. Vertragspsychotherapeuten werden nicht gezählt.

Die Höhe des Vorwegabzugs wird bestimmt durch die Ermittlung der für das Vorjahresquartal unter Beachtung der Versichertenentwicklung zutreffenden, um die Veränderungsrate 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 im Vergütungsvolumen Labor erfasst sind, für die Notfallbehandlung durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser außerhalb der Zeiten des organisierten ärztlichen Bereitschaftsdienstes.

Die Vergütung der Notfalleistungen durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser außerhalb der Zeiten des ärztlichen Bereitschaftsdienstes erfolgt zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung. Sollte die Höhe des Vorwegabzugs nicht ausreichen, um die Leistungen zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung vergüten zu können, besteht eine Nachschusspflicht aus beiden Versorgungsbereichen entsprechend dem in Absatz 1 Satz 2 beschriebenen Verfahren. Werden die bereitgestellten Mittel nicht vollständig verwendet, erfolgt die Aufteilung auf die Vergütungsvolumina des haus- und fachärztlichen Grundbetrags entsprechend dem Verfahren der Zuführung.

4.2.2 Vorwegabzüge des hausärztlichen Vergütungsvolumens

Nur aus dem hausärztlichen Vergütungsvolumen ist der Vorwegabzug zu bilden für:

4.2.2.1 Leistungen der Geriatrie, Palliativmedizin und Sozialpädiatrie

Aus dem hausärztlichen Vergütungsvolumen wird ein Vorwegabzug gebildet, der den durch die Krankenkassen bereitgestellten Betrag für die Leistungen der Geriatrie, Palliativmedizin und Sozialpädiatrie umfasst, mindestens jedoch dem Anteil der Hausärzte an dem für die KVSA bereitgestellten Betrag gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 295. Sitzung zur Förderung der geriatrischen, palliativmedizinischen und sozialpädiatrischen Versorgung, entspricht. Innerhalb des Vorwegabzugs erfolgt eine Aufteilung der zur Verfügung stehenden Finanzmittel zwischen den Haus- und Kinderärzten entsprechend dem Anteil des Gesamtleistungsbedarfs der jeweiligen Arztgruppe an dem Gesamtleistungsbedarf des Versorgungsbereichs auf der Basis des Vorjahresquartals.

Aus dem Vorwegabzug erfolgt die Vergütung der durch die Arztgruppen des hausärztlichen Versorgungsbereichs abgerechneten Leistungen der geriatrischen, sozialpädiatrischen und

palliativmedizinischen Versorgung (GOP 03360, 03362, 04355, 03370, 03371, 03372, 03373, 04370, 04371, 04372 und 04373 EBM) zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung. Sollten die im Vorwegabzug zur Verfügung stehenden Finanzmittel nicht ausreichen, erfolgt eine Quotierung der Vergütung der Leistungen.

4.2.3 Vorwegabzüge des fachärztlichen Vergütungsvolumens

Nur aus dem fachärztlichen Vergütungsvolumen sind Vorwegabzüge zu bilden für:

4.2.3.1 Fachärztlich definierte Leistungen von Hausärzten

Die Vergütung von Leistungen, die in den Vereinbarungen gemäß § 6 Abs. 2 des Vertrages über die hausärztliche Versorgung definiert sind und für die Hausärzte gemäß § 73 SGB V, die aus Gründen der Sicherstellung nach dem 1. Juli 2010 eine Genehmigung erhalten haben, erfolgt entsprechend den Vorgaben der KBV zur Honorarverteilung aus dem fachärztlichen Vergütungsvolumen. Insofern wird ein Vorwegabzug gebildet. Der Umfang orientiert sich an den vorangegangenen vier Quartalen.

Hausärzten, denen aus Sicherstellungsgründen die Erbringung von Leistungen genehmigt wurde, welche gemäß EBM nur den Arztgruppen des fachärztlichen Versorgungsbereichs vorbehalten sind, erhalten die entsprechend genehmigten Leistungen im Rahmen eines angepassten RLV oder QZV vergütet.

4.2.3.2 Laborleistungen außerhalb des Kapitels 32 EBM

Für Laborleistungen außerhalb des Kapitels 32, die innerhalb der MGV zu vergüten sind, soweit sie nicht in den Vergütungsvolumen Labor und genetisches Labor enthalten sind, wird ein Vorwegabzug gebildet, dessen Höhe sich an dem Umfang der letzten vier Quartale orientiert. Die Vergütung erfolgt zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung. Sollte die Höhe des Vorwegabzugs nicht ausreichen, um die Leistungen zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung vergüten zu können, erfolgt eine Quotierung der Vergütung der Leistungen.

5. Verteilung der Vergütungsvolumen, Gesamtvolumen und Sonderregelungen

5.1 Versorgungsbereichsspezifische Verteilung der Vergütungsvolumen

Die Verteilung der nach Umsetzung der Regelungen unter 4. zur Verfügung stehenden Vergütungsvolumen erfolgt versorgungsbereichsspezifisch für die Haus- und Kinderärzte aus dem hausärztlichen Vergütungsvolumen und für die fachärztlich tätigen Arztgruppen und Psychotherapeuten aus dem fachärztlichen Vergütungsvolumen.

Beim Wechsel des Versorgungsbereichs durch einen Vertragsarzt sind die Vorgaben der KBV gemäß § 87b Abs. 4 SGB V, Teil B zur Honorarverteilung zu beachten.

Für Vertragsärzte, die gemäß § 73 SGB V dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören und 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 Vergütungsbereichs gezahlt wurden, quartalsweise auf der Basis des Vorjahresquartals im Vergütungsvolumen des hausärztlichen Versorgungsbereichs zu bereinigen und dem Vergütungsvolumen des fachärztlichen Versorgungsbereichs zuzuführen.

5.1.1 Arztgruppenspezifisches Verteilungsvolumen

Aus den haus- und fachärztlichen Vergütungsvolumen verbleiben nach Abzug der Vorwegabzüge, die versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumen, welche gemäß Anlage 2 I. jeweils auf die entsprechenden Arztgruppen gemäß Anlage 4 verteilt werden. Es entsteht jeweils ein arztgruppenspezifisches Verteilungsvolumen.

Innerhalb eines arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumens ist zu gewährleisten, dass die arztgruppenspezifischen Versicherten-, 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 und die Mittel zur Bildung der arztgruppenspezifischen Vorwegabzüge bleiben bei der ggf. erforderlichen Anpassung der arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen auf Grund des Ausgleichs der saldierten Grundpauschalen unberücksichtigt.

Bei der Berechnung der arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen ist sicherzustellen, dass sich der Leistungsbedarf der jeweiligen Arztgruppe im Vorjahresquartal im Vergleich zum Vorvorjahresquartal unter Berücksichtigung von Veränderungen der Arztzahlen, der Zuordnung der Ärzte in Arztgruppen, der Abgrenzung der MGV und ggf. weiterer Faktoren maximal um +/- 10 Prozent verändert.

Sollte das zur Vergütung der PFG zur Verfügung stehende Vergütungsvolumen gemäß 4.1.6 nicht ausreichen, werden die fehlenden Mittel dem fachärztlichen Verteilungsvolumen vor Aufteilung der arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen entnommen.

5.1.2 Arztgruppenspezifische Vergütungsbereiche

5.1.2.1 Hausärztliches Verteilungsvolumen

Das arztgruppenspezifische Verteilungsvolumen wird gemäß Anlage 2 II. 1) im hausärztlichen Versorgungsbereich jeweils auf nachfolgende arztgruppenspezifische Vergütungsbereiche aufgeteilt:

- für die Vergütung der durch die Arztgruppen des hausärztlichen Versorgungsbereichs abgerechneten und vollständig zu vergütenden Zusatzpauschalen für die Vorhaltung hausärztlicher Strukturen (GOP 03040 und 04040 EBM)
- für die Vergütung der GOP 03230 EBM unter Beachtung der Präambel 3.1 EBM und der GOP 04230 EBM unter Beachtung der Präambel 4.1 EBM
- Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der Regelleistungsvolumen und
- Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen.

Die Leistungen der Zusatzpauschalen für die Vorhaltung hausärztlicher Strukturen nach GOP 03040 und 04040 EBM werden außerhalb der Gesamtvolumen gemäß 5.2 zu den Preisen der regionalen Gebührenordnung vergütet.

Die Vergütung der GOP 03230 EBM erfolgt außerhalb der Gesamtvolumen unter Beachtung der Präambel 3.1 EBM und der GOP 04230 EBM unter Beachtung der Präambel 4.1. EBM innerhalb des zu bildenden praxisbezogenen Budgets zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung. Bei Überschreitung des praxisbezogenen Budgets erfolgt keine weitere Vergütung der Leistungen.

Die Vergütung der Leistungen innerhalb der Gesamtvolumen gemäß 5.2 erfolgt zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung. Bei Überschreitung der praxisbezogenen Gesamtvolumen erfolgt eine Vergütung der darüber hinaus erbrachten Leistungen mit den abgestaffelten Preisen entsprechend der Quote gemäß Anlage 3 IV.

Die Preise der regionalen Euro-Gebührenordnung stellen die Obergrenze in der Vergütung der abgestaffelten Leistungen dar.

5.1.2.2 Fachärztliches Verteilungsvolumen

Für die in Anlage 4 I. aufgeführten Arztgruppen wird vor der Berechnung der Vergütungsbereiche ein arztgruppenspezifischer Vorwegabzug zum Ausgleich von Fehlschätzungen bei der Vergütung von Leistungen durch Krankenhäuser, die im Zusammenhang mit der Vermittlung von Patienten durch die Terminservicestelle der KVSA entstehen, gebildet. Die Bildung der arztgruppenspezifischen Vorwegabzüge erfolgt zusammen über die jeweilige Arztgruppe der „Fachärzte“ und der gemäß dem gleichen Versorgungsauftrag aufgeführten Arztgruppe „Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen“, zu gleichen prozentualen Anteilen. Der Umfang orientiert sich an dem jeweils erwarteten Volumen.

Sollte der zur Verfügung stehende arztgruppenspezifische Vorwegabzug nicht ausreichen, werden Mittel aus den Vorwegabzügen gemäß 4.2.1.2 herangezogen. Bei nicht vollständiger Ausschöpfung des arztgruppenspezifischen Vorwegabzugs, werden die verbleibenden Mittel den arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen der jeweiligen Arztgruppe im gleichen prozentualen Verhältnis der Bildung im nächstmöglichen Quartal zugeführt.

Die verbleibenden arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen werden für die Arztgruppen im fachärztlichen Versorgungsbereich gemäß Anlage 4 I. entsprechend den Berechnungen gemäß Anlage 2 II. 2) jeweils auf nachfolgende arztgruppenspezifische Vergütungsbereiche aufgeteilt:

- Für die Arztgruppen, die den RLV und ggf. QZV unterliegen, in einen:
 - Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der Regelleistungsvolumen und
 - ggf. Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen.
- Zusätzlich wird für die Arztgruppen „Fachärzte für Anästhesie“ bzw. „Ermächtigte Fachärzte/Krankenhäuser/Institute/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Anästhesie“ der
 - Vergütungsbereich für die Vergütung von anästhesiologischen Leistungen im Zusammenhang mit der vertragszahnärztlichen und/oder mund-, kiefer-, gesichtschirurgischen Behandlung von Patienten mit mangelnder Kooperationsfähigkeit bei geistiger Behinderung oder schwerer Dyskinesie gebildet.

Abweichend davon wird für die Arztgruppe gemäß Anlage 4 II. das arztgruppenspezifische Verteilungsvolumen folgendermaßen verwendet:

- Aus dem für die Arztgruppe der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte gemäß den Kriterien der Bedarfsplanungs-Richtlinie, Psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und der ermächtigten Fachärzten/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen oder ermächtigten psychologische Psychotherapeuten mit dem Versorgungsauftrag zur ausschließlichen psychotherapeutischen Tätigkeit gemeinsam gebildeten Verteilungsvolumen werden die der MGV zuzuordnenden Leistungen zum Wert der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet, sofern die Leistungen nicht von den Vergütungsvo-

lumen ärztlicher Bereitschaftsdienst, Labor oder den im fachärztlichen Versorgungsbereich gebildeten Vorwegabzügen umfasst sind. Bei Überschreitung des zur Verfügung stehenden arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumens erfolgt eine Quotierung der Vergütung der Leistungen.

5.2 Gesamtvolumen (RLV und QZV)

Für die Vergütung der Leistungen und Leistungsbereiche, die innerhalb der MGV zu vergüten sind und die nicht von den Vergütungsvolumen, Vorwegabzügen und übrigen Vergütungsbereichen umfasst sind, werden für die in Anlage 4 I. aufgeführten Arztgruppen RLV und für die in Anlage 5 aufgeführten Arztgruppen QZV gebildet. Die Summe des RLV und der ggf. zutreffenden QZV je Arzt der Praxis bilden das Gesamtvolumen und somit eine abrechenbare Menge vertragsärztlicher Leistungen, die mit den in der regionalen Euro-Gebührenordnung enthaltenen Preisen zu vergüten sind. Die Summe der arztbezogenen Gesamtvolumen bilden die praxisbezogenen Gesamtvolumen. Bei Überschreitung der praxisbezogenen Gesamtvolumen erfolgt eine Vergütung der Leistungen mit einem abgestaffelten Preis entsprechend der in Anlage 3 IV. dargestellten Berechnungsweise.

Dem für eine Arztpraxis berechneten Gesamtvolumen steht die in der Arztpraxis abgerechnete Leistungsmenge der Ärzte der in Anlage 4 I. 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 5 benannten Arztgruppen ausgefüllt werden und umgekehrt. Es sind auch die Leistungen zu berücksichtigen, die von den beteiligten Vertragsärzten ggf. in Teilberufsausübungsgemeinschaften erbracht werden.

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

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.

Ärzte, die von der KVSA genehmigte Ärzte in Weiterbildung beschäftigen, erhalten aus dem Vorwegabzug gemäß 4.2.1.1 einen Aufstockungsbetrag in Höhe von 1.000 Euro monatlich, der dem ausbildenden Arzt bei Vorliegen einer Genehmigung der KVSA zur Beschäftigung des Arztes in Weiterbildung für die Dauer der zur Facharztanerkennung erforderlichen Weiterbildungsabschnitte gezahlt wird. Darüber hinaus wird in den nachfolgenden Konstellationen der Aufstockungsbetrag in Höhe von 1.000 Euro monatlich für maximal 3 Monate gewährt:

- die erforderlichen Weiterbildungsabschnitte sind bereits absolviert, der Termin zur Facharztprüfung steht noch aus, die Genehmigung der KVSA zur Beschäftigung des Arztes liegt vor,
- die erforderlichen Weiterbildungsabschnitte sind bereits absolviert, der Arzt in Weiterbildung benötigt noch Zeit zum Erwerb bestimmter Kenntnisse und Fertigkeiten, Genehmigung der KVSA als Fortbildungsassistent liegt vor,
- der weitergebildete Arzt hat die Facharztanerkennung erworben und den Antrag auf Teilnahme zur vertragsärztlichen Versorgung beim Zulassungsausschuss gestellt (Neuregelung § 32 Abs. 2 Ärzte-ZV).

Der Aufstockungsbetrag auf das Gesamtvolumen der Praxis in Höhe von monatlich 1.000 Euro je vollzeitbeschäftigten Arzt entsprechend den oben aufgeführten Regelungen wird bei einer anteiligen Beschäftigung anteilig berechnet. Dieser Betrag bleibt bei den Berechnungen gemäß Absatz 1 und 2 und gemäß 5.2.1.1 unberücksichtigt.

5.2.1 Berücksichtigung von Kooperationen

5.2.1.1 Berücksichtigung von Kooperationen für Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten

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) der gesamten Praxis von mindestens 0,1 Prozent erreicht wird. Bei einem Kooperationsgrad der gesamten Praxis zwischen 0,1 und 10 Prozent oder mehr wird der Aufschlag für den/die standortübergreifend tätigen Arzt/Ärzte auf deren Gesamtvolumen entsprechend des KG gewährt, maximal in Höhe von 10 Prozent.

Die Details zur Berechnung gemäß b) ergeben sich aus Anlage 3 III.

5.2.1.2 Berücksichtigung von Kooperationen innerhalb von Praxisnetzen

Ärzte/Praxen, die in Praxisnetzen zusammenarbeiten die von der KVSA anerkannt sind, erhalten einen Betrag in Höhe von 10 Cent je Behandlungsfall gemäß § 21 Absatz 1 und 2 Bundesmantelvertrag Ärzte, in denen der/die Arzt/Ärzte des Praxisnetzes Leistungen erbracht und abgerechnet hat/haben. Nicht berücksichtigt werden Notfälle im ärztlichen Bereitschaftsdienst und Fälle, in denen ausschließlich Leistungen und Kostenerstattungen gemäß Kapitel 12, 19, 32 und 40 EBM abgerechnet werden.

5.2.2 Regelleistungsvolumen (RLV)

Die RLV-Fallwerte werden für die in Anlage 4 I. aufgeführten Arztgruppen für das jeweilige Abrechnungsquartal 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. Die Höhe des Regelleistungsvolumens eines Arztes ergibt sich aus der Multiplikation des zum jeweiligen Zeitpunkt gültigen arztgruppenspezifischen Fallwertes (FW_{AG}) gemäß Anlage 3 I. 1) und der RLV-Fallzahl des Arztes im Abrechnungsquartal unter Beachtung der Fallzahlzuwachsbeschränkungsregelung gemäß 5.2.2.1. Ein Arzt hat Anspruch auf die Berechnung des RLV, wenn er mindestens einen RLV relevanten Fall im Abrechnungsquartal erbracht und abgerechnet hat. Ermächtigte Krankenhausärzte sowie Krankenhäuser, Einrichtungen oder Institutionen erhalten ein Regelleistungsvolumen nach dem mit der Ermächtigung begründeten Versorgungsauftrag.

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

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 (maximal 90) ab Aufnahme bzw. bis zum Ende der Tätigkeit multipliziert.

Für Regelleistungsvolumen relevante Fälle sind kurativ-ambulante Behandlungsfälle des Abrechnungsquartals gemäß § 21 Abs. 1 und Abs. 2 Bundesmantelvertrag Ärzte durch Ärzte der in Anlage 4 I. aufgeführten Arztgruppen, ausgenommen Notfälle im ärztlichen Bereitschaftsdienst, und Fälle, in denen ausschließlich Leistungen und Kostenerstattungen außerhalb der haus- und fachärztlichen Verteilungsvolumen abgerechnet werden.

Zur Umsetzung des Arztbezuges ist die Bemessung des Regelleistungsvolumens mit den RLV-Fällen des Abrechnungsquartals vorgegeben:

- a) In Einzelpraxen entspricht die Zahl der RLV-Fälle der Zahl der für das Regelleistungsvolumen relevanten Behandlungsfälle.
- b) In Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten entspricht die Zahl der RLV-Fälle eines Arztes der Zahl der für Regelleistungsvolumen relevanten Behandlungsfälle 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 der Arztpraxis.

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 Abrechnungsquartal erbrachten Leistungsmenge für die betreffenden Leistungen dem RLV des Arztes hinzugerechnet. Eine Berücksichtigung entfällt, wenn der Zuschlag auf den Orientierungswert außerhalb der RLV vergütet wird.

5.2.2.1 Fallzahlzuwachsbegrenzung im fachärztlichen Versorgungsbereich

Bei Überschreitung der RLV-Fallzahlen des Arztes des Abrechnungsquartals gegenüber der RLV-Fallzahl des Arztes des Vorjahresquartals um mehr als 5 Prozent wird anstelle der RLV-Fallzahl des Arztes des Abrechnungsquartals die um 5 Prozent gesteigerte RLV-Fallzahl des Arztes des Vorjahresquartals zur Berechnung des RLV verwendet. Die RLV-Fallzahlen des Vorjahresquartals werden gemäß 5.2.2 ermittelt.

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 5 Prozent. Übersteigt die RLV-Fallzahl des Arztes im Abrechnungsquartal die zulässige Fallzahl, wird die für das Abrechnungsquartal zulässige Fallzahl zur Berechnung des RLV herangezogen.

Ausgenommen von der Fallzahlzuwachsbegrenzungsregelung sind Ärzte des hausärztlichen Versorgungsbereichs, Ärzte, die der Anfängerregelung gemäß 5.3.1 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.

5.2.2.2 Fallwertabstaffelung im haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich

Der für einen Arzt zutreffende arztgruppenspezifische Fallwert gemäß Anlage 3 I. 1) wird für jeden über 170 Prozent der durchschnittlichen RLV-Fallzahl der Arztgruppe hinausgehenden RLV-Fall des Abrechnungsquartals wie folgt gemindert:

- um 20 Prozent für RLV-Fälle über 170 Prozent bis 200 Prozent der durchschnittlichen RLV-Fallzahl der Arztgruppe,
- um 30 Prozent für RLV-Fälle über 200 Prozent der durchschnittlichen RLV-Fallzahl der Arztgruppe.

5.2.2.3 Abbildung der Morbidität durch Altersklassen im haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich

Zur Berücksichtigung der Morbidität der Patienten des Arztes werden die Altersklassifikationen entsprechend der Versichertenpauschalen im hausärztlichen und der Grundpauschalen des EBM im fachärztlichen Versorgungsbereich bei der Berechnung des RLV entsprechend der Berechnung gemäß Anlage 3 I.3) berücksichtigt.

5.2.3. Qualifikationsgebundene Zusatzvolumen (QZV)

QZV kommen für die in Anlage 5 aufgeführten Arztgruppen, Leistungen und Leistungsbereiche zur Anwendung.

Ein Arzt hat Anspruch auf die für seine Arztgruppe gemäß Anlage 5 festgelegten QZV, wenn:

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

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

Die QZV werden gemäß Anlage 3 II. 2) je Leistungsfall berechnet. Es sind auch die Leistungen zu berücksichtigen, die von den beteiligten Vertragsärzten ggf. in einer oder mehreren Teilberufsausübungsgemeinschaften erbracht werden.

Für QZV relevante Leistungsfälle sind kurativ-ambulante Behandlungsfälle des Abrechnungsquartals gemäß § 21 Abs. 1 und Abs. 2 Bundesmantelvertrag Ärzte, ausgenommen Notfälle im ärztlichen Bereitschaftsdienst. Ein Leistungsfall liegt vor, sofern im Behandlungsfall des Abrechnungsquartals mindestens eine Leistung des Leistungskatalogs des entsprechenden QZV abgerechnet worden ist.

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

Die in den QZV festgelegten Gebührenordnungspositionen setzen sich systematisch über alle festgelegten Arztgruppen aus den gleichen Gebührenordnungspositionen zusammen. Dabei dürfen nur die betreffenden Leistungen erbracht und abgerechnet werden, die sowohl nach den Bestimmungen des EBM als auch den berufsrechtlichen Vorgaben für den Arzt zutreffend sind.

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. Eine Berücksichtigung entfällt, wenn der Zuschlag auf den Orientierungswert außerhalb der QZV vergütet wird.

5.2.3.1 Korrekturfaktor

Die Festlegung der QZV erfolgt unter Beachtung des individuell unterschiedlich hohen Leistungsbedarfs pro Behandlungsfall des Abrechnungsquartals der in einem QZV enthaltenen Leistungen über einen Korrekturfaktor der auf den Fallwert der Arztgruppe des Arztes angewendet wird und somit einen individuellen Fallwert des Arztes schafft. Dabei bildet der Arzt-

gruppendurchschnitt den Faktor 1 ab. Die nähere Berechnung ergibt sich aus Anlage 3 II. 3).

5.3 Sonderregelungen bei Anwendung der Gesamtvolumen

5.3.1 Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit

Für Ärzte gemäß Anlage 4 I., die die vertragsärztliche Tätigkeit aufnehmen und ggf. eine Praxis übernehmen, mit Ausnahme der ermächtigten Ärzte, Krankenhäuser, Institutionen und Einrichtungen, 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. Ein Arzt hat Anspruch auf die Berechnung des RLV, wenn er mindestens einen RLV relevanten Fall im Abrechnungsquartal erbracht und abgerechnet hat. Im Übrigen finden die Regelungen dieses HVM Anwendung.

5.3.2 Erhöhung der Gesamtvolumen und Aussetzung der Fallzahlzuwachsbeschränkung

Aus Sicherheitsgründen kann auf Antrag des Arztes bezüglich der Übernahme von Patienten von der Minderung des Fallwertes entsprechend 5.2.2.2 abgewichen und/oder die Fallzahlzuwachsbeschränkungsregelung gemäß 5.2.2.1 angepasst oder ausgesetzt werden.

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 5.2.2.2 und die Fallzahlzuwachsbeschränkungsregelung gemäß 5.2.2.1 keine Anwendung.

Eine Anpassung oder Aufhebung der Fallzahlzuwachsbeschränkung gemäß 5.2.2.1 kann bei außergewöhnlich starken Erhöhungen der Zahl der behandelten Versicherten auf Antrag des Arztes und nach Genehmigung durch die KVSA entsprechend der in Anlage 6 I. festgelegten Verfahren gewährt werden.

Eine Anpassung oder Aussetzung der Fallzahlzuwachsbeschränkungsregelung kann auf Antrag des Arztes auch gewährt werden, wenn zwischen Ärzten einer Arztgruppe in einer Praxis ein Fallzahlausgleich innerhalb der maximalen zulässigen Fallzahlzuwachsbeschränkung erfolgt.

5.3.3 Gewährung von Praxisbesonderheiten

Praxisbesonderheiten ergeben sich aus einem besonderen Versorgungsauftrag oder einer besonderen für die Versorgung bedeutsamen fachlichen Spezialisierung.

Die Feststellung, ob im Einzelfall Praxisbesonderheiten vorliegen, erfolgt auf Antrag des Arztes und nach Genehmigung durch die KVSA.

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 Sicherheitsgründen.

Bei Gewährung von Praxisbesonderheiten erfolgt der Aufschlag auf den arztgruppenspezifischen Fallwert unter Beachtung von 5.2.2.2. Die Gewährung von Praxisbesonderheiten kann zeitlich befristet werden.

5.4 Ausgleich von Honorarverlusten

Zur Vermeidung von überproportionalen Honorarverlusten kann auf Antrag des Arztes eine Ausgleichszahlung erfolgen, sofern die Honorarminderung durch die Umstellung der Mengensteuerung auf diesen HVM begründet ist und sich das Honorar grundsätzlich um mehr als 15 Prozent gegenüber dem Vorjahresquartal reduziert.

Die Feststellung, ob im Einzelfall ein überproportionaler Honorarverlust gemäß Anlage 6 II. vorliegt, erfolgt auf Antrag des Arztes und nach Genehmigung durch die KVSA.

Nach positiver Entscheidung durch den Vorstand erhält der Antragsteller grundsätzlich eine Ausgleichszahlung in angemessener Höhe, bis maximal 85 Prozent des Gesamthonorars bzw. des Honorars des betroffenen Leistungsbereiches des Vorjahresquartals.

6. Bereinigung

Im Falle der Teilnahme von Ärzten an Versorgungsformen oder Verträgen, die mit einer Bereinigung der MGV verbunden sind, erfolgt auch eine Bereinigung der betreffenden Vergütungsgrundlage (z. B. Grundbeträge, Vergütungsvolumen, Vorwegabzüge, Vergütungsbereiche). Darüber hinaus sind die RLV, ggf. QZV der betreffenden Arztgruppe bzw. des Arztes unter Beachtung der Vorgaben des Bewertungsausschusses, der KBV zu den Grundsätzen der Bereinigung des zu erwartenden Honorars, Teil F zu beachten. Die detaillierten Festlegungen zur Bereinigung sind in Anlage 7 geregelt.

7. Anlagen

Die Anlagen 1 bis 7 sind verbindlicher Bestandteil des HVM der KVSA.

Ausgefertigt:

Magdeburg, den 2. März 2016

Andreas Petri
Vorsitzender der Vertreterversammlung
der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt

Anlage 1

zum Honorarverteilungsmaßstab der KVSA ab dem 2. Quartal 2016

Budgetierung der Leistungen des Abschnitts 32.3 EBM bei „Nicht-Laborärzten“ gemäß 4.1.2.2

Grundlage sind die Vorgaben der KBV zur Honorarverteilung Teil E.

Für Vertragsärzte, die zur Abrechnung von Laboratoriumsuntersuchungen berechtigt sind und den nachfolgenden Arztgruppen angehören, unterliegen die Kostenerstattungen für spezielle Laboratoriumsuntersuchungen des Abschnitts 32.3 EBM einer fallwertbezogenen Budgetierung. Bei der Berechnung werden die Referenzfallwerte der Arztgruppe unter Berücksichtigung der jeweils gültigen Abstufungsquote „Q“ herangezogen.

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 |

Die Höhe des Budgets für die Leistungen des Abschnitts 32.3 EBM ergibt sich je Arztpraxis und Abrechnungsquartal aus dem Produkt des für die Arztgruppe vorgegebenen mit der bekannt gegebenen bundeseinheitlichen Abstufungsquote „Q“ multiplizierten oben aufgeführten Referenz-Fallwertes und der Zahl der Behandlungsfälle § 21 Abs. 1 Bundesmantelvertrag Ärzte des Abrechnungsquartals der Arztpraxis.

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 der arztgruppenbezogenen Referenz-Fallwerte der beteiligten Ärzte berechnet. Beteiligte Ärzte, die nicht zur Abrechnung von speziellen Laboratoriumsuntersuchungen des Abschnitts 32.3 EBM berechtigt sind oder der Fallwertsteuerung nicht unterliegen, werden mit einem Referenz-Fallwert von 0 Euro berücksichtigt.

Der Vorstand kann das Budget erweitern, bedarfsgerecht anpassen oder aussetzen, wenn der betroffene Arzt der KVSA nachweist, dass die in der Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen festgelegten Anforderungen erfüllt werden. Bei einem Antrag des Arztes sind geeignete Unterlagen zum Nachweis der medizinisch notwendigen laboratoriumsmedizinische Leistungserbringung beizufügen und die Erfüllung der Voraussetzungen nachzuweisen.

Anlage 2 zum Honorarverteilungsmaßstab der KVSA ab dem 2. Quartal 2016

Berechnung arztgruppenspezifische Vergütungsvolumen und Vergütungsbereiche

I. Berechnung des arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumens gemäß 5.1.1

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

LB_{VB} : Zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannter Leistungsbedarf in Punkten im Vorjahresquartal ohne Leistungen gemäß 4.1.1; 4.1.2; 4.1.5; 4.1.6; 4.2.1.4; 4.2.1.5; 4.2.1.6, 4.2.2.1 und 4.2.3.2 unter Berücksichtigung von 5.1 aller Arztgruppen gemäß Anlage 4 des Versorgungsbereichs

LB_{AG} : Zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannter Leistungsbedarf in Punkten im Vorjahresquartal ohne Leistungen gemäß 4.1.1; 4.1.2; 4.1.5; 4.1.6; 4.2.1.4; 4.2.1.5; 4.2.1.6; 4.2.2.1 und 4.2.3.2 unter Berücksichtigung von 5.1.1 einer Arztgruppe

AG: Arztgruppe gemäß Anlage 4

VV_{VB}^{RLV} Versorgungsbereichsspezifisches Verteilungsvolumen gemäß 5.1.1

II. Berechnung der arztgruppenspezifischen Vergütungsbereiche im haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich

1) im hausärztlichen Versorgungsbereich gemäß 5.1.2.1

a) Berechnung des arztgruppenspezifischen Vergütungsbereiches für die Vergütung der Zuschläge für die Vorhaltung hausärztlicher Strukturen ($Strp_{AG}$)

$$Strp_{AG} = \frac{LB_{AG}^{Strp}}{LB_{AG}} * VV_{AG}$$

LB_{AG}^{Strp} : Zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannter Leistungsbedarf in Punkten im Vorjahresquartal von den Strukturpauschalen (GOP 03040 und 04040 EBM) einer Arztgruppe des hausärztlichen Versorgungsbereiches unter Berücksichtigung von 5.1.2.

LB_{AG} : Zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannter Leistungsbedarf in Punkten im Vorjahresquartal ohne Leistungen gemäß 4.1.1; 4.1.2; 4.2.1.4; 4.2.1.5; 4.2.1.6 und 4.2.2.1 unter Berücksichtigung von 5.1.1 einer Arztgruppe

VV_{AG} : Arztgruppenspezifisches Verteilungsvolumen gemäß 5.1.1

AG: Arztgruppen des hausärztlichen Versorgungsbereichs gemäß Anlage 4 I.

b) Berechnung des Vergütungsbereichs für die Gesprächsleistungen (GOP 03230 und 04230 EBM) unter Beachtung der Präambeln 3.1 und 4.1 EBM ($Gspr_{AG}$)

$$Gspr_{AG} = (FZ_{AG} * 0.5) * Bew_{.GOP}$$

FZ_{AG} : Behandlungsfälle des Vorjahresquartals einer Arztgruppe des hausärztlichen Versorgungsbereichs gemäß § 21 Abs. 1 Bundesmantelvertrag Ärzte an dem ein Arzt gemäß Nr. 1 der Präambel 3.1 EBM bzw. Nr. 1 der Präambel 4.1 EBM beteiligt ist, ausgenommen Notfälle im ärztlichen Bereitschaftsdienst (Muster 19 der Vordruck-Vereinbarung) und Überweisungsfälle zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen oder zur Befundung von dokumentierten Untersuchungsergebnissen und Behandlungsfälle, in denen ausschließlich Kostenerstattungen des Kapitels 40 berechnet werden, sowie stationäre (belegärztliche) Behandlungsfälle.

$Bew_{.GOP}$: Bewertung der Gesprächsleistungen GOP 03230 bzw. 04230 EBM in Punkten

c) 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 5.1.1

LB_{AG} : Zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannter Leistungsbedarf in Punkten im Vorjahresquartal ohne Leistungen gemäß 4.1.1; 4.1.2; 4.2.1.4; 4.2.1.5; 4.2.1.6 und 4.2.2.1 unter Berücksichtigung von 5.1.1 einer Arztgruppe

VV_{AG} : Arztgruppenspezifisches Verteilungsvolumen gemäß 5.1.1

AG: Arztgruppen des hausärztlichen Versorgungsbereichs gemäß Anlage 4 I.

d) Berechnung des Vergütungsbereichs für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen

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

VV_{AG} : Arztgruppenspezifisches Verteilungsvolumen gemäß 5.1.1

| | |
|---------------------|--|
| RLV _{AG} : | Arztgruppenspezifischer Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der Regelleistungsvolumen gemäß c) |
| Strp _{AG} | Arztgruppenspezifischer Vergütungsbereich für die Vergütung der Strukturpauschalen (GOP 03040 und 04040 EBM) einer Arztgruppe des hausärztlichen Versorgungsbereiches unter Berücksichtigung von 4.2 |
| Gspr _{AG} | Arztgruppenspezifischer Vergütungsbereich für die Vergütung der Gesprächsleistungen (GOP 03230 und 04230 EBM) einer Arztgruppe des hausärztlichen Versorgungsbereiches |

2) im fachärztlichen Versorgungsbereich gemäß 5.1.2.2

- a) **Berechnung des arztgruppenspezifischen Vergütungsbereichs nur für die Arztgruppen „Fachärzte für Anästhesie“ bzw. „Ermächtigte Fachärzte/Krankenhäuser/Institute/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Anästhesie“ für die Vergütung von anästhesiologischen Leistungen im Zusammenhang mit der vertragszahnärztlichen und/oder mund-, kiefer-, gesichtschirurgischen Behandlung von Patienten mit mangelnder Kooperationsfähigkeit bei geistiger Behinderung oder schwerer Dyskinesie**

$$VB_{\text{znar}} = \frac{LB_{AG}^{\text{znar}}}{LB_{AG}} * VV_{AG}$$

LB_{AG}^{znar}: Zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannter Leistungsbedarf in Punkten der Arztgruppen „Fachärzte für Anästhesie“ bzw. „Ermächtigte Fachärzte/Krankenhäuser/Institute/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Anästhesie“ für die Vergütung von anästhesiologischen Leistungen im Zusammenhang mit der vertragszahnärztlichen und/oder mund-, kiefer-, gesichtschirurgischen Behandlung von Patienten mit mangelnder Kooperationsfähigkeit bei geistiger Behinderung oder schwerer Dyskinesie im aktuellen Quartal

LB_{AG}: Zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannter Leistungsbedarf in Punkten im Vorjahresquartal ohne Leistungen gemäß 4.1.1; 4.1.2; 4.1.5, 4.1.6, 4.2.1.4; 4.2.1.5; 4.2.1.6 und 4.2.3.2 unter Berücksichtigung von 5.1.1 der Arztgruppe „Fachärzte für Anästhesie“ bzw. „Ermächtigte Fachärzte/Krankenhäuser/Institute/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Anästhesie“

VV_{AG}: Arztgruppenspezifisches Verteilungsvolumen gemäß 5.1.1

AG: Arztgruppen „Fachärzte für Anästhesie“ und „Ermächtigte Fachärzte/Krankenhäuser/Institute/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Anästhesie“ gemäß Anlage 4 I.

- b) **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 des fachärztlichen Versorgungsbereichs gemäß Anlage 4 I. derjenigen Leistungen, die innerhalb der Regelleistungsvolumen vergütet werden, unter Berücksichtigung von 5.1.1
- LB_{AG} : Zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannter Leistungsbedarf in Punkten im Vorjahresquartal ohne Leistungen gemäß 4.1.1; 4.1.2; 4.1.5; 4.1.6; 4.2.1.4; 4.2.1.5; 4.2.1.6 und 4.2.3.2 unter Berücksichtigung von 5.1.1 einer Arztgruppe
- VV_{AG} : Arztgruppenspezifisches Verteilungsvolumen gemäß 5.1.1
- AG: Arztgruppen des fachärztlichen Versorgungsbereichs gemäß Anlage 4 I.

c) Berechnung des Vergütungsbereichs für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen mit Ausnahme der Arztgruppen Fachärzte für Anästhesie, Ermächtigte Fachärzte/Krankenhäuser/Institute mit dem Versorgungsauftrag Anästhesiologie

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

VV_{AG} : Arztgruppenspezifisches Verteilungsvolumen gemäß 5.1.1

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

d) Berechnung des Vergütungsbereichs für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen für die Arztgruppen „Fachärzte für Anästhesie“ bzw. „Ermächtigte Fachärzte/Krankenhäuser/Institute mit dem Versorgungsauftrag Anästhesiologie“

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

VV_{AG} : Arztgruppenspezifisches Verteilungsvolumen gemäß 5.1.1

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

VB_{znar} : Vergütungsbereich für die Vergütung von anästhesiologischen Leistungen im Zusammenhang mit der vertragszahnärztlichen und /oder mund-, kiefer-, gesichtschirurgischen Behandlung von Patienten mit mangelnder Kooperationsfähigkeit bei geistiger Behinderung oder schwerer Dyskinesie

Anlage 3

zum Honorarverteilungsmaßstab der KVSA ab dem 2. Quartal 2016

Berechnungen Gesamtvolumen (RLV und QZV) gemäß 5.2

I. Berechnung des Regelleistungsvolumens je Arzt gemäß 5.2.2

1) Berechnung des arztgruppenspezifischen Fallwertes

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

RLV_{AG}: Arztgruppenspezifischer Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der Regelleistungsvolumen gemäß Anlage 2 II. 1) c) und 2 II. 2) b).

FZ_{AG}: Anzahl der RLV-Fälle gemäß 5.2.2 einer Arztgruppe im Vorjahresquartal

2) Berechnung des arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumens

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

FW_{AG}: Arztgruppenspezifischer Fallwert gemäß 1) unter Beachtung der Regelungen gemäß 5.2.2.2.

FZ_{Arzt}: Anzahl der RLV-Fälle eines Arztes gemäß 5.2.2 im Abrechnungsquartal unter Berücksichtigung der Regelungen gemäß 5.2.2.1

Das ermittelte Regelleistungsvolumen je Arzt ist gegebenenfalls entsprechend den gemäß 5.3.3 festgestellten Praxisbesonderheiten anzupassen. Das praxisbezogene Regelleistungsvolumen ergibt sich aus der Addition der Regelleistungsvolumen der Ärzte, die in der Arztpraxis tätig sind sowie der entsprechenden Zuschläge für Kooperationen gemäß 5.2.1.

3) Morbiditätsbezogene Differenzierung des Regelleistungsvolumens nach Altersklassen gemäß 5.2.2.3

a) Differenzierung nach Versichertenpauschalen im hausärztlichen Versorgungsbereich

- f =** arztgruppenspezifischer Leistungsbedarf je RLV-Fall im Abrechnungsquartal aus Leistungen, die innerhalb des Regelleistungsvolumens vergütet werden, für Versicherte bis zum vollendeten 4. Lebensjahr
- g =** arztgruppenspezifischer Leistungsbedarf je RLV-Fall im Abrechnungsquartal aus Leistungen, die innerhalb des Regelleistungsvolumens vergütet werden, für Versicherte ab dem 5. bis zum vollendeten 18. Lebensjahr
- h =** arztgruppenspezifischer Leistungsbedarf je RLV-Fall im Abrechnungsquartal aus Leistungen, die innerhalb des Regelleistungsvolumens vergütet werden, für Versicherte ab dem 19. bis zum vollendeten 54. Lebensjahr
- i =** arztgruppenspezifischer Leistungsbedarf je RLV-Fall im Abrechnungsquartal aus Leistungen, die innerhalb des Regelleistungsvolumens vergütet werden, für Versicherte ab dem 55. bis zum vollendeten 75. Lebensjahr
- j =** arztgruppenspezifischer Leistungsbedarf je RLV-Fall im Abrechnungsquartal aus Leistungen, die innerhalb des Regelleistungsvolumens vergütet werden, für Versicherte ab Beginn des 76. Lebensjahres
- k =** 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 4. Lebensjahr im Abrechnungsquartal
- ng =** Zahl der RLV-Fälle eines Arztes für die Behandlung von Versicherten ab dem 5. bis zum vollendeten 18. Lebensjahr im Abrechnungsquartal
- nh =** Zahl der RLV-Fälle eines Arztes für die Behandlung von Versicherten ab dem 19. bis zum vollendeten 54. Lebensjahr im Abrechnungsquartal
- ni =** Zahl der RLV-Fälle eines Arztes für die Behandlung von Versicherten ab dem 55. bis zum vollendeten 75. Lebensjahr
- nj =** Zahl der RLV-Fälle eines Arztes für die Behandlung von Versicherten ab Beginn des 76. Lebensjahres
- n =** Zahl der RLV-Fälle eines Arztes im Abrechnungsquartal

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

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

b) Differenzierung nach Grundpauschalen im fachärztlichen Versorgungsbereich

- 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:

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

II. Berechnung der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen gemäß 5.2.3

Entsprechend Anlage 5 werden je Arztgruppe und je qualifikationsgebundenem Zusatzvolumen die Berechnungen je Fall wie folgt durchgeführt.

1) Berechnung des Vergütungsbereichs je qualifikationsgebundenem Zusatzvolumen für jede Arztgruppe gemäß Anlage 5

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

QZV_{AG}: Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen in qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen einer Arztgruppe gemäß Anlage 2 II. 1) d) und 2 II. 2) c) oder 2 II.2) d)

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 5

AG: Arztgruppe gemäß Anlage 5

2) Berechnung des qualifikationsgebundenen Zusatzvolumens je Fall

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 5.2.3 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 5.2.3 eines Arztes, der Anspruch auf das arztgruppenspezifische qualifikationsgebundene Zusatzvolumen i hat

3) Korrekturfaktor gemäß 5.2.3.1

Die Differenzierung der QZV bezüglich des unterschiedlich hohen Leistungsbedarfs pro Behandlungsfall im jeweiligen Abrechnungsquartal des berechtigten Arztes erfolgt über einen Korrekturfaktor (KF). Der arztindividuelle KF ergibt sich aus dem Verhältnis des individuellen Leistungsbedarfs 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.

III. Berechnung des Kooperationsgrades gemäß 5.2.1. b)

Zur Förderung von Kooperationen wird für standortübergreifend tätige Ärzte ein Aufschlag gewährt, wenn ein Kooperationsgrad (KG) der gesamten Praxis von mind. 0,1 Prozent erreicht wird. Bei einem Kooperationsgrad der gesamten Praxis zwischen 0,1 und 10 Prozent oder mehr wird der Aufschlag für den/die standortübergreifend tätigen Arzt/Ärzte auf deren Gesamtvolumen entsprechend des KG gewährt. Maximal wird ein Aufschlag in Höhe von 10 Prozent gewährt.

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

$$KG = [(RLV\text{-relevante Arztfallzahl der Arztpraxis im Abrechnungsquartal} / \text{Zahl der Behandlungsfälle gemäß 5.2.2 im Abrechnungsquartal}) - 1] * 100$$

Es werden nur Ärzte berücksichtigt, die gemäß Anlage 4 I. dem RLV unterliegen.

IV. Berechnung des abgestaffelten Preises gemäß 5.2

Bei Überschreitung der Gesamtvolumen erfolgt die Vergütung der darüber hinaus erbrachten Leistungen zu einem abgestaffelten Preis, der sich aus nachfolgender Berechnung ergibt.

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

- 1) Feststellung der versorgungsbereichsspezifisch über die RLV und QZV hinausgehenden Vergütungen,
- 2) Feststellung des für den jeweiligen Versorgungsbereich im Vorwegabzug 4.2.1.3 zurückgestellten Betrages in Höhe von bis zu 2 Prozent der diese Leistungsbereiche betreffenden Vergütungsvolumen aus den versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumen, ggf. unter Hinzuziehung des gemäß 4.2 zur Verfügung stehenden Volumens.
- 3) Die Vergütung aus 2) wird durch die Vergütung aus 1) dividiert. Es entsteht eine Quote für die abgestaffelt zu vergütenden Leistungen, mit der die über das Gesamtvolumen hinausgehenden Vergütungen multipliziert werden.

Anlage 4

zum Honorarverteilungsmaßstab der KVSA ab dem 2. Quartal 2016

Arztgruppen mit RLV und Arztgruppe mit Vergütung aus arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen

I. RLV-Arztgruppen

Für nachfolgende Arztgruppen werden Regelleistungsvolumen ermittelt und festgesetzt.

| 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 |

| Arztgruppen RLV |
|--|
| 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 |
| 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 |

II. **Arztgruppe mit Vergütung aus arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen gemäß 5.1.2.2**

Für diese Arztgruppe erfolgt die Vergütung der Leistungen aus dem gemeinsam gebildeten arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen:

| Arztgruppe |
|--|
| 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 5

zum Honorarverteilungsmaßstab der KVSA ab dem 2. Quartal 2016

Arztgruppen mit QZV

Für folgende Arztgruppen werden die jeweils aufgeführten QZV gebildet:
Nachfolgende QZV setzen sich systematisch für alle Arztgruppen aus denselben Gebührenordnungspositionen zusammen. Die berufsrechtlichen Bestimmungen zur Erbringung von Leistungen und die Abrechnungsbestimmungen des EBM bleiben von der nachfolgenden Zuordnung der Gebührenordnungspositionen zu den Arztgruppen unberührt.

| Hausärzte | Arztgruppe (AGR) | DFZ AGR VJQ | RLV-Fallwert in € |
|---|---|---|----------------------|
| | FÄ für Innere u. Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, FÄ für Innere Medizin, (hausärztlicher Versorgungsbereich) | | |
| Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/ Institute/Einrichtungen mit hausärztlichen Versorgungsauftrag | | | |
| Die Pauschale nach GOP 03040 EBM wird zum Wert des EBM außerhalb der RLV und QZV vergütet. Die Leistung nach GOP 03230 EBM wird unter Beachtung des Budgets gemäß EBM außerhalb der RLV/QZV vergütet. Die Leistungen der Geriatrie (GOP 03360 bis 03362 EBM) und Palliativmedizin (GOP 03370 bis 03373 EBM) werden aus dem Vorwegabzug gemäß 4.2.2.1 vergütet. | | | |
| | Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen | EBM-Nrn./EBM-Abschnitte | QZV-Fallwert 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, 02312, 02313, 15321, 15322, 15323 | |
| | Langzeit-Blutdruckmessung | 03324, 04324 | |
| | Langzeit-EKG | 03241, 03322, 04241, 04322 | |
| | Psychos. 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 - 33002, 33010 - 33012, 33042 - 33044, 33050 - 33052, 33080, 33081, 33090 - 33092 | |
| | Sonographie III | 33060 - 33064, 33070 - 33076 | |
| | Spirometrie | 03330, 04330 | |
| | Verordnung medizinische Rehabilitation | 01611 | |
| | Besuche | 01410, 01411, 01412, 01413, 01415 | |

| Kinderheilkunde | Arztgruppe (AGR) | DFZ AGR VJQ | RLV-Fallwert in € |
|--|--|--|----------------------|
| | FÄ für Kinderheilkunde | | |
| | Ermächtigte FÄ/ Krankenhäuser/Institute/Einrichtungen mit Versorgungsauftrag Kinderheilkunde | | |
| | Die Pauschale nach GOP 04040 EBM wird zum Wert des EBM außerhalb der RLV und QZV vergütet. Die Leistung nach GOP 04230 EBM wird unter Beachtung des Budgets gemäß EBM außerhalb der RLV/QZV vergütet. Die Leistungen der Sozialpädiatrie (GOP 04355 EBM) und Palliativmedizin (GOP 04370 bis 04373 EBM) werden aus dem Vorwegabzug gemäß 4.2.2.1 vergütet | | |
| | Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen | EBM-Nrn./EBM-Abschnitte | QZV-Fallwert in € |
| | Akupunktur | 30.7.3 | |
| | Allergologie | 30.1.1; 30.1.2 | |
| | Ergometrie | 03321, 04321 | |
| | Hyposensibilisierung | 30.1.3 | |
| | Kleinchirurgie | 02300, 02301, 02302, 02310, 02312, 02313, 15321, 15322, 15323 | |
| | Besuche | 01410, 01411, 01412, 01413, 01415 | |
| | Verordnung medizinische Rehabilitation | 01611 | |
| | Langzeit Blutdruckmessung | 03324, 04324 | |
| | Langzeit-EKG | 03241, 03322, 04241, 04322, | |
| | Psychos. 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 - 33002, 33010 - 33012, 33042 - 33044, 33050 - 33052, 33080, 33081, 33090 - 33092 | |
| | Sonographie II | 33020, 33021, 33022, 33030, 33031, 33040 | |
| | Sonographie III | 33060 - 33064, 33070- 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 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 | | |

| Anästhesie | Arztgruppe (AGR) | DFZ AGR VJQ | RLV-Fallwert in € |
|--|--|-----------------------------------|----------------------|
| | FÄ für Anästhesiologie | | |
| | Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institute/Einrichtungen mit Versorgungsauftrag Anästhesiologie | | |
| | Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen | EBM-Nrn./EBM-Abschnitte | QZV-Fallwert in € |
| | Akupunktur | 30.7.3 | |
| | Besuche | 01410, 01411, 01412, 01413, 01415 | |
| | Infusionen | 02100, 02101, | |
| Narkosen außerhalb von zahnärztlichen und/oder mund-, kiefer-, gesichtschirurgischen Behandlungen bei Patienten mit mangelnder Kooperationsfähigkeit oder schwerer Dyskinesie | 05330, 05331, 05340, 05341, 05350 | | |
| Praxisklinische Beobachtung und Betreuung | 01510, 01511, 01512 | | |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | Psychos. Grundversorgung, Übende Verfahren | 35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120 | |
| | Psychologische Testverfahren | 35.3, 16340, 21340, 03242 | |
| | Richtlinienpsychotherapie I | 35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150 | |
| | Schmerztherapeutische spezielle Versorgung | 30.7.1 | |
| | Schmerztherapeutische Behandlung | 30.7.2 | |
| | Transfusionen | 02110, 02111 | |
| | Verordnung medizinische Rehabilitation | 01611 | |

| | | | |
|-----------------------|--|--|--------------------------|
| Augenheilkunde | Arztgruppe (AGR) | DFZ AGR VJQ | RLV-Fallwert in € |
| | FÄ für Augenheilkunde konservativ und/oder laserchirurgisch tätig | | |
| | FÄ für Augenheilkunde operativ und/oder belegärztlich tätig | | |
| | Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institute/Einrichtungen mit Versorgungsauftrag Augenheilkunde | | |
| | Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen | EBM-Nrn./EBM-Abschnitte | QZV-Fallwert in € |
| | Fluoreszenzangiographie | 06331 | |
| | Schielbehandlung | 06320, 06321 | |
| | Psychos. 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 - 33002, 33010 - 33012, 33042 - 33044, 33050 - 33052, 33080, 33081, 33090 - 33092 | | |

| | | | |
|---|--|---|--------------------------|
| Chirurgie / Kinderchirurg., /Plast. Chirurg. | Arztgruppe (AGR) | DFZ AGR VJQ | RLV-Fallwert in € |
| | FÄ für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie | | |
| | Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institute/Einrichtungen mit Versorgungsauftrag Chirurgie, Kinderchirurgie, Plastische Chirurgie | | |
| | Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen | EBM-Nrn./EBM-Abschnitte | QZV-Fallwert in € |
| | Sonographie I | 33000 - 33002, 33010 - 33012, 33042 - 33044, 33050 - 33052, 33080, 33081, 33090 - 33092 | |
| | Akupunktur | 30.7.3 | |
| | Sonographie III | 33060 - 33064, 33070 - 33076 | |
| | Gastroenterologie I | 13400 | |
| | Phlebologie | 30.5 | |
| | Psychos. 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 - 34212, 34220 - 34223, 34230 - 34238, 34240 - 34248, 34250 - 34257, 34260, 34280 - 34282, 34293 - 34297, 34500, 34501, 34503 | |

| | | | |
|--------------------------------------|---|---|--------------------------|
| Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie | Arztgruppe (AGR) | DFZ AGR VJQ | RLV-Fallwert in € |
| | FÄ für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie | | |
| | Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institute/Einrichtungen mit Versorgungsauftrag Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie | | |
| | Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen | EBM-Nrn./EBM-Abschnitte | QZV-Fallwert in € |
| | Kleinchirurgie | 02300, 02301, 02302, 02310, 02312, 02313, 15321, 15322, 15323 | |
| | Psychos. 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 - 33002, 33010 - 33012, 33042 - 33044, 33050 - 33052, 33080, 33081, 33090 - 33092 | |
| | Teilradiologie | 34210 - 34212, 34220 - 34223, 34230 - 34238, 34240 - 34248, 34250 - 34257, 34260, 34280 - 34282, 34293 - 34297, 34500, 34501, 34503 | |
| | Verordnung medizinische Rehabilitation | 01611 | |
| | Zusatzpauschale Onkologie | 08345, 15345, 13435, 26315 | |

| Frauenheilkunde | Arztgruppe (AGR) | | DFZ AGR VJQ | RLV-Fallwert in € |
|---|------------------------|---|-------------------|-------------------|
| | FÄ für Frauenheilkunde | | | |
| Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institute/Einrichtungen mit Versorgungsauftrag Frauenheilkunde | | | | |
| Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen | | EBM-Nrn./EBM-Abschnitte | QZV-Fallwert in € | |
| Histologie/Zytologie | | 01826, 19310 - 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 | | |
| Psychos. Grundversorgung, Übende Verfahren | | 35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120 | | |
| Richtlinienpsychotherapie I | | 35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150 | | |
| Sonographie III | | 33060 - 33064, 33070 - 33076 | | |
| Sonstige Hilfen | | 01820 - 01825, 01828 - 01832, 01835 - 01837, 01850 - 01913 | | |
| Besuche | | 01410, 01411, 01412, 01413, 01415 | | |
| Kleinchirurgie | | 02300, 02301, 02302, 02310, 02312, 02313, 15321, 15322, 15323 | | |
| Verordnung medizinische Rehabilitation | | 01611 | | |
| Zusatzpauschale Onkologie | | 08345, 15345, 13435, 26315 | | |
| Sonographie I | | 33000 - 33002, 33010 - 33012, 33042 - 33044, 33050 - 33052, 33080, 33081, 33090 - 33092 | | |
| Infusionen | | 02100, 02101 | | |
| Transfusionen | | 02110, 02111 | | |

| Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde / Phoniatrie und Pädaudiologie | Arztgruppe (AGR) | | DFZ AGR VJQ | RLV-Fallwert in € |
|--|---|---|-------------------|-------------------|
| | FÄ für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, FÄ für Phoniatrie und Pädaudiologie, FÄ für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen | | | |
| Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institute/Einrichtungen mit Versorgungsauftrag Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Phoniatrie, Pädaudiologie, Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen | | | | |
| Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen | | EBM-Nrn./EBM-Abschnitte | QZV-Fallwert in € | |
| Phoniatrie/Pädaudiologie II | | 20310 - 20314, 20320 - 20323, 20334, 20340, 20350 - 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 - 09333, 09335, 09336, 20330 - 20333, 20335, 20336 | | |

| | | | |
|--|--|---|--|
| | Polygraphie | 30900 | |
| | Polysomnographie | 30901 | |
| | Psychos. 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 - 33002, 33010 - 33012, 33042 - 33044, 33050 - 33052, 33080, 33081, 33090 - 33092 | |
| | Teilradiologie | 34210 - 34212, 34220 - 34223, 34230 - 34238, 34240 - 34248, 34250 - 34257, 34260, 34280 - 34282, 34293 - 34297, 34500, 34501, 34503 | |

| Hautärzte | Arztgruppe (AGR) | | DFZ AGR VJQ | RLV-Fallwert in € |
|----------------------|--|--|-------------------|-------------------|
| | FÄ für Haut- und Geschlechtskrankheiten | | | |
| | Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institute/Einrichtungen mit Versorgungsauftrag Haut- und Geschlechtskrankheiten | | | |
| | Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen | EBM-Nrn./EBM-Abschnitte | QZV-Fallwert 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, 04331 | | |
| | Therapeutische Proktologie | 30610, 30611 | | |
| | Phlebologie | 30.5 | | |
| | Physikalische Therapie | 30.4 | | |
| | Psychos. 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 - 33002, 33010 - 33012, 33042 - 33044, 33050 - 33052, 33080, 33081, 33090 - 33092 | | | |
| Histologie/Zytologie | 01826, 19310 - 19312, 19315, 19320, 19331 | | | |
| Sonographie III | 33060 - 33064, 33070 - 33076 | | | |

| Internisten SP Angiologie | Arztgruppe (AGR) | | DFZ AGR VJQ | RLV-Fallwert in € |
|------------------------------|---|--|-------------------|-------------------|
| | FÄ für Innere Medizin mit Schwerpunkt Angiologie | | | |
| | Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institute/Einrichtungen mit Versorgungsauftrag Innere Medizin mit Schwerpunkt Angiologie | | | |
| | Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen | EBM-Nrn./EBM-Abschnitte | QZV-Fallwert in € | |
| | Kontrolle Herzschrittmacher, Kardioverter, Defibrillator, CRT-P, CRT-D | 13552, 13554 | | |
| | Phlebologie | 30.5 | | |
| | Labor-Grundpauschale | 12225, 01701 | | |
| | Langzeit-EKG als Auftragsleistung | 13252, 13253 | | |
| | Interventionelle Radiologie | 01530, 01531, 34283 - 34287 | | |
| | Psychos. 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 - 33002, 33010 - 33012, 33042 - 33044, 33050 - 33052, 33080, 33081, 33090 - 33092 | |
| | Sonographie II | 33020, 33021, 33022, 33030, 33031, 33040 | |
| | Sonographie III | 33060 - 33064, 33070 - 33076 | |
| | Sonographie IV | 33023 | |

| Internisten SP Endokrinologie | Arztgruppe (AGR) | | DFZ AGR VJQ | RLV-Fallwert in € |
|-------------------------------|---|---|-------------------|-------------------|
| | FÄ für Innere Medizin mit Schwerpunkt Endokrinologie | | | |
| | Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institute/Einrichtungen mit Versorgungsauftrag Innere Medizin mit Schwerpunkt Endokrinologie | | | |
| | Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen | EBM-Nrn./EBM-Abschnitte | QZV-Fallwert in € | |
| | Sonographie I | 33000 - 33002, 33010 - 33012, 33042 - 33044, 33050 - 33052, 33080, 33081, 33090 - 33092 | | |
| | Labor-Grundpauschale | 12225, 01701 | | |
| | Schmerztherapeutische Behandlung | 30.7.2 | | |
| | Praxisklinische Beobachtung und Betreuung | 01510, 01511, 01512 | | |
| | Psychos. 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 | 34600 | | | |

| Internisten SP Gastroenterologie | Arztgruppe (AGR) | | DFZ AGR VJQ | RLV-Fallwert in € |
|----------------------------------|--|---|-------------------|-------------------|
| | FÄ für Innere Medizin mit Schwerpunkt Gastroenterologie | | | |
| | Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institute/Einrichtungen mit Versorgungsauftrag Innere Medizin mit Schwerpunkt Gastroenterologie | | | |
| | Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen | EBM-Nrn./EBM-Abschnitte | QZV-Fallwert in € | |
| | Atemteste | 02400, 02401 | | |
| | Besuche | 01410, 01411, 01412, 01413, 01415 | | |
| | Gastroenterologie I | 13400 | | |
| | Infusionen | 02100, 02101 | | |
| | Praxisklinische Beobachtung und Betreuung | 01510, 01511, 01512 | | |
| | Psychos. Grundversorgung, Übende Verfahren | 35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120 | | |
| | Psychologische Testverfahren | 35.3, 16340, 21340, 03242 | | |
| | Sonographie I | 33000 - 33002, 33010 - 33012, 33042 - 33044, 33050 - 33052, 33080, 33081, 33090 - 33092 | | |
| | Sonographie II | 33020, 33021, 33022, 33030, 33031, 33040 | | |
| | Sonographie III | 33060 - 33064, 33070 - 33076 | | |
| | Richtlinienpsychotherapie I | 35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150 | | |
| | Transfusionen | 02110, 02111 | | |
| | Verordnung medizinische Rehabilitation | 01611 | | |
| Therapeutische Proktologie | 30610, 30611 | | | |
| Zusatzpauschale Onkologie | 08345, 15345, 13435, 26315 | | | |

| | | | |
|--|---|--|--------------------------|
| Internisten SP Hämato-/Onkologie | Arztgruppe (AGR) | DFZ AGR VJQ | RLV-Fallwert in € |
| | FÄ für Innere Medizin mit Schwerpunkt Hämato-/Onkologie | | |
| | Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institute/Einrichtungen mit Versorgungsauftrag Innere Medizin mit Schwerpunkt Hämato-/Onkologie | | |
| | | | |
| | Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen | EBM-Nrn./EBM-Abschnitte | QZV-Fallwert in € |
| | Besuche | 01410, 01411, 01412, 01413, 01415 | |
| | Zytostatische Chemotherapie | 02101 | |
| | Labor-Grundpauschale | 12225, 01701 | |
| | Praxisklinische Beobachtung und Betreuung | 01510, 01511, 01512 | |
| | Psychos. 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 | 33000-33002, 33010-3012, 33042-33044, 33050-33052, 33080, 33081, 33090-33092 | |
| | Sonographie V | 33041 | |
| Transfusionen | 02110, 02111 | | |
| Verordnung medizinische Rehabilitation | 01611 | | |
| Zusatzpauschale zytotoxische/ aplasieinduzierende Therapie | 13502 | | |

| | | | |
|-----------------------------------|---|--|--------------------------|
| Internisten SP Nephrologie | Arztgruppe (AGR) | DFZ AGR VJQ | RLV-Fallwert in € |
| | FÄ für Innere Medizin mit Schwerpunkt Nephrologie | | |
| | Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institute/Einrichtungen mit Versorgungsauftrag Innere Medizin mit Schwerpunkt Nephrologie | | |
| | | | |
| | Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen | EBM-Nrn./EBM-Abschnitte | QZV-Fallwert € |
| | Sonographie II | 33020, 33021, 33022, 33030, 33031, 33040 | |
| | Psychos. 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 - 33064, 33070 - 33076 | |

| | | | |
|-----------------------------------|---|--|--------------------------|
| Internisten SP Pneumologie | Arztgruppe (AGR) | DFZ AGR VJQ | RLV-Fallwert in € |
| | FÄ für Innere Medizin mit Schwerpunkt Pneumologie | | |
| | Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institute/Einrichtungen mit Versorgungsauftrag Innere Medizin mit Schwerpunkt Pneumologie | | |
| | | | |
| | Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen | EBM-Nrn./EBM-Abschnitte | QZV-Fallwert in € |
| | Bronchoskopie / Thorakoskopie | 13662, 13663, 13664, 13670 | |
| | Allergologie | 30.1.1; 30.1.2 | |
| | Hyposensibilisierung | 30.1.3 | |
| | Ergospirometrie | 13560, 13660 | |
| | Psychos. 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 - 34212, 34220 - 34223, 34230 - 34238, 34240 - 34248, 34250 - 34257, 34260, 34280 - 34282, 34293 - 34297, 34500, 34501, 34503 | |
|----------------|---|--|

| Internisten SP Kardiologie | Arztgruppe (AGR) | | DFZ AGR VJQ | RLV-Fallwert in € |
|----------------------------|--|---|-------------------|-------------------|
| | FÄ für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie | | | |
| | Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institute/Einrichtungen mit Versorgungsauftrag Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie | | | |
| | Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen | EBM-Nrn./EBM-Abschnitte | QZV-Fallwert in € | |
| | Sonographie I | 33000 - 33002, 33010 - 33012, 33042 - 33044, 33050 - 33052, 33080, 33081, 33090 - 33092 | | |
| | Sonographie III | 33060 - 33064, 33070 - 33076 | | |
| | Psychos. 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 - 34212, 34220 - 34223, 34230 - 34238, 34240 - 34248, 34250 - 34257, 34260, 34280 - 34282, 34293 - 34297, 34500, 34501, 34503 | | |

| Internisten SP Rheumatologie | Arztgruppe (AGR) | | DFZ AGR VJQ | RLV-Fallwert in € |
|------------------------------|--|---|-------------------|-------------------|
| | FÄ für Innere Medizin mit Schwerpunkt Rheumatologie | | | |
| | Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institute/Einrichtungen mit Versorgungsauftrag Innere Medizin mit Schwerpunkt Rheumatologie | | | |
| | Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen | EBM-Nrn./EBM-Abschnitte | QZV-Fallwert in € | |
| | Osteodensitometrie | 34600 | | |
| | Labor-Grundpauschale | 12225, 01701 | | |
| | Praxisklinische Betreuung und Beobachtung | 01510, 01511, 01512 | | |
| | Psychos. 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 - 33002, 33010 - 33012, 33042 - 33044, 33050 - 33052, 33080, 33081, 33090 - 33092 | | |

| | | | |
|--|--|---|--------------------------|
| Internisten ohne Schwerpunkt (fachärztlich) | Arztgruppe (AGR) | DFZ AGR VJQ | RLV-Fallwert in € |
| | FÄ für Innere Medizin ohne Schwerpunkt (fachärztlicher Versorgungsbereich) | | |
| | Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institute/Einrichtungen mit Versorgungsauftrag Innere Medizin ohne Schwerpunkt | | |
| | Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen | EBM-Nrn./EBM-Abschnitte | QZV-Fallwert 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, 02312, 02313, 15321, 15322, 15323 | |
| | Therapeutische Proktologie | 30610, 30611 | |
| | Polygraphie | 30900 | |
| | Polysomnographie | 30901 | |
| | Phlebologie | 30.5 | |
| | Kontrolle Herzschrittmacher, Kardioverter, Defibrillator, CRT-P,CRT-D | 13552,13554 | |
| | Verordnung medizinische Rehabilitation | 01611 | |
| | Gastroenterologie I | 13400 | |
| | Langzeit-EKG als Auftragsleistung | 13252, 13253 | |
| | Praxisklinische Beobachtung und Betreuung | 01510, 01511, 01512 | |
| | Psychos. 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 - 33002, 33010 - 33012, 33042 - 33044, 33050 - 33052, 33080, 33081, 33090 - 33092 | |
| | Sonographie II | 33020, 33021, 33022, 33030, 33031, 33040 | |
| | Sonographie III | 33060 - 33064, 33070 - 33076 | |
| | Sonographie IV | 33023 | |
| Teilradiologie | 34210 - 34212, 34220 - 34223, 34230 - 34238, 34240 - 34248, 34250 - 34257, 34260, 34280 - 34282, 34293 - 34297, 34500, 34501, 34503 | | |
| Kinder- / Jugendpsychiatrie | Arztgruppe (AGR) | DFZ AGR VJQ | RLV-Fallwert in € |
| | FÄ für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie | | |
| | Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institute/Einrichtungen mit Versorgungsauftrag Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie | | |
| | Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen | EBM-Nrn./EBM-Abschnitte | QZV-Fallwert in € |
| | Besuche | 01410, 01411, 01412, 01413, 01415 | |
| | Betreuung Kranker im sozialen Umfeld | 14240, 14313, 14314, 16230, 16231, 16233, 21230, 21231, 21233 | |
| | Blinkreflex, EMG, ENG, Neurophysiologie | 14330, 14331, 16320 - 16322, 21320, 21321 | |
| | EEG, L-EEG | 16310, 16311, 21310, 21311, 14320, 14321 | |
| | Neurophysiologische Übungsbehandlung | 30.3 | |
| | Psychologische Testverfahren | 16340, 21340, 03242 | |
| Verordnung medizinische Rehabilitation | 01611 | | |

| | | | |
|--|---|-------|--|
| | Funktionelle Entwicklungstherapie (Einzelbehandlung) | 14310 | |
| | Funktionelle Entwicklungstherapie (Gruppenbehandlung) | 14311 | |
| | Anleitung Bezugs-o. Kontaktperson | 14222 | |

| Nervenheilkunde | Arztgruppe (AGR) | | DFZ AGR VJQ | RLV-Fallwert in € |
|--|---|---|-------------------|-------------------|
| | FÄ für Nervenheilkunde FÄ für Neurologie und Psychiatrie | | | |
| | Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institute/Einrichtungen mit Versorgungsauftrag Nervenheilkunde und/oder Neurologie und Psychiatrie | | | |
| | Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen | EBM-Nrn./EBM-Abschnitte | QZV-Fallwert in € | |
| | Akupunktur | 30.7.3 | | |
| | Betreuung Kranker im sozialen Umfeld | 14240, 14313, 14314, 16230, 16231, 16233, 21230, 21231, 21233 | | |
| | Chirotherapie | 30.2 | | |
| | Polygraphie | 30900 | | |
| | Psychologische Testverfahren | 16340, 21340, 03242 | | |
| | Sonographie III | 33060 - 33064, 33070 - 33076 | | |
| | EEG, L-EEG | 16310, 16311, 21310, 21311, 14320, 14321 | | |
| | Blinkreflex, EMG ENG, Neurophysiologie | 14330, 14331, 16320 - 16322, 21320, 21321 | | |
| | Lumbalpunktion | 02342 | | |
| Besuche | 01410, 01411, 01412, 01413, 01415 | | | |
| Polysomnographie | 30901 | | | |
| Verordnung medizinische Rehabilitation | 01611 | | | |

| Neurologie | Arztgruppe (AGR) | | DFZ AGR VJQ | RLV-Fallwert in € |
|--|--|---|-------------------|-------------------|
| | FÄ für Neurologie | | | |
| | Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institute/Einrichtungen mit Versorgungsauftrag Neurologie | | | |
| | Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen | EBM-Nrn./EBM-Abschnitte | QZV-Fallwert in € | |
| | Akupunktur | 30.7.3 | | |
| | Besuche | 01410, 01411, 01412, 01413, 01415 | | |
| | Betreuung Kranker im sozialen Umfeld | 14240, 14313, 14314, 16230, 16231, 16233, 21230, 21231, 21233 | | |
| | Blinkreflex, EMG ENG, Neurophysiologie | 14330, 14331, 16320 - 16322, 21320, 21321 | | |
| | Chirotherapie | 30.2 | | |
| | Polygraphie | 30900 | | |
| | EEG, L-EEG | 16310, 16311, 21310, 21311, 14320, 14321 | | |
| | Infusionen | 02100, 02101 | | |
| | Lumbalpunktion | 02342 | | |
| Praxisklinische Beobachtung und Betreuung | 01510, 01511, 01512 | | | |
| Psychos. 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 III | 33060 - 33064, 33070 - 33076 | | | |
| Transfusionen | 02110, 02111 | | | |
| Verordnung medizinische Rehabilitation | 01611 | | | |

| Neurochirurgie | Arztgruppe (AGR) | | DFZ AGR VJQ | RLV-Fallwert in € |
|---|---|--|-------------------|-------------------|
| | FÄ für Neurochirurgie | | | |
| | Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institute/Einrichtungen mit Versorgungsauftrag Neurochirurgie | | | |
| | Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen | EBM-Nrn./EBM-Abschnitte | QZV-Fallwert in € | |
| | Akupunktur | 30.7.3 | | |
| | Besuche | 01410, 01411, 01412, 01413, 01415 | | |
| | Chirotherapie | 30.2 | | |
| | Infusionen | 02100, 02101 | | |
| | Praxisklinische Beobachtung und Betreuung | 01510, 01511, 01512 | | |
| | Psychos. Grundversorgung, Übende Verfahren | 35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120 | | |
| | Psychologische Testverfahren | 35.3, 16340, 21340, 03242 | | |
| | Richtlinienpsychotherapie I | 35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150 | | |
| | Schmerztherapeutische spezielle Versorgung | 30.7.1 | | |
| | Schmerztherapeutische Behandlung | 30.7.2 | | |
| Teilradiologie | 34210 - 34212, 34220 - 34223, 34230 - 34238, 34240 - 34248, 34250 - 34257, 34260, 34280 - 34282, 34293 - 34297, 34500, 34501, 34503 | | | |
| Blinkreflex, EMG, ENG, Neurophysiologie | 14330, 14331, 16320 - 16322, 21320, 21321 | | | |
| Transfusionen | 02110, 02111 | | | |
| Verordnung medizinische Rehabilitation | 01611 | | | |

| Nuklearmedizin | Arztgruppe (AGR) | | DFZ AGR VJQ | RLV-Fallwert in € |
|----------------|--|--|-------------------|-------------------|
| | FÄ für Nuklearmedizin | | | |
| | Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institute/Einrichtungen mit Versorgungsauftrag Nuklearmedizin | | | |
| | Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen | EBM-Nrn./EBM-Abschnitte | QZV-Fallwert in € | |
| | Infusionen | 02100, 02101 | | |
| | MRT | 34.4.1 - 34.4.6 | | |
| | MRT-Angiographie | 34.4.7 | | |
| | Nuklearmedizinische Leistungen | 17310 - 17373 | | |
| | Psychos. 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 - 33002, 33010 - 33012, 33042 - 33044, 33050 - 33052, 33080, 33081, 33090 - 33092 | | | |
| Sonographie V | 33041 | | | |

| | | | |
|-------------------|---|---|--------------------------|
| Orthopädie | Arztgruppe (AGR) | DFZ AGR VJQ | RLV-Fallwert in € |
| | FÄ für Orthopädie | | |
| | Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institute/Einrichtungen mit Versorgungsauftrag Orthopädie | | |
| | Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen | EBM-Nrn./EBM-Abschnitte | QZV-Fallwert in € |
| | Akupunktur | 30.7.3 | |
| | Chirotherapie | 30.2 | |
| | Osteodensitometrie | 34600 | |
| | Praxisklinische Beobachtung und Betreuung | 01510, 01511, 01512 | |
| | Psychos. 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 - 33002, 33010 - 33012, 33042 - 33044, 33050 - 33052, 33080, 33081, 33090 - 33092 | |
| Teilradiologie | 34210 - 34212, 34220 - 34223, 34230 - 34238, 34240 - 34248, 34250 - 34257, 34260, 34280 - 34282, 34293 - 34297, 34500, 34501, 34503 | | |
| Rheumatologie | 18700 | | |

| | | | |
|-------------------|---|--------------------------------|--------------------------|
| Pathologie | Arztgruppe (AGR) | DFZ AGR VJQ | RLV-Fallwert in € |
| | Überwiegend bzw. ausschließlich histologisch tätige Ärzte | | |
| | Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen | EBM-Nrn./EBM-Abschnitte | QZV-Fallwert in € |
| | Molekulargenetik | 19332 | |

| | | | |
|--|---|--|--------------------------|
| Physikalisch-Rehabilitative Medizin | Arztgruppe (AGR) | DFZ AGR VJQ | RLV-Fallwert in € |
| | FÄ für Physikalisch-Rehabilitative Medizin | | |
| | Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institute/Einrichtungen mit Versorgungsauftrag Physikalisch-Rehabilitative Medizin | | |
| | Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen | EBM-Nrn./EBM-Abschnitte | QZV-Fallwert in € |
| | Akupunktur | 30.7.3 | |
| | Chirotherapie | 30.2 | |
| | Physikalisch-rehabilitative Diagnostik | 27332, 27333 | |
| | Physikalische Therapie | 30.4 | |
| | Psychos. 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 | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|--------------------------|
| Psychiatrie | Arztgruppe (AGR) | | DFZ AGR VJQ | RLV-Fallwert in € |
| | FÄ für Psychiatrie u. Psychotherapie mit einem Anteil an Leistungen der RL-PT gemäß Bedarfsplanungs-RL bis zu 30 % an der Gesamtleistungsmenge | | | |
| | Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institute/Einrichtungen mit Versorgungsauftrag Psychiatrie | | | |
| | Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen | | EBM-Nrn./EBM-Abschnitte | |
| | Betreuung Kranker im sozialen Umfeld | | 14240, 14313, 14314, 16230, 16231, 16233, 21230, 21231, 21233 | |
| | EEG, L-EEG | | 16310, 16311, 21310, 21311, 14320, 14321 | |
| | Blinkreflex, EMG, ENG, Neurophysiologie | | 14330, 14331, 16320 - 16322, 21320, 21321 | |
| | Psychologische Testverfahren | | 16340, 21340, 03242 | |
| | Besuche | | 01410, 01411, 01412, 01413, 01415 | |
| | Verordnung medizinische Rehabilitation | | 01611 | |
| | Arztgruppe (AGR) | | DFZ AGR VJQ | RLV-Fallwert € |
| | FÄ für Psychiatrie u. Psychotherapie mit einem Anteil an Lstg. der RL-PT gemäß Bedarfsplanungs-RL zw. 30 % und 90 % an der Gesamtleistungsmenge | | | |
| | Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen | | EBM-Nrn./EBM-Abschnitte | |
| | Betreuung Kranker im sozialen Umfeld | | 14240, 14313, 14314, 16230, 16231, 16233, 21230, 21231, 21233 | |
| EEG, L-EEG | | 16310, 16311, 21310, 21311, 14320, 14321 | | |
| Blinkreflex, EMG, ENG, Neurophysiologie | | 14330, 14331, 16320 - 16322, 21320, 21321 | | |
| Psychologische Testverfahren | | 16340, 21340, 03242 | | |
| Besuche | | 01410, 01411, 01412, 01413, 01415 | | |
| Verordnung medizinische Rehabilitation | | 01611 | | |

| | | | | |
|-------------------|---|--|---|--------------------------|
| Radiologie | Arztgruppe (AGR) | | DFZ AGR VJQ | RLV-Fallwert in € |
| | FÄ für Diagnostische Radiologie | | | |
| | Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institute/Einrichtungen mit Versorgungsauftrag Radiologie | | | |
| | Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen | | EBM-Nrn./EBM-Abschnitte | |
| | CT | | 34.3, 34504, 34505 | |
| | Interventionelle Radiologie | | 01530, 01531, 34283 - 34287 | |
| | Kurative Mammographie | | 34270, 34271, 34272, 34273, 34275 | |
| | MRT | | 34.4.1 - 34.4.6 | |
| | MRT-Angiographie | | 34.4.7 | |
| | Sonographie I | | 33000 - 33002, 33010 - 33012, 33042 - 33044, 33050 - 33052, 33080, 33081, 33090 - 33092 | |
| | Sonographie III | | 33060 - 33064, 33070 - 33076 | |
| | Mammapunktion | | 02341 | |
| | Mammastanzbiopsie | | 08320 | |
| | Sonographie V | | 33041 | |

| Urologie | Arztgruppe (AGR) | | DFZ AGR VJQ | RLV-Fallwert in € |
|--|---|--|----------------------|----------------------|
| | FÄ für Urologie | | | |
| | Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institute/Einrichtungen mit Versorgungsauftrag Urologie | | | |
| | Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen | EBM-Nrn./EBM-Abschnitte | QZV-Fallwert in € | |
| | Histologie/Zytologie | 01826, 19310 - 19312, 19315, 19320, 19331 | | |
| | Inkontinenzbehandlung | 08310, 08311, 26313 | | |
| | Labor-Grundpauschale | 12225, 01701 | | |
| | Praxisklinische Beobachtung und Betreuung | 01510, 01511, 01512 | | |
| | Psychos. Grundversorgung, Übende Verfahren | 35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120 | | |
| | Psychologische Testverfahren | 35.3, 16340, 21340, 03242 | | |
| | Richtlinienpsychotherapie I | 35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150 | | |
| | Schmerztherapeutische Behandlung | 30.7.2 | | |
| | Sonographisch gestützte Prostatabiopsie | 26341 in Verbindung mit 33043 und 33090 und 33092 und ICD C61 (A, V, G, Z) | | |
| | Sonographie III | 33060 - 33064, 33070 - 33076 | | |
| | Stoßwellenlithotripsie | 26330 | | |
| | Sonographie I | 33000 - 33002, 33010 - 33012, 33042 - 33044, 33050 - 33052, 33080, 33081, 33090 - 33092 | | |
| Teilradiologie | 34210 - 34212, 34220 - 34223, 34230 - 34238, 34240 - 34248, 34250 - 34257, 34260, 34280 - 34282, 34293 - 34297, 34500, 34501, 34503 | | | |
| Wechsel suprapubischer Harnblasenkatheter und/oder Wechsel Nephrostomie | 02322, 26325 | | | |
| Zusatzpauschale Onkologie | 08345, 15345, 13435, 26315 | | | |
| Zystoskopie | 26310, 26311 | | | |

Anlage 6

zum Honorarverteilungsmaßstab der KVSA

ab dem 2. Quartal 2016

Sonderregelungen bei Anwendung Gesamtvolumen und Ausgleich von Honorarverlusten

I. Sonderregelungen bei Anwendung Gesamtvolumen gemäß 5.3.2

Aus Sicherstellungsgründen kann auf Antrag des Arztes bezüglich der Übernahme von Patienten von der Minderung des Fallwertes entsprechend 5.2.2.2 abgewichen und/oder die Fallzahlzuwachsbegrenzungsregelung gemäß 5.2.2.1 angepasst oder ausgesetzt werden.

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 5.2.2.2 und die Fallzahlzuwachsbegrenzungsregelung gemäß 5.2.2.1 keine Anwendung.

Eine Anpassung oder Aufhebung der Fallzahlzuwachsbegrenzung gemäß 5.2.2.1 kann bei außergewöhnlich starken Erhöhungen der Zahl der behandelten Versicherten auf Antrag des Arztes und nach Genehmigung durch die KVSA entsprechend den nachfolgend festgelegten Verfahren gewährt werden.

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.

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 Prozent 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 Fallzahlzuwachsbegrenzung gemäß 5.2.2.1 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 Fallzahlzuwachsbegrenzung gemäß 5.2.2.1 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 Fallzahlzuwachsbegrenzung gemäß 5.2.2.1 keine Anwendung.

- e) der Übernahme von Patienten eines/mehrerer fachgleich tätigen Arztes/Ärzte innerhalb der gleichen Praxis, solange die zulässige Steigerung der Fallzahl der fachgleichen Ärzte der Praxis im Rahmen der Fallzahlzuwachsbegrenzung nicht überschritten wird.
- Die Verrechnung der möglichen Fallzahlsteigerung kann nur zwischen Ärzten der gleichen Arztgruppe erfolgen und setzt den Antrag der Praxis voraus.

Die Anpassung oder Aussetzung der Fallzahlzuwachsbegrenzung gemäß 5.2.2.1 erfolgt längstens für den Zeitraum von vier Quartalen.

II. Ausgleich von Honorarverlusten gemäß 5.4

Zur Vermeidung von überproportionalen Honorarverlusten kann auf Antrag des Arztes eine Ausgleichszahlung erfolgen, sofern die Honorarminderung durch die Umstellung der Mengensteuerung auf diesen HVM begründet ist.

Verringert sich das Honorar einer Arztpraxis im Abrechnungsquartal grundsätzlich um mehr als 15 Prozent gegenüber dem Vorjahresquartal, kann die KVSA auf Antrag des Arztes befristete Ausgleichszahlungen an die Arztpraxis leisten.

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.

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 EBM und Honorarverluste, die aus der Anwendung der Abstufungsquote „Q“ zur Honorierung der Kosten für Laboratoriumsleistungen des Kapitels 32 EBM resultieren.

Anlage 7

zum Honorarverteilungsmaßstab der KVSA ab dem 2. Quartal 2016

Bereinigung

I. Bereinigung der Vergütungsvolumina der jeweiligen Grundbeträge

In den Vergütungsvolumina der jeweiligen Grundbeträge sind im aktuellen Abrechnungsquartal die notwendigen Bereinigungen, die durch das SGB V vorgesehen sind, sowie Änderungen in der Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu berücksichtigen. Die Umsetzung erfolgt anteilig aus dem bzw. in den jeweiligen betroffenen Vergütungsvolumen des jeweiligen Grundbetrags in der Höhe der gemäß dem gesamtvertraglich vereinbarten Verfahren der Bereinigung bzw. Ein- oder Ausdeckelung bestimmten Beträge. Mit Ausnahme der Bereinigung aufgrund von Ausdeckelungen oder der Addition aufgrund von Eindeckelung bleiben die Bereinigungen in den Ausgangswerten ab dem 1. Oktober 2014 der jeweiligen Grundbeträge für das Folgejahr unberücksichtigt.

II. Bereinigung der Vorwegabzüge, Vergütungsbereiche, RLV, QZV und Laborbudgets für Verträge nach §§ 64, 73b, 116b und 140a SGB V

Gemäß §§ 64, 73b und 140a 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, der QZV, der Laborbudgets gemäß 4.1.2.2, den Vergütungsbereichen oder Vergütungsvolumen verbindlich und kassenartenübergreifend regelt. Vorgaben der KBV sind zu beachten und haben Vorrang vor den hier aufgeführten Regelungen, soweit diese die Bereinigung der Vorwegabzüge, der Vergütungsbereiche, der RLV, der QZV oder der Laborbudgets betreffen.

Darüber hinaus sind die Bereinigungen im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung gemäß § 116b SGB V in den jeweilig betroffenen Vorwegabzügen, Vergütungsbereichen, RLV, QZV und Laborbudgets zu berücksichtigen. Die gesonderten Vorgaben des Bewertungsausschusses bzw. der KBV sind zu beachten. Darüber hinaus erfolgt die Bereinigung soweit möglich analog den nachfolgenden Ausführungen.

1) Grundsätze der Bereinigung

Voraussetzung für die Bereinigung ist, dass von der betreffenden Krankenkasse, die einen bereinigungsrelevanten Vertrag auf o. g. Grundlagen geschlossen hat, zur Bereinigung des Behandlungsbedarfes und der MGV eine gesonderte, auf den jeweiligen konkreten bereinigungsrelevanten Vertrag bezogene Vereinbarung mit der KVSA getroffen bzw. festgesetzt wurde.

Eine Bereinigung der Grundbeträge, Vorwegabzüge, Vergütungsbereiche, arzt- und praxisbezogenen RLV bzw. der QZV oder Vergütungsvolumen setzt eine bereinigte MGV für den be-

treffenden Zeitraum voraus. Eine Bereinigung erfolgt unter der Voraussetzung, dass die in der MGV bereinigten Leistungen entsprechenden Regelungen für die Arztgruppe unterliegen.

Für die Ärzte, die nicht an einem für ihre Arztgruppe gültigen bereinigungsrelevanten Vertrag teilnehmen, kann eine Absenkung oder Anhebung des zu erwartenden Honorars von maximal 2,5 Prozent erfolgen. Darüber hinaus gehende Bereinigungsbeträge werden nur bei den an dem Selektivvertrag teilnehmenden Ärzten der vom Selektivvertrag betroffenen Arztgruppe angewandt.

Grundlage der Bereinigung ist der in der bereinigten MGV entsprechend durch den Vertrag betroffenen Versorgungsbereiches ermittelte Betrag.

Das Bereinigungsvolumen ist für jeden zu bereinigenden Vertrag auf o. g. Grundlage 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 Grundbeträgen, Vorwegabzügen, RLV, QZV, den betreffenden Budgets oder Vergütungsbereichen aufgeteilt und ist den entsprechenden Finanzmitteln zu entnehmen.

Die Bereinigung der RLV, QZV, ggf. zutreffender Budgets, von Vergütungsbereichen oder sonstigen Vorwegabzügen erfolgt nur bei denjenigen Ärzten, Arztgruppen, Leistungen, Kostenerstattungen und Fällen aus dem zu bereinigenden Behandlungsbedarf nach § 87a Abs. 3 Satz 2 SGB V, die den jeweiligen Begrenzungsregelungen unterliegen.

Zu bereinigen sind i. d. R. die RLV und/oder QZV bzw. die betreffenden Budgets oder sonstigen Vergütungsbereiche oder Vergütungsvolumen der Praxen/Einrichtungen, in denen Ärzte tätig sind, die an dem von einer Krankenkasse geschlossenen bereinigungsrelevanten Vertrag teilnehmen. Die Auswirkungen der Bereinigung werden für die betroffenen Praxen/Einrichtungen mit der Quartalsabrechnung des Bereinigungs- und Abrechnungsquartals dargestellt.

Die Bereinigungen sind für jeden betroffenen bereinigungsrelevanten Vertrag getrennt durchzuführen.

2) Durchführung der Bereinigung - Verträge mit ex ante Einschreibung

Ausgehend von der Berechnung der RLV, QZV, den betreffenden Vergütungsbereichen und Vorwegabzügen auf Basis der unbereinigten MGV wird für jeden am Vertrag mit Bereinigung teilnehmenden Arzt der zu bereinigende Betrag ermittelt.

a) Bereinigung von Vergütungsbereichen

Sind Leistungen von der Bereinigung betroffen, die nicht den RLV, QZV unterliegen, erfolgt die Bereinigung des Betrages aus dem jeweiligen Grundbeträgen bzw. Vergütungsvolumen, Vergütungsbereichen oder Vorwegabzügen dem die Leistungen zuzuordnen sind.

b) Bereinigung des RLV

Nach Berechnung des unbereinigten RLV-Fallwertes der Arztgruppe und der RLV-Fallzahl der Arztgruppe der am Vertrag 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 bereinigungsrelevanten Vertrag 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 bereinigungsrelevanten Vertrag 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.

c) Bereinigung der QZV

Sofern auf den QZV-Leistungsumfang i der Arztgruppe AG ein Teil des Bereinigungsbetrags der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung aufgrund eines bereinigungsrelevanten Vertrags mit ex-ante Einschreibung von Versicherten entfällt, wird dieser wie folgt auf die einzelnen an diesem bereinigungsrelevanten Vertrag 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 bereinigungsrelevanten Vertrag 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 bereinigungsrelevanten Vertrag 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 bereinigungsrelevanten Vertrag 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 zugewiesene arztindividuelle QZV_{Arzt}ⁱ wird bei an dem bereinigungsrelevanten Vertrag teilnehmenden Ärzten, die Anspruch auf das QZV_{Arzt}ⁱ 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.

3) Durchführung Bereinigung - Verträge mit situativer Einschreibung

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

- a) Ermittlung des zu bereinigenden Gesamtvolumens für den entsprechenden bereinigungsrelevanten Vertrag,
- b) Ermittlung des Anteils des teilnehmenden Arztes am unter a) ermittelten Bereinigungsvolumen,
- c) Abzug des unter b) ermittelten Anteils des/der teilnehmenden Arztes/Ärzte vom RLV/QZV, Budget, Vergütungsbereich oder Vorwegabzug (Honorar) der betroffenen Arztgruppe und des/der teilnehmenden Arztes/Ärzte.