

Honorarverteilungsmaßstab (HVM)
der Kassenärztlichen Vereinigung
Sachsen-Anhalt
(KVSA)
ab dem 3. Quartal 2021

Inhaltsverzeichnis

1.	Präambel	5
2.	Grundsätze	5
3.	Struktur der Verteilung der MGV	6
4.	Vergütungsvolumen, Vorwegabzüge und Rückstellungen	7
4.1	Vergütungsvolumen	7
4.1.1	Bereitschaftsdienst und Notfall	7
4.1.2	Labor	8
4.1.3	Hausarzt	8
4.1.4	Facharzt	8
4.1.5	Genetisches Labor	9
4.1.6	Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung (PFG)	9
4.2	Versorgungsbereichsspezifische Vorwegabzüge	9
4.2.1	Vorwegabzüge des haus- und fachärztlichen Vergütungsvolumens	9
4.2.1.1	Gesetzliche und vertragliche Aufgaben	9
4.2.1.2	Besonderheiten	10
4.2.1.3	Gesamtvolumen übersteigende Leistungen	10
4.2.1.4	Leistungen des Kapitels 40 EBM	10
4.2.1.5	Belegärztliche Leistungen außerhalb Kapitel 36 EBM	10
4.2.1.6	Eigen erbrachte Laborleistungen Kapitel 32	10
4.2.1.7	Eigen erbrachte Leistungen des Präsenzlabor	10
4.2.1.8	Besonderheiten bei Anwendung von Laborvolumen und bei Abrechnung des Präsenzlabor	11
4.2.1.9	In Laborgemeinschaften bezogene Leistungen des Abschnitts 32.2 EBM	11
4.2.1.10	Vorwegabzug zur Förderung der Vergütung von Abstrichen auf SARS-CoV-2	11
4.2.2	Vorwegabzug des hausärztlichen Vergütungsvolumens	11
4.2.2.1	Leistungen der Geriatrie und Sozialpädiatrie	11
4.2.3	Vorwegabzüge des fachärztlichen Vergütungsvolumens	12
4.2.3.1	Fachärztlich definierte Leistungen von Hausärzten	12
4.2.3.2	Laborleistungen außerhalb des Kapitels 32 EBM	12
4.2.3.3	Laborgrund- und Konsiliarpauschalen	12
4.2.3.4	Leistungen des Kapitels 25 EBM	12
4.2.4	Rückstellungen des haus- und fachärztlichen Versorgungsbereichs	13
5.	Verteilung der Vergütungsvolumen, Gesamtvolumen und Sonderregelungen	13
5.1	Versorgungsbereichsspezifische Verteilung der Vergütungsvolumen	13
5.1.1	Arztgruppenspezifisches Verteilungsvolumen	13
5.1.2	Arztgruppenspezifische Vergütungsbereiche	14
5.1.2.1	Hausärztliches Verteilungsvolumen	14
5.1.2.2	Fachärztliches Verteilungsvolumen	15
5.2	Gesamtvolumen (Summe aus RLV und QZV)	16
5.2.1	Berücksichtigung von Kooperationen	17

5.2.1.1	Berücksichtigung von Kooperationen für Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten	17
5.2.1.2	Berücksichtigung von Kooperationen innerhalb von Praxisnetzen	17
5.2.2	Regelleistungsvolumen (RLV)	17
5.2.2.1	Fallwertabstaffelung im haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich.....	18
5.2.2.2	Abbildung der Morbidität durch Altersklassen im haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich.....	18
5.2.3	Qualifikationsgebundene Zusatzvolumen (QZV)	19
5.2.3.1	Korrekturfaktor	19
5.3	Laborvolumen	19
5.4	Individualbudget je Arzt	20
5.5	Sonderregelungen bei Anwendung der Gesamtvolumen und der Individualbudgets	21
5.5.1	Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit.....	21
5.5.2	Erhöhung der Gesamtvolumen	21
5.5.3	Abweichende Vorgaben zur Berechnung der Individualbudgets.....	21
5.5.4	Gewährung von Praxisbesonderheiten	22
5.6.	Ausgleich von Honorarverlusten	22
5.7	Sonderregelungen bei Vorliegen besonderer Ereignisse	22
5.7.1	Kompensationszahlungen	22
5.7.2	Zahlungen aus einem nichtvorhersehbaren Anstieg der MGV betreffend die mit der GOP 88240 gekennzeichneten Leistungen	22
6.	Bereinigung	23
7.	Anlagen.....	23
Anlage 1		
	Berechnung arztgruppen- und arzt spezifische Laborvolumen, Berechnung des abgestaffelten Preises für die Leistungen des Individualbudgets	24
Anlage 2		
	Berechnung arztgruppenspezifische, arztgruppenübergreifende Vergütungsvolumen und Vergütungsbereiche.....	27
Anlage 3		
	Berechnungen Gesamtvolumen (RLV und QZV) gemäß 5.2	32
Anlage 4		
	Arztgruppen mit RLV, Arztgruppe mit Vergütung aus arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen und Arztgruppen mit Individualbudgets.....	37
Anlage 5		
	Arztgruppen mit QZV	40
Anlage 5a		
	Arztgruppen mit Laborvolumen (LV)	55

Anlage 6	
Sonderregelungen bei Anwendung Gesamtvolumen	58
Anlage 6a.....
Sonderregelungen bei Vorliegen besonderer Ereignisse.....	59
Anlage 7	
Bereinigung	63
Anlage 8	
Vergütung des TQZ gemäß 5.1.2.1	67

Honorarverteilungsmaßstab der KVSA ab dem 3. Quartal 2021 (beschlossen von der Vertreterversammlung am 26. Mai 2021)

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.

Zur textlichen Vereinfachung und besseren Lesbarkeit wird im Nachfolgenden die Form Arzt verwendet. Diese schließt selbstverständlich Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Fachwissenschaftler der Medizin sowie alle Geschlechter ein, 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. 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), Laborvolumen, Individualbudgets 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 und/oder den Laborvolumen gemäß 5.3 und/oder den Individualbudgets gemäß 5.4 zugeführt. Werden Leistungen aus der extrabudgetären Vergütung in die MGV überführt, werden die mit der Einbudgetierung verbundenen Finanzmittel den die Leistungen erbringenden Arztgruppen zweckgebunden zur Berechnung der zutreffenden RLV/QZV/Vergütungsbereiche zugeführt, soweit durch die Vorgaben der KBV zur Honorarverteilung nichts anderes vorgegeben ist.

Sollten in anderen Verträgen Begrenzungsregelungen festgelegt sein, erfolgt bei Überschreitung der Begrenzungsregelung eine entsprechende Anpassung der Vergütung.

Infolge der Reduzierung der Patienteneinanspruchnahme in den Quartalen des Jahres 2020 durch die von der Bundesregierung beschlossene epidemiologische Lage von nationaler Tragweite, werden die entsprechenden Quartale des Jahres 2019 als Berechnungsgrundlage herangezogen soweit im Nachfolgenden nichts anderes geregelt ist.

3. Struktur der Verteilung der MGV

Die von der KBV erlassenen verbindlichen Vorgaben zur Honorarverteilung gemäß § 87b Abs. 4 SGB V inklusive der Anlagen 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 Bereitschaftsdienst und Notfall
- Grundbetrag Labor
- Grundbetrag genetisches Labor und
- Grundbetrag Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung (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 MGV 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.

Rückstellungen sind für aus gesetzlichen und vertraglichen Aufgaben entstehende Risiken oder anderen Notwendigkeiten versorgungsbereichsspezifisch zu bildende Honorarvolumen.

Die Honorarverteilung erfolgt durch die Anwendung von RLV, QZV, Laborvolumen, Individualbudgets, Vorwegabzügen und die Bildung von definierten Vergütungsbereichen.

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

Die **Regelleistungsvolumen (RLV)** stellen fallzahlabhängige arztbezogen errechnete Obergrenzen 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. Für Arztgruppen, für die nur RLV oder nur QZV gebildet werden, gelten die RLV oder die QZV gleichzeitig als Gesamtvolumen des Arztes oder der Praxis. Die Gesamtvolumen stellen arzt- und praxisbezogene 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.

Die Berechnung von **Laborvolumen** erfolgt für Ärzte mit in der Praxis eigen erbrachten Laborleistungen des Kapitels 32 EBM, die nicht auf Überweisungsscheinen für HVM der KVSA, beschlossen am 26. Mai 2021

Laboratoriumsuntersuchungen als Auftragsleistung (Muster 10 der Vordruckvereinbarung, Anlage 2 BMV-Ärzte) erbracht wurden.

Individualbudgets werden für Ärzte gebildet, die Laborleistungen des Kapitels 32 auf Überweisungsscheinen für Laboratoriumsuntersuchungen als Auftragsleistung (Muster 10 der Vordruckvereinbarung, Anlage 2 BMV-Ärzte) erbringen.

4. Vergütungsvolumen, Vorwegabzüge und Rückstellungen

Zur Abbildung der Auswirkungen der Neukalkulation des EBM ab dem 2. Quartal 2020 und den damit verbundenen Veränderungen des Leistungsbedarfs in den Vorwegabzügen der Quartale 1/2021 bis 4/2021 werden die zu erwartenden Veränderungen des Leistungsbedarfs simuliert, als Simulationsfaktoren (SF) abgebildet und bei den nachfolgenden Berechnungen entsprechend berücksichtigt.

Ein SF ergibt sich aus der Gegenüberstellung der sich aus den Häufigkeiten und Bewertungen der in den jeweiligen Vorwegabzügen abgerechneten Leistungen des jeweiligen Quartals des Jahres 2019 sowie den Bewertungen der Leistungen mit dem ab dem 1. Quartal 2021 geltenden EBM. Ergeben sich durch die Simulation keine Veränderungen des Leistungsbedarfs innerhalb eines Vorwegabzugs entspricht dies dem SF 1.

Der SF liegt über oder unter 1, wenn sich der simulierte Leistungsbedarf des Vorwegabzugs erhöht oder reduziert, wobei eine Veränderung auf max. minus 5 Prozent begrenzt wird. Bei den nachfolgenden Berechnungen der Vorwegabzüge wird der mit dem jeweiligen ggf. begrenzten SF multiplizierte Leistungsbedarf für die jeweiligen Vorwegabzüge verwendet. Ab dem 1. Quartal 2022 finden die SF keine Anwendung mehr.

Soweit im Nachfolgenden die Formulierung „SF“ verwendet wird, beschreibt dies die Anwendung des ggf. auf max. minus 5 Prozent begrenzten Faktors.

4.1 Vergütungsvolumen

4.1.1 Bereitschaftsdienst und Notfall

Der entsprechend den Vorgaben der KBV zur Honorarverteilung ermittelte und ggf. fortgeschriebene Grundbetrag Bereitschaftsdienst und Notfall wird mit der Anzahl der Versicherten, die im aktuellen Abrechnungsquartal bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs verwendet werden, multipliziert und bildet das Vergütungsvolumen für den Bereitschaftsdienst und Notfall und für die Leistungen der Notfallbehandlung 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 Notfallleistungen der Nichtvertragsärzte, Krankenhäuser und Institute 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 20 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 Finanzierung von Über- bzw. Unterschüssen erfolgt entsprechend den Vorgaben der KBV zur Honorarverteilung.

4.1.2 Labor

Der entsprechend den Vorgaben der KBV zur Honorarverteilung ermittelte, angepasste 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 unter Beachtung der Vorgaben der KBV zur Honorarverteilung die Vergütung der Leistungsbereiche

- der Gebührenordnungsposition (GOP) 32001 EBM für die wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen des Kapitels 32, ggf. unter Anwendung einer notwendigen Quotierung in Höhe von mindestens 89 Prozent sowie
- der Laboratoriumsuntersuchungen des Kapitels 32, die auf Überweisungen für Laboratoriumsuntersuchungen als Auftragsleistung (Muster 10 der Vordruckvereinbarung, Anlage 2 BMV-Ä) zur Abrechnung gelangen unter Anwendung der Regelungen gemäß 5.4.

Die Aufteilung der im Grundbetrag Labor zur Verfügung stehenden Finanzmittel zur Vergütung des Wirtschaftlichkeitsbonus und der Laborleistungen, die auf Überweisungen für Laboratoriumsuntersuchungen als Auftragsleistung (Muster 10 der Vordruckvereinbarung, Anlage 2 BMV-Ä) zur Abrechnung gelangen, erfolgt entsprechend dem prozentualen Anteil des jeweiligen Leistungsbereichs am Grundbetrag Labor.

Eine ggf. notwendige Finanzierung von Über- bzw. Unterschüssen erfolgt entsprechend den Vorgaben der KBV zur Honorarverteilung.

4.1.3 Hausarzt

Der auf Basis der Vorgaben der KBV zur Honorarverteilung 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 sowie RLV und QZV 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 ermittelte, angepasste 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 Vergütungsbereiche sowie RLV und QZV des fachärztlichen Versorgungsbereichs gebildet.

4.1.5 Genetisches Labor

Der auf Basis der Vorgaben der KBV zur Honorarverteilung ermittelte, angepasste 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 den 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 ausgehend vom Wert der regionalen Euro-Gebührenordnung.

4.1.6 Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung (PFG)

Der sich auf der Grundlage der Vorgaben der KBV zur Honorarverteilung 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 regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet.

Eine ggf. notwendige Finanzierung von Über- bzw. Unterschüssen erfolgt entsprechend den Vorgaben der KBV zur Honorarverteilung, wobei ggf. entstehende 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 werden.

4.2 Versorgungsbereichsspezifische Vorwegabzüge

Die in 4.2.1.2 bis 4.2.1.4, 4.2.2.1 und 4.2.1.10 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 Vorwegabzügen gemäß 4.2.1.2 bis 4.2.1.4 bereitgestellten Mittel insgesamt nicht ausreichen, besteht eine Nachschussverpflichtung versorgungsbereichsspezifisch aus den haus- und fachärztlichen Vergütungsvolumen.

Die Vorwegabzüge 4.2.1.1, 4.2.1.6, 4.2.1.7, 4.2.1.9, 4.2.3.3 und 4.2.3.4 sind nicht untereinander und nicht mit den anderen Vorwegabzügen verrechnungsfähig.

Werden Mittel der übrigen Vorwegabzüge gemäß 4.2 mit Ausnahme 4.2.3.4 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 dem 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. Die Höhe orientiert sich an dem jeweils erwarteten Volumen. Abweichend davon beträgt die Höhe des Strukturfonds 0,2 % der MGV.

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 vier Quartale des Jahres 2019 berechnet.

4.2.1.3 Gesamtvolumen übersteigende Leistungen

Für die Vergütung der über die Gesamtvolumen (RLV und/oder 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 vier Quartale des Jahres 2019 orientieren.

4.2.1.5 Belegärztliche Leistungen außerhalb Kapitel 36 EBM

Die innerhalb der MGV zu vergütenden belegärztlichen Leistungen außerhalb des Kapitel 36 EBM 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 vier Quartale des Jahres 2019 orientieren, zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet. Sollte die Höhe des Vorwegabzugs nicht zur Vergütung der Leistungen zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung ausreichen, erfolgt eine Quotierung der Vergütung der Leistungen.

4.2.1.6 Eigen erbrachte Laborleistungen Kapitel 32

Der Vorwegabzug für durch Haus- und Fachärzte der in Anlage 4 I. und 4 III. aufgeführten Arztgruppen eigen erbrachten Leistungen des Kapitels 32 wird auf der Grundlage der Vorgaben der KBV zur Honorarverteilung gebildet. Die Höhe der versorgungsbereichsspezifischen Vorwegabzüge entspricht somit dem Umfang der Finanzmittel bei Überführung in den haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich. In den Vorgaben der KBV zur Honorarverteilung ggf. vorgesehene Fortschreibungen oder Anpassungen sowie die Regelungen gemäß 4.2 werden berücksichtigt. Die versorgungsbereichsspezifischen Vorwegabzüge werden zur Berechnung von arztgruppenspezifischen Laborvolumen-Fallwerten verwendet. Nicht berücksichtigt werden die Leistungen des Präsenzlabor der GOP 32025 bis 32027, 32150 und die GOP des Kapitels 32 EBM, die auf Überweisungen für Laboratoriumsuntersuchungen als Auftragsleistung (Muster 10 der Vordruckvereinbarung, Anlage 2 BMV-Ärzte) zur Abrechnung gelangen.

4.2.1.7 Eigen erbrachte Leistungen des Präsenzlabor

Die Bildung des Vorwegabzugs wird auf der Grundlage der Vorgaben der KBV zur Honorarverteilung aus dem Anteil für eigen erbrachte laboratoriumsmedizinische Untersuchungen des

Kapitels 32 EBM berechnet. Die Höhe der versorgungsbereichsspezifischen Vorwegabzüge entspricht somit den Umfängen der Finanzmittel für die Leistungen des Präsenzlabors der GOP 32025 bis 32027 und 32150 EBM bei Überführung in den haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich. In den Vorgaben der KBV zur Honorarverteilung ggf. vorgesehene Fortschreibungen oder Anpassungen werden berücksichtigt.

Aus den versorgungsbereichsspezifischen Vorwegabzügen werden die von den in Anlage 4 aufgeführten Arztgruppen abgerechneten Leistungen des Präsenzlabors der GOP 32025 bis 32027 und 32150 EBM mit dem Wert des EBM vergütet. Sollten die im Vorwegabzug zur Verfügung stehenden Finanzmittel nicht ausreichen, werden die fehlenden Mittel dem Vorwegabzug gemäß 4.2.1.8 entnommen. Nicht ausgeschöpfte Finanzmittel werden zur Berechnung der Laborvolumen-Fallwerte des nächstmöglichen Quartals herangezogen.

4.2.1.8 Besonderheiten bei Anwendung von Laborvolumen und bei Abrechnung des Präsenzlabors

Aus den Vorwegabzügen für eigen erbrachte Leistungen gemäß 4.2.1.6 und für eigen erbrachte Laborleistungen des Präsenzlabors gemäß 4.2.1.7 werden jeweils bis zu 2 Prozent je Versorgungsbereich zur Berücksichtigung, insbesondere einer Zunahme an Ärzten, die ihre vertragsärztliche Tätigkeit aufnehmen und Laborleistungen des Präsenzlabors selber erbringen bzw. für die Neuvergabe von Laborvolumen bereitgestellt.

4.2.1.9 In Laborgemeinschaften bezogene Leistungen des Abschnitts 32.2 EBM

Der Vorwegabzug für die durch Haus- und Fachärzte der in Anlage 4 aufgeführten Arztgruppen in Laborgemeinschaften bezogenen Leistungen des Abschnitts 32.2 wird auf der Grundlage der Vorgaben der KBV zur Honorarverteilung gebildet. Die Höhe der versorgungsbereichsspezifischen Vorwegabzüge entspricht somit dem Umfang der Finanzmittel bei Überführung in den haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich. In den Vorgaben der KBV zur Honorarverteilung ggf. vorgesehene Fortschreibungen oder Anpassungen werden berücksichtigt. Die durch Hausärzte bezogenen Laborleistungen des Abschnitts 32.2 EBM werden der Laborgemeinschaft aus dem hausärztlichen Vorwegabzug und die durch den fachärztlichen Versorgungsbereich bezogenen Laborleistungen des Abschnitts 32.2 EBM werden der Laborgemeinschaft aus dem fachärztlichen Vorwegabzug vergütet.

Sollten die in den jeweiligen versorgungsbereichsspezifischen Vorwegabzügen zur Verfügung stehenden Finanzmittel nicht ausreichen, erfolgt eine versorgungsbereichsspezifische Quotierung der Vergütung der Leistungen der Laborgemeinschaften des Abschnitts 32.2 EBM.

4.2.1.10 Vorwegabzug zur Förderung der Vergütung von Abstrichen auf SARS-CoV-2

Zur Förderung der Vergütung der Entnahme von Körpermaterial für Untersuchungen auf SARS-CoV-2 bei Patienten mit einem begründeten Verdacht auf Vorliegen einer Coronavirus SARS-CoV-2 Infektion wird ein Vorwegabzug gebildet, aus dem die durch den Vertragsarzt im Zusammenhang mit der GOP 02402 abzurechnende GOP 02403 in die KV-eigene GOP 99941 umgewandelt wird. Die GOP 99941 entspricht dem Wert der GOP 02403 EBM und wird außerhalb der RLV, QZV und Individualbudgets vergütet. Die Höhe des Vorwegabzugs orientiert sich an den haus- und fachärztlichen Anteilen an den in den Abrechnungen des entsprechenden Quartals des Jahres 2019 angegebenen Diagnosen für respiratorische Erkrankungen. Der Vorwegabzug wird nach Ablauf des Quartals aufgehoben, in dem die epidemische Lage von nationaler Tragweite oder die Abrechnungsfähigkeit der GOP 02402 und 02403 EBM aufgehoben wurde.

4.2.2 Vorwegabzug des hausärztlichen Vergütungsvolumens

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

4.2.2.1 Leistungen der Geriatrie und Sozialpädiatrie

Aus dem hausärztlichen Vergütungsvolumen wird ein Vorwegabzug gebildet, der den durch die Krankenkassen bereitgestellten Betrag für die Leistungen der Geriatrie und Sozialpädiatrie umfasst, der mindestens jedoch dem Anteil der Hausärzte an dem für die KVSA bereitgestellten Betrag zur Förderung der geriatrischen, palliativmedizinischen und sozialpädiatrischen HVM der KVSA, beschlossen am 26. Mai 2021

Versorgung unter Beachtung der Bereinigung für palliativmedizinische Leistungen der Kapitel 3 und 4 EBM entspricht. Innerhalb des Vorwegabzugs erfolgt eine Aufteilung der zur Verfügung stehenden Finanzmittel zwischen den Haus- und Kinderärzten entsprechend dem Anteil des Gesamtleistungsbedarfs unter Anwendung des SF der jeweiligen Arztgruppe an dem Gesamtleistungsbedarf des Versorgungsbereichs auf der Basis des jeweiligen Quartals des Jahres 2019.

Aus dem Vorwegabzug erfolgt die Vergütung der durch die Arztgruppen des hausärztlichen Versorgungsbereichs abgerechneten Leistungen der geriatrischen und sozialpädiatrischen Versorgung (GOP 03360, 03362, 04355 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 vier Quartalen des Jahres 2019.

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 vier Quartale des Jahres 2019 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 regionalen Euro-Gebührenordnung vergüten zu können, erfolgt eine Quotierung der Vergütung der Leistungen.

4.2.3.3 Laborgrund- und Konsiliarpauschalen

Die Bildung des Vorwegabzugs zur Vergütung der Laborgrund- und Konsiliarpauschalen (GOP 12210 und 12220 EBM) wird auf der Grundlage der Vorgaben der KBV zur Honorarverteilung berechnet. Die Höhe des Vorwegabzugs entspricht somit dem Umfang der Finanzmittel bei Überführung in den fachärztlichen Versorgungsbereich. In den Vorgaben der KBV zur Honorarverteilung ggf. vorgesehene Fortschreibungen oder Anpassungen werden berücksichtigt. Die Vergütung der Laborgrund- und Konsiliarpauschalen erfolgt zum Wert der regionalen Euro-Gebührenordnung. Sollte die Höhe des Vorwegabzugs nicht zur Vergütung der Leistungen zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung ausreichen, erfolgt eine Quotierung der Vergütung der GOP 12210 und 12220 EBM.

4.2.3.4 Leistungen des Kapitels 25 EBM

Die durch das Institut des Bewertungsausschusses berechneten einzubudgetierenden Finanzmittel werden direkt als Vorwegabzug des fachärztlichen Versorgungsbereichs zur Vergütung der Leistungen des Kapitels 25 gebildet und schließen auch die notwendigen Mittel für die Vergütung der Leistungen im Fremdkassenzahlungsausgleich (FKZ) ein. Die Vergütung der Leistungen des Kapitels 25 EBM erfolgt unter Berücksichtigung des FKZ-Saldos. Sollten die zur Verfügung stehenden Finanzmittel nicht ausreichen, erfolgt eine Quotierung der Vergütung der Leistungen.

Nicht verbrauchte Finanzmittel verbleiben für die nachfolgenden Quartale in dem Vorwegabzug. Sollten die Finanzmittel nach Ablauf von 8 Quartalen nicht verbraucht worden sein, werden diese dem fachärztlichen Versorgungsbereich zugeführt.

4.2.4 Rückstellungen des haus- und fachärztlichen Versorgungsbereichs

Die KVSA bildet versorgungsbereichsspezifische Rückstellungen auf Basis der Erfahrungen von Vorquartalen und unter Einschätzung zu erwartender Risiken u. a. für eventuelle Ausgleichszahlungen an Krankenkassen, andere Kassenärztliche Vereinigungen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und Vertragsärzte, Klagerisiken, Ausgleich von Quartalsschwankungen. Die Höhe der Rückstellungen soll 3 Prozent der Gesamtvergütung eines Jahres nicht überschreiten.

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 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 jeweiligen Quartals des Jahres 2019 im Vergütungsvolumen des hausärztlichen Versorgungsbereichs unter Anwendung des SF 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 I. und II. verteilt werden. Es entsteht jeweils ein arztgruppenspezifisches Verteilungsvolumen.

Bei der Berechnung der arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen ist sicherzustellen, dass sich der Leistungsbedarf der jeweiligen Arztgruppe im entsprechenden Quartal des Jahres 2019 im Vergleich zum jeweiligen Quartal des Jahres 2018 unter Berücksichtigung von Veränderungen der Arztzahlen, der Zuordnung der Ärzte in Arztgruppen, der Abgrenzung der MGV unter Berücksichtigung der Veränderungen, die durch das TSVG entstanden sind und ggf. weiterer Faktoren maximal um +/- 10 Prozent verändert.

Zur Abbildung der Auswirkungen der Neukalkulation des EBM ab dem 2. Quartal 2020 und den damit verbundenen Veränderungen des Leistungsbedarfs der Quartale 1/2021 bis 4/2021 zwischen den Arztgruppen werden die zu erwartenden Veränderungen des Leistungsbedarfs je Arztgruppe simuliert, als SF abgebildet und bei den nachfolgenden Berechnungen entsprechend berücksichtigt.

Der SF ergibt sich aus der Gegenüberstellung der sich aus den Häufigkeiten der in den jeweiligen arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen abgerechneten Leistungen des jeweiligen Quartals des Jahres 2019 mit den Bewertungen des EBM des jeweiligen Quartals des Jahres 2019 sowie HVM der KVSA, beschlossen am 26. Mai 2021

der Bewertung der Leistungen mit dem ab dem 1. Quartal 2021 geltenden EBM. Ergeben sich durch die Simulation keine Veränderungen des Leistungsbedarfs entspricht dies dem SF 1.

Der SF liegt über oder unter 1, wenn sich der simulierte Leistungsbedarf des arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumens erhöht oder reduziert, wobei eine Veränderung auf max. minus 5 Prozent begrenzt wird. Bei den nachfolgenden Berechnungen der arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen wird der mit dem jeweiligen ggf. begrenzten SF multiplizierte Leistungsbedarf je Arztgruppe des jeweiligen Quartals des Jahres 2019 verwendet. Ab dem 1. Quartal 2022 findet der SF keine Anwendung mehr.

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 Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen unberücksichtigt.

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

Zur Abbildung der Auswirkungen der Neukalkulation des EBM ab dem 2. Quartal 2020 und den damit verbundenen Veränderungen des Leistungsbedarfs der Quartale 1/2021 bis 4/2021 zwischen den arztgruppenspezifischen Vergütungsbereichen werden die zu erwartenden Veränderungen des Leistungsbedarfs je Arztgruppe und Vergütungsbereich simuliert, als SF abgebildet und bei den nachfolgenden Berechnungen entsprechend berücksichtigt.

Der SF ergibt sich aus der Gegenüberstellung der sich aus den Häufigkeiten der in den jeweiligen arztgruppenspezifischen Vergütungsbereichen abgerechneten Leistungen des jeweiligen Quartals des Jahres 2019 mit den Bewertungen des EBM des jeweiligen Quartals des Jahres 2019 sowie der Bewertung der Leistungen für den Zeitraum des 1. Quartals 2021 bis 4. Quartals 2021 geltenden EBM. Ergeben sich durch die Simulation keine Veränderungen des Leistungsbedarfs entspricht dies dem SF 1.

Der SF liegt über oder unter 1, wenn sich der simulierte Leistungsbedarf des arztgruppenspezifischen Vergütungsbereichs erhöht oder reduziert, wobei eine Veränderung auf max. minus 5 Prozent begrenzt wird. Bei den nachfolgenden Berechnungen der arztgruppenspezifischen Vergütungsbereiche wird der mit dem jeweiligen ggf. begrenzten SF multiplizierte Leistungsbedarf je Arztgruppe des jeweiligen Quartals des Jahres 2019 verwendet. Ab dem 1. Quartal 2022 findet der SF keine Anwendung mehr.

5.1.2.1 Hausärztliches Verteilungsvolumen

Das arztgruppenspezifische Verteilungsvolumen wird gemäß Anlage 2 III. 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 und 04231 EBM unter Beachtung der Präambel 4.1 EBM
- Vergütung des Technik-/Qualitäts-Zuschlags (TQZ)Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der RLV und

- Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der QZV.

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 Euro-Gebührenordnung vergütet.

Die Vergütung der GOP 03230 EBM erfolgt außerhalb der Gesamtvolumen unter Beachtung der Präambel 3.1 EBM und der GOP 04230 und 04231 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 des TQZ erfolgt bei Abrechnung der in Anlage 8 definierten Leistungsbereiche soweit die hausärztliche Praxis in dem jeweiligen Abrechnungsquartal Leistungen aus mindestens 4 von 10 in Anlage 8 I. bzw. die kinderärztliche Praxis Leistungen aus mindestens 4 von 8 in Anlage 8 II. aufgeführten Leistungsbereiche nach sachlich rechnerischer Richtigstellung zur Abrechnung gebracht hat. Der Zuschlag wird je Leistungsfall der Praxis vergütet. Ein Leistungsfall entspricht einem GKV-versicherten Patienten einer berechtigten Praxis, für den mindestens eine durch einen Hausarzt erbrachte Leistung aus den in Anlage 8 I. und/oder mindestens eine durch einen Kinderarzt erbrachte Leistung der in Anlage 8 II. aufgeführten Leistungsbereiche im Abrechnungsquartal abgerechnet wurde. Die Höhe der notwendigen Finanzmittel orientieren sich grundsätzlich an den Leistungsfallzahlen des Vergleichszeitraums. Die Höhe des Zuschlags beträgt mindestens 4,00 € je Leistungsfall der Praxis. Die Vergütung des Zuschlags erfolgt außerhalb des RLV/QZV.

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. und 4 II. 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 III. 2) c) und d) 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 RLV und
- ggf. Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der QZV
- Zusätzlich wird für die Arztgruppen „Fachärzte für Anästhesie“ bzw. „Ermächtigte Fachärzte/Krankenhäuser/Institute/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Anästhesie“ gemäß Anlage 2) a) und e) der:
 - Vergütungsbereich für die Vergütung von anästhesiologischen Leistungen im Zusammenhang mit der vertragszahnärztlichen und/oder mund-, kiefer-, gesichts-chirurgischen Behandlung von Patienten mit mangelnder Kooperationsfähigkeit bei geistiger Behinderung oder schwerer Dyskinesie gebildet.

Abweichend davon wird für die Arztgruppen gemäß Anlage 4 II. das arztgruppenspezifische Verteilungsvolumen gemäß Anlage 2 II., Anlage 2 III. 2) b) und f) aufgeteilt in

- einen arztgruppenübergreifenden Vergütungsbereich für die übrigen der MGV zuzuordnenden Leistungen, sofern diese Leistungen nicht von den Vergütungsvolumen Bereitschaftsdienst und Notfall, Labor oder den im fachärztlichen Versorgungsbereich gebildeten Vorwegabzügen umfasst sind. Bei Überschreitung des zur Verfügung stehenden arztgruppenübergreifenden Verteilungsvolumens erfolgt eine Quotierung der Vergütung der Leistungen.
- einen arztgruppenspezifischen Vergütungsbereich für die Vergütung der GOP 22220 und 23220 EBM innerhalb der QZV

5.2 Gesamtvolumen (Summe aus 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. Ist für einen Arzt der Praxis nur die Berechnung des RLV oder der QZV zutreffend, stellt dies das Gesamtvolumen des Arztes und/oder der Praxis dar. 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 RLV/QZV-relevante Leistungsmenge der Ärzte der in Anlage 4 I. und 4 II. genannten Arztgruppen insgesamt gegenüber, d. h. sofern das für eine Arztpraxis berechnete RLV nicht ausgeschöpft ist, kann das noch zur Verfügung stehende Honorarvolumen mit Leistungen aus den berechneten QZV 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/oder 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/oder 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 auszubildenden 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 RLV 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. 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 RLV nach dem mit der Ermächtigung begründeten Versorgungsauftrag.

Bei der Ermittlung des RLV 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 RLV 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 RLV 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 RLV-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 Fallwertabstaffelung im haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich

Der für einen Arzt zutreffende arztgruppenspezifische Fallwert gemäß Anlage 3 I. 1) wird unter Beachtung des Umfangs der Tätigkeit lt. Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid 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.

5.2.2.2 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. Dies gilt nicht für das QZV Psychotherapeutische Gespräche der Arztgruppen gemäß Anlage 4 II.

Die in den QZV festgelegten GOP setzen sich systematisch über alle festgelegten Arztgruppen aus den gleichen GOP 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 hinzuge-rechnet. 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 Arztgruppenschnitt den Faktor 1 ab. Die nähere Berechnung ergibt sich aus Anlage 3 II. 3).

5.3 Laborvolumen

Laborvolumen gemäß Anlage 5a kommen für Ärzte der in Anlage 4 I. und III. aufgeführten Arztgruppen zur Anwendung. Laborvolumen umfassen eigen erbrachte Laborleistungen gemäß Abschnitt 32.2 und/oder 32.3 je Unterabschnitt EBM mit Ausnahme der auf Überweisungen für Laboratoriumsuntersuchungen als Auftragsleistung (Muster 10 der Vordruckvereinbarung, Anlage

2 BMV-Ä) zur Abrechnung gelangten Laborleistungen. Laborvolumen werden je Unterabschnitt des Abschnitts 32.2 und/oder je Unterabschnitt des Abschnitts 32.3 gebildet und sind nicht untereinander und nicht mit den RLV/QZV und/oder dem Individualbudget des Arztes und der Praxis verrechnungsfähig. Nicht berücksichtigt werden die Leistungen des Präsenzlabor der GOP 32025 bis 32027 und 32150 EBM.

Es sind auch die Leistungen des Abschnitts 32.2 und/oder 32.3 EBM zu berücksichtigen, die von den beteiligten Vertragsärzten ggf. in einer oder mehreren Teilberufsausübungsgemeinschaften eigen erbracht werden.

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

- er mindestens eine Leistung des entsprechenden Laborvolumens je Unterabschnitt im Abrechnungsquartal eigen erbracht und abgerechnet hat,
- er die ggf. notwendige Qualifikation nachgewiesen hat,
- er die zutreffende Gebiets- bzw. Schwerpunktbezeichnung führt.

Die Laborvolumen werden gemäß Anlage 1 je Leistungsfall berechnet. Für Laborvolumen relevante Leistungsfälle sind kurativ-ambulante Fälle des Abrechnungsquartals, ausgenommen Notfälle im ärztlichen Bereitschaftsdienst und Überweisungen für Laboratoriumsuntersuchungen als Auftragsleistung (Muster 10 der Vordruckvereinbarung, Anlage 2 BMV-Ä), sofern im Behandlungsfall des Abrechnungsquartals mindestens eine Laborleistung des jeweiligen Unterabschnitts des Abschnitts 32.2 bzw. 32.3 EBM (ausgenommen GOP 32025 bis 32027 und 32150 EBM) durch den Arzt abgerechnet worden ist.

Die Fallwerte der Laborvolumen werden gemeinsam für die niedergelassenen und die ermächtigten Ärzte/Krankenhäuser/Institute einer Arztgruppe berechnet und daraus folgend in gleicher Höhe festgelegt.

Für Vertragsärzte, die mit mehreren Gebiets- und/oder Schwerpunktbezeichnungen zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen sind, werden die für den Vertragsarzt je Unterabschnitt des Kapitel 32 günstigeren Fallwerte der zutreffenden Arztgruppen zur Berechnung der Laborvolumen herangezogen.

Die in den Laborvolumen festgelegten GOP setzen sich systematisch über alle festgelegten Arztgruppen aus den gleichen GOP 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 und für die ggf. notwendige Qualifikationsnachweise nachgewiesen sind.

5.4 Individualbudget je Arzt

Für Ärzte der in Anlage 4 I. und III. aufgeführten Arztgruppen werden Individualbudgets je Arzt zur Vergütung der Laborleistungen des Kapitels 32 EBM, die auf Überweisungsscheinen für Laboratoriumsuntersuchungen als Auftragsleistung (Muster 10 der Vordruckvereinbarung, Anlage 2 BMV-Ärzte) erbracht werden, gebildet.

Das Individualbudget des Arztes entspricht der Leistungsbedarfsanforderung in Euro der Leistungen des Kapitels 32 des jeweiligen Quartals des Jahres 2019 des Arztes, die auf Überweisungsscheinen für Laboratoriumsuntersuchungen als Auftragsleistung (Muster 10 der Vordruckvereinbarung, Anlage 2 BMV-Ärzte) erbracht worden sind. Es sind auch die Leistungen des Kapitels 32, die auf Überweisungsscheinen für Laboratoriumsuntersuchungen als Auftragsleistung (Muster 10 der Vordruckvereinbarung, Anlage 2 BMV-Ärzte) vom Arzt ggf. in Teilberufsausübungsgemeinschaften erbracht werden, zu berücksichtigen.

Wird der Umfang der Tätigkeit des Arztes lt. Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid gegenüber dem jeweiligen Quartal des Jahres 2019 verringert oder erweitert, wird das Individualbudget des Arztes im Abrechnungsquartal entsprechend angepasst.

Die Leistungen des Abrechnungsquartals, die dem Individualbudget unterliegen, werden in Höhe von 89 Prozent des ggf. entsprechend an den geänderten Versorgungsumfang angepassten Individualbudgets des jeweiligen Quartals des Jahres 2019 mit dem Wert der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet. Alle über 89 Prozent des ggf. angepassten Individualbudgets des jeweiligen Quartals des Jahres 2019 je Arzt hinausgehenden Leistungen des Abrechnungsquartals werden mindestens mit dem in den Vorgaben der KBV zur Honorarverteilung angegebenen abgestaffelten Preis, der entsprechend der in Anlage 1 III. dargestellten Berechnungsweise errechnet wird, vergütet. Wird das zur Verfügung stehende Individualbudget je Arzt nicht ausgeschöpft, werden die Leistungen des Arztes des Abrechnungsquartals mit dem Wert der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet.

5.5 Sonderregelungen bei Anwendung der Gesamtvolumen und der Individualbudgets

5.5.1 Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit

Für Ärzte gemäß Anlage 4 I. und 4 II., 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/oder 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 jeweiligen Quartal des Jahres 2019 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 gemäß der in Anlage 4 I. aufgeführten Arztgruppe, 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.

Ärzte der in Anlage 4 I. und III. aufgeführten Arztgruppen, die Leistungen des Kapitels 32 auf Überweisungsscheinen für Laboratoriumsuntersuchungen als Auftragsleistung (Muster 10 der Vordruckvereinbarung, Anlage 2 BMV-Ärzte) erbringen und ihre vertragsärztliche Tätigkeit aufnehmen, erhalten abweichend von 5.4 für 12 Quartale, ab Beginn der Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit, ein auf Basis des Abrechnungsquartals berechnetes Individualbudget. Im Übrigen gelten die Regelungen gemäß 5.4.

5.5.2 Erhöhung der Gesamtvolumen

Aus Sicherstellungsgründen kann auf Antrag des Arztes bezüglich der Übernahme von Patienten von der Minderung des Fallwertes entsprechend 5.2.2.1 abgewichen 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 ist, findet die Fallwertabstaffelung 5.2.2.1 keine Anwendung.

5.5.3 Abweichende Vorgaben zur Berechnung der Individualbudgets

Besteht bei Ärzten der in Anlage 4 I. und III. aufgeführten Arztgruppen, die Leistungen des Kapitels 32 auf Überweisungsscheinen für Laboratoriumsuntersuchungen als Auftragsleistung (Muster 10 der Vordruckvereinbarung, Anlage 2 BMV-Ärzte) im Abrechnungsquartal erbringen, nicht die Möglichkeit, ein Individualbudget je Arzt auf Basis des jeweiligen Quartals des Jahres 2019 zu berechnen, wird das Individualbudget des Arztes auf Basis des Abrechnungsquartals berechnet. Im Übrigen gelten die Regelungen gemäß 5.4.

Auf Antrag des Arztes kann der Vorstand der KVSA aus berechtigtem Grund das Individualbudget des Arztes anpassen.

5.5.4 Gewährung von Praxisbesonderheiten

Praxisbesonderheiten ergeben sich bezogen auf die Berechnungen der Gesamtvolumen bzw. der Laborvolumen 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 Sicherstellungsgründen.

Bei Gewährung von Praxisbesonderheiten erfolgt der Aufschlag auf den arztgruppenspezifischen Fallwert gemäß Anlage 1 II. 1) bzw. Anlage 3 I. 1), 3 II. 2) und soweit zutreffend unter Beachtung von 5.2.2.1. Die Gewährung von Praxisbesonderheiten kann zeitlich befristet werden.

5.6. Ausgleich von Honorarverlusten

Bei Vorliegen von unbilligen Härten, die nicht durch Umstände entstanden sind, die der Arzt zu verantworten hat, kann auf Antrag des/der Arztes/Ärzte eine Ausgleichszahlung erfolgen, sofern das nach den Bestimmungen des HVM berechnete Honorar der Praxis gegenüber dem Vorjahreszeitraum zu einer nachweislichen Gefährdung der wirtschaftlichen Existenz der Praxis bei einem spezifischen Sicherstellungsbedarf führt. Weiter zurückliegende Zeiträume bleiben unberücksichtigt. Voraussetzung ist, dass der zulassungsrechtliche Status in den zu vergleichenden Zeiträumen identisch ist. Für den Vergleich unberücksichtigt bleiben insbesondere Gründe, die im Leistungsverhalten des Arztes, 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 Anwendung des HVM resultieren.

Die Gefährdung der wirtschaftlichen Existenz der Praxis ist durch geeignete Unterlagen, insbesondere solchen, die von Dritten erstellt wurden, glaubhaft zu machen.

Die Feststellung, ob im Einzelfall eine unbillige Härte vorliegt, erfolgt durch den Vorstand der KVSA.

Nach positiver Entscheidung durch den Vorstand erhält der Antragsteller grundsätzlich eine zeitlich befristete Ausgleichszahlung in angemessener Höhe.

5.7 Sonderregelungen bei Vorliegen besonderer Ereignisse

5.7.1 Kompensationszahlungen

Auf der Grundlage des § 87b Absatz 2 SGB V soll die KV geeignete Regelungen zur Fortführung der Praxis in Form von Kompensationszahlungen treffen, soweit sich die Fallzahl in einem die Fortführung der Praxis gefährdenden Umfang infolge einer Pandemie, Epidemie, Naturkatastrophe oder eines anderen Großschadensereignisses mindert. Nähere Einzelheiten sind in Anlage 6a geregelt.

Die Anwendung der Regelungen kann erstmalig für das 1. Quartal 2021 erfolgen.

5.7.2 Zahlungen aus einem nichtvorhersehbaren Anstieg der MGV betreffend die mit der GOP 88240 gekennzeichneten Leistungen

Werden infolge der Corona-Pandemie Zahlungen durch die Krankenkassen im Rahmen des Verfahrens zur Bestimmung des nicht vorhersehbaren Anstiegs der MGV geleistet, sind diese auf die Praxen aufzuteilen, die Leistungen im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie erbracht

und diese mit der GOP 88240 gekennzeichnet haben. Die Aufteilung der zur Verfügung stehenden Finanzmittel erfolgt entsprechend dem prozentualen Anteil der Leistungsmenge der durch die entsprechende Praxis im Zusammenhang mit den durch die GOP 88240 gekennzeichneten und abgerechneten Leistungen an der Gesamtleistungsmenge aller Praxen, die entsprechend den Vorgaben Leistungen im Zusammenhang mit der GOP 88240 gekennzeichnet und abgerechnet haben. Die Berechnung erfolgt quartalsweise. Die Zahlung wird auf dem Kontoauszug des Quartals der Zahlung ausgewiesen. Diese Regelung gilt bis zur Aufhebung der pandemischen Lage von nationaler Tragweite oder bis zur Abschaffung der Kennzeichnungspflicht mit der GOP 88240.

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, Laborvolumen oder Individualbudgets 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 26. Mai 2021

Andreas Petri
Vorsitzender der Vertreterversammlung
der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt

Anlage 1

zum Honorarverteilungsmaßstab der KVSA

Berechnung arztgruppen- und arzt spezifische Laborvolumen, Berechnung des abgestaffelten Preises für die Leistungen des Individualbudgets

I. Berechnung arztgruppenspezifische Laborvolumen (LV)

$$LV_{AG} = \frac{LB_{AG}}{LB_{VB}} * VA_{VB}^{LabEe}$$

LB_{VB} : Anerkannter Leistungsbedarf in Euro der eigen erbrachten Laborleistungen mit Ausnahme der Leistungen des Präsenzlabor (GOP 32025 bis 32027, 32150 EBM) und der GOP des Kapitel 32 EBM, die auf Überweisungen für Laboratoriumsuntersuchungen als Auftragsleistung (Muster 10 der Vordruckvereinbarung, Anlage 2 BMV-Ä) im jeweiligen Quartal des Jahres 2019 erbracht wurden, aller Arztgruppen gemäß Anlage 4 I. und III. des Versorgungsbereichs

LB_{AG} : Anerkannter Leistungsbedarf in Euro der eigen erbrachten Laborleistungen mit Ausnahme der Leistungen des Präsenzlabor (GOP 32025 bis 32027, 32150 EBM) und der GOP des Kapitel 32 EBM, die auf Überweisungen für Laboratoriumsuntersuchungen als Auftragsleistung (Muster 10 der Vordruckvereinbarung, Anlage 2 BMV-Ä) im jeweiligen Quartal des Jahres 2019 erbracht wurden, einer Arztgruppe gemäß Anlage 4 I. und III.

AG: Arztgruppe gemäß Anlage 4 I. und III.

VA_{VB}^{LabEe} : Versorgungsbereichsspezifischer Vorwegabzug für eigen erbrachte Laborleistungen Kapitel 32 gemäß 4.2.1.6 mit Ausnahme der Leistungen des Präsenzlabor (GOP 32025 bis 32027, 32150 EBM) und der GOP des Kapitel 32 EBM, die auf Überweisungen für Laboratoriumsuntersuchungen als Auftragsleistung (Muster 10 der Vordruckvereinbarung, Anlage 2 BMV-Ä) im jeweiligen Quartal 2019 erbracht wurden

LV_{AG} : zur Verfügung stehendes Laborvolumen in Euro der Arztgruppe mit Ausnahme der Leistungen des Präsenzlabor (GOP 32025 bis 32027, 32150 EBM) und der GOP des Kapitel 32 EBM, die auf Überweisungen für Laboratoriumsuntersuchungen als Auftragsleistung (Muster 10 der Vordruckvereinbarung, Anlage 2 BMV-Ä) im jeweiligen Quartal des Jahres 2019 erbracht wurden

II. Berechnung der LV einer Arztgruppe gemäß Anlage 5a

Für die in Anlage 4 I. und III. aufgeführten Arztgruppen erfolgt die Berechnung der LV gemäß Anlage 5a je Unterabschnitt des Abschnitts 32.2 und/oder 32.3 EBM gemäß den nachfolgenden Vorgaben:

$$LV_{AG}^i = \frac{LB_{AG}^i}{LB_{AG}^{LV}} * LV_{AG}$$

LV_{AG} : Vergütungsbereich für die Vergütung der eigen erbrachten Laborleistungen mit Ausnahme der auf Überweisungen für Laboratoriumsuntersuchungen als

Auftragsleistung (Muster 10 der Vordruckvereinbarung, Anlage 2 BMV-Ä) zur Abrechnung gelangten Laborleistungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM sowie der Laborleistungen des Präsenzlabors der GOP 32025 bis 32027 und 32150 EBM in Laborvolumen einer Arztgruppe gemäß I.

LB_{AG}^i : Anerkannter Leistungsbedarf EBM in Euro im Vorjahresquartal einer Arztgruppe derjenigen eigen erbrachten Leistungen des Kapitels 32 EBM je Unterabschnitt, die innerhalb eines Laborvolumens i vergütet werden.

LB_{AG}^{LV} : Anerkannter Leistungsbedarf EBM in Euro im jeweiligen Quartal des Jahres 2019 derjenigen eigen erbrachten Leistungen des Kapitels 32 EBM, die innerhalb der LV einer Arztgruppe vergütet werden.

i : LV je Unterabschnitt Kapitel 32 für eigen erbrachte Laborleistungen einer Arztgruppe gemäß Anlage 5a

AG: Arztgruppe gemäß Anlage 4 I. und III.

1) Berechnung des arztgruppenspezifischen Fallwertes für ein Laborvolumen je Unterabschnitt

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

LB_{AG}^i : Anerkannter Leistungsbedarf EBM in Euro im jeweiligen Quartal des Jahres 2019 einer Arztgruppe derjenigen eigen erbrachten Leistungen je Unterabschnitt des Kapitels 32 EBM, die innerhalb eines LV i vergütet werden.

FZ_{AG}^i : Anzahl der Leistungsfälle gemäß 5.3 im jeweiligen Quartal des Jahres 2019 mit eigen erbrachten Leistungen je Unterabschnitt des Kapitels 32 EBM derjenigen Ärzte einer Arztgruppe, die Anspruch auf das LV i haben

i : LV für eigen erbrachte Leistungen je Unterabschnitt des Kapitels 32 EBM einer Arztgruppe

FW_{AG}^i Fallwert der Arztgruppe je LV je Unterabschnitt des Kapitels 32 EBM

2) Berechnung der LV eines Arztes je Unterabschnitt

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

FZ_{Arzt}^i : Anzahl der Leistungsfälle gemäß 5.3 mit eigen erbrachten Leistungen je Unterabschnitt des Kapitels 32 EBM derjenigen Ärzte einer Arztgruppe, die Anspruch auf das LV i haben

FW_{AG}^i Fallwert der Arztgruppe je LV mit eigen erbrachten Leistungen je Unterabschnitt des Kapitels 32 EBM

III. Berechnung des abgestaffelten Preises für die Leistungen des Individualbudgets

Die Berechnung der Individualbudgets erfolgt gemäß 5.4 je Arzt. Alle Leistungen des Abrechnungsquartals, die über 89 Prozent des ggf. dem Versorgungsumfang angepassten Individualbudgets je Arzt des jeweiligen Quartals des Jahres 2019 hinaus erbracht werden, werden zu einem abgestaffelten Preis, der sich aus nachfolgender Berechnung ergibt, vergütet.

Der abgestaffelte Preis errechnet sich wie folgt:

- 1) Feststellung des Anteils des Grundbetrages Labor, der zur Vergütung der auf Überweisungsscheinen zur Durchführung von laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen als Auftragsleistung (Muster 10 der Vordruckvereinbarung, Anlage 2 BMV-Ärzte) abgerechneten Laborleistungen Kapitel 32 EBM zur Verfügung steht.
- 2) Feststellung des Betrages, der aus dem Grundbetrag Labor benötigt wird, um die Laborleistungen der Individualbudgets auf Basis des jeweiligen Quartals des Jahres 2019 zu 89 Prozent mit den Werten der regionalen Euro-Gebührenordnung vergüten zu können.
- 3) Feststellung des über 89 Prozent der Individualbudgets hinausgehenden angeforderten Leistungsbedarfs Kapitel 32 EBM in Euro des Abrechnungsquartals.
- 4) Die Differenz aus 1) und 2) wird durch die Vergütung aus 3) dividiert. Es entsteht eine Quote, mit der die über 89 Prozent der Individualbudgets hinausgehenden Vergütungen des Kapitels 32 EBM des Abrechnungsquartals multipliziert werden.

Der so ermittelte abgestaffelte Preis muss mindestens der in den Vorgaben der KBV zur Honorarverteilung festgelegten Höhe entsprechen. Sollten die im Grundbetrag Labor zur Verfügung stehenden Mittel nicht ausreichen, besteht eine Nachschussverpflichtung gemäß den Vorgaben der KBV zur Honorarverteilung.

Anlage 2

zum Honorarverteilungsmaßstab der KVSA

Berechnung arztgruppenspezifische, arztgruppenübergreifende Vergütungsvolumen und Vergütungsbereiche

I. Berechnung des arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumens gemäß 5.1.1 (VV_{AG})

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

LB_{VB} : Zum Zeitpunkt der Auszahlung mit dem SF angepasster anerkannter Leistungsbedarf in Punkten im jeweiligen Quartal des Jahres 2019 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; 4.2.1.7; 4.2.1.9; 4.2.2.1; 4.2.3.2, 4.2.3.3 und 4.2.3.4 unter Berücksichtigung von 5.1 aller Arztgruppen gemäß Anlage 4 des Versorgungsbereichs

LB_{AG} : Zum Zeitpunkt der Auszahlung mit dem SF angepasster anerkannter Leistungsbedarf in Punkten im jeweiligen Quartal des Jahres 2019 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; 4.2.1.7; 4.2.1.9; 4.2.2.1; 4.2.3.2, 4.2.3.3 und 4.2.3.4 unter Berücksichtigung von 5.1.1 einer Arztgruppe

AG : Arztgruppe gemäß Anlage 4 I. und II.

VV_{VB} Mit dem SF angepasstes Versorgungsbereichsspezifisches Verteilungsvolumen gemäß 5.1.1

II. Berechnung der arztgruppenübergreifenden Vergütungsvolumen der Arztgruppen gemäß Anlage 4 II. (VV_{AG4II})

$$VV_{AG4II} = (VV_{AG1} - VB_{pt.Gespr.AG1}) + (VV_{AG2} - VB_{pt.Gespr.AG2}) + (VV_{AG3} - VB_{pt.Gespr.AG3}) + (VV_{AG4} - VB_{pt.Gespr.AG4}) + (VV_{AG5} - VB_{pt.Gespr.AG5})$$

$VV_{AG1 - AG5}$ Mit dem SF angepasstes arztgruppenspezifisches Verteilungsvolumen der jeweiligen Arztgruppe gemäß Anlage 4 II.

$VB_{pt.Gespr.}$ Mit dem SF angepasster Vergütungsbereich für die Vergütung der psychotherapeutischen Gesprächsleistungen der GOP 22220 und 23220 EBM je AG gemäß Anlage 4II.

VV_{AG4II} Mit dem SF angepasste Summe der Vergütungsvolumen ohne Vergütungsbereiche der GOP 22220 und 23220 EBM der jeweiligen Arztgruppen der Anlage 4 II.

III. 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 mit dem SF angepasster anerkannter Leistungsbedarf in Punkten im jeweiligen Quartal des Jahres 2019 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 mit dem SF angepasster anerkannter Leistungsbedarf in Punkten im jeweiligen Quartal des Jahres 2019 ohne Leistungen gemäß 4.1.1; 4.1.2; 4.2.1.4; 4.2.1.5; 4.2.1.6; 4.2.1.7; 4.2.1.9 und 4.2.2.1 unter Berücksichtigung von 5.1.1 einer Arztgruppe

VV_{AG} : Mit dem SF angepasstes arztgruppenspezifisches Verteilungsvolumen gemäß 5.1.1

AG: Arztgruppen des hausärztlichen Versorgungsbereichs gemäß Anlage 4 I.

b) Berechnung des Vergütungsbereichs für die Gesprächsleistungen (GOP 03230, 04230 und 04231 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 jeweiligen Quartals des Jahres 2019 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, 04231 EBM in Punkten im Abrechnungsquartal

c) Berechnung des arztgruppenspezifischen Vergütungsbereichs für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der RLV (RLV_{AG})

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

LB_{AG}^{RLV} : Zum Zeitpunkt der Auszahlung mit dem SF angepasster anerkannter Leistungsbedarf in Punkten im jeweiligen Quartal des Jahres 2019 einer Arztgruppe derjenigen Leistungen, die innerhalb der RLV vergütet werden, unter Berücksichtigung von 5.1.1

LB_{AG} : Zum Zeitpunkt der Auszahlung mit dem SF angepasster anerkannter Leistungsbedarf in Punkten im jeweiligen Quartal des Jahres 2019 ohne Leistungen gemäß 4.1.1; 4.1.2; 4.2.1.4; 4.2.1.5; 4.2.1.6; 4.2.1.7; 4.2.1.9 und 4.2.2.1 unter Berücksichtigung von 5.1.1 einer Arztgruppe

VV_{AG} : Mit dem SF angepasstes 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 QZV (QZV_{AG})

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

VV_{AG} : Mit dem SF angepasstes arztgruppenspezifisches Verteilungsvolumen gemäß 5.1.1

RLV_{AG} : Mit dem SF angepasster arztgruppenspezifischer Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der RLV gemäß c)

$Strp_{AG}$ Mit dem SF angepasster 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, 04230 und 04231 EBM) einer Arztgruppe des hausärztlichen Versorgungsbereiches

TQZ Technik-/Qualitäts-Zuschlag gemäß 5.1.2.1

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_{znar})

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

LB_{AG}^{znar} : Zum Zeitpunkt der Auszahlung mit dem SF angepasster 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 mit dem SF angepasster anerkannter Leistungsbedarf in Punkten im jeweiligen Quartal des Jahres 2019 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; 4.2.1.7; 4.2.1.9; 4.2.3.2, 4.2.3.3 und 4.2.3.4 unter Berücksichtigung von 5.1.1 der Arztgruppe „Fachärzte für Anästhesie“ bzw. „Ermächtigte Fachärzte/Krankenhäuser/Institute/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Anästhesie“

VV_{AG} : Mit dem SF angepasstes 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 der GOP 22220 und 23220 EBM für die Arztgruppen gemäß Anlage 4 II. ($VB_{AGpt.Gespr.}$)

$$VB_{AGpt.Gespr.} = \frac{LB_{AGpt.Gespr.}}{LB_{AG}} * VV_{AG}$$

$VB_{AGpt.Gespr.}$: Mit dem SF angepasster arztgruppenspezifischer Vergütungsbereich für die Vergütung der psychotherapeutischen Gespräche der GOP 22220 und 23220 EBM

$LB_{AGpt.Gespr.}$: Zum Zeitpunkt der Auszahlung mit dem SF angepasster anerkannter Leistungsbedarf in Punkten für psychotherapeutische Gespräche der GOP 22220 und 23220 EBM im jeweiligen Quartal des Jahres 2019 einer Arztgruppe gemäß Anlage 4 II., unter Berücksichtigung von 5.1.1

LB_{AG} : Zum Zeitpunkt der Auszahlung mit dem SF angepasster anerkannter Leistungsbedarf in Punkten im jeweiligen Quartal des Jahres 2019 unter Berücksichtigung von 5.1.1 der jeweiligen Arztgruppe gemäß Anlage 4 II.

VV_{AG} : Mit dem SF angepasstes arztgruppenspezifisches Verteilungsvolumen gemäß 5.1.1

c) Berechnung des arztgruppenspezifischen Vergütungsbereichs für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der RLV (RLV_{AG})

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

LB_{AG}^{RLV} : Zum Zeitpunkt der Auszahlung mit dem SF angepasster anerkannter Leistungsbedarf in Punkten im jeweiligen Quartal des Jahres 2019 einer Arztgruppe des fachärztlichen Versorgungsbereichs gemäß Anlage 4 I. derjenigen Leistungen, die innerhalb der RLV vergütet werden, unter Berücksichtigung von 5.1.1

LB_{AG} : Zum Zeitpunkt der Auszahlung mit dem SF angepasster anerkannter Leistungsbedarf in Punkten im jeweiligen Quartal des Jahres 2019 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; 4.2.1.7; 4.2.1.9; 4.2.3.2, 4.2.3.3 und 4.2.3.4 unter Berücksichtigung von 5.1.1 einer Arztgruppe

VV_{AG} : Mit dem SF angepasstes arztgruppenspezifisches Verteilungsvolumen gemäß 5.1.1

AG: Arztgruppen des fachärztlichen Versorgungsbereichs gemäß Anlage 4 I.

d) Berechnung des Vergütungsbereichs für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der QZV mit Ausnahme der Arztgruppen Fachärzte für Anästhesie, Ermächtigte Fachärzte/Krankenhäuser/Institute mit dem Versorgungsauftrag Anästhesiologie (QZV_{AG})

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

VV_{AG}: Mit dem SF angepasstes arztgruppenspezifisches Verteilungsvolumen gemäß 5.1.1

RLV_{AG}: Mit dem SF angepasster arztgruppenspezifischer Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der RLV gemäß a)

e) Berechnung des Vergütungsbereichs für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der QZV für die Arztgruppen „Fachärzte für Anästhesie“ bzw. „Ermächtigte Fachärzte/Krankenhäuser/Institute mit dem Versorgungsauftrag Anästhesiologie“ (QZV_{AG})

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

VV_{AG}: Mit dem SF angepasstes arztgruppenspezifisches Verteilungsvolumen gemäß 5.1.1

RLV_{AG}: Mit dem SF angepasster arztgruppenspezifischer Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der RLV gemäß a)

VB_{znr}: Mit dem SF angepasster 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

f) Berechnung des Vergütungsbereichs für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der QZV für die Arztgruppen der Anlage 4 II. (QZV_{AG})

$$QZV_{AG} = VB_{AGpt.Gespr.}$$

VB_{AGpt. Gespr.}: Mit dem SF angepasster arztgruppenspezifischer Vergütungsbereich für die Vergütung der psychotherapeutischen Gespräche der GOP 22220 und 23220 EBM der in Anlage 4 II. aufgeführten Arztgruppen

Anlage 3

zum Honorarverteilungsmaßstab der KVSA

Berechnungen Gesamtvolumen (RLV und QZV) gemäß 5.2

I. Berechnung des RLV je Arzt gemäß 5.2.2

1) Berechnung des arztgruppenspezifischen Fallwertes (FW_{AG})

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

RLV_{AG} : Mit dem SF angepasster arztgruppenspezifischer Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der RLV gemäß Anlage 2 III. 1) c) und 2 III. 2) c).

FZ_{AG} : Anzahl der RLV-Fälle gemäß 5.2.2 einer Arztgruppe im jeweiligen Quartal des Jahres 2019

2) Berechnung des arzt- und praxisbezogenen RLV (RLV_{Arzt})

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

FW_{AG} : Arztgruppenspezifischer Fallwert gemäß 1) unter Beachtung der Regelungen gemäß 5.2.2.1

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

Das ermittelte RLV je Arzt ist gegebenenfalls entsprechend den gemäß 5.5.4 festgestellten Praxisbesonderheiten anzupassen. Das praxisbezogene RLV ergibt sich aus der Addition der RLV der Ärzte, die in der Arztpraxis tätig sind sowie der entsprechenden Zuschläge für Kooperationen gemäß 5.2.1.

3) Morbiditätsbezogene Differenzierung des RLV nach Altersklassen gemäß 5.2.2.2

a) Differenzierung nach Versichertenpauschalen im hausärztlichen Versorgungsbereich

f = arztgruppenspezifischer Leistungsbedarf je RLV-Fall im Abrechnungsquartal aus Leistungen, die innerhalb des RLV vergütet werden, für Versicherte bis zum vollendeten 4. Lebensjahr

g = arztgruppenspezifischer Leistungsbedarf je RLV-Fall im Abrechnungsquartal aus Leistungen, die innerhalb des RLV 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 RLV 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 RLV 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 RLV vergütet werden, für Versicherte ab Beginn des 76. Lebensjahres
- k =** arztgruppenspezifischer Leistungsbedarf je RLV-Fall im Abrechnungsquartal aus Leistungen, die innerhalb des RLV 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 RLV 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 RLV vergütet werden, für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr
- g =** arztgruppenspezifischer Leistungsbedarf je RLV-Fall im Abrechnungsquartal aus Leistungen, die innerhalb des RLV 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 RLV vergütet werden, für Versicherte ab dem 60. Lebensjahr
- i =** arztgruppenspezifischer Leistungsbedarf je RLV-Fall im Abrechnungsquartal aus Leistungen, die innerhalb des RLV 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 RLV 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 QZV gemäß 5.2.3

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

1) Berechnung des Vergütungsbereichs je QZV für die in Anlage 5 aufgeführten Arztgruppen gemäß Anlage 4 I. und II.

a) Berechnung der QZV der in Anlage 5 aufgeführten Arztgruppen gemäß Anlage 4 I. (QZVⁱ_{AG})

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

QZV_{AG}: Mit dem SF angepasster Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen in QZV einer Arztgruppe gemäß Anlage 2 III. 1) d) und 2 III. 2) d) oder 2 II.2) e)

LB_{AG}ⁱ : Zum Zeitpunkt der Auszahlung mit dem SF angepasster anerkannter Leistungsbedarf in Punkten im jeweiligen Quartal des Jahres 2019 einer Arztgruppe derjenigen Leistungen, die innerhalb eines QZV i vergütet werden.

LB_{AG}^{QZV} : Zum Zeitpunkt der Auszahlung mit dem SF angepasster anerkannter Leistungsbedarf in Punkten im jeweiligen Quartal des Jahres 2019 derjenigen Leistungen, die innerhalb der QZV einer Arztgruppe vergütet werden.

i: QZV einer Arztgruppe gemäß Anlage 5 der Arztgruppen gemäß Anlage 4 I.

AG: Arztgruppe gemäß Anlage 5

b) Berechnung der QZV der in Anlage 5 aufgeführten Arztgruppen gemäß Anlage 4 II. (QZV_{AG1-5})

$$QZV_{AG1-5} = VB_{AGpt. Gespr}$$

VB_{AGpt. Gespr.}: Mit dem SF angepasster arztgruppenspezifischer Vergütungsbereich für die Vergütung der psychotherapeutischen Gespräche der GOP 22220 und 23220 EBM der in Anlage 4 II. aufgeführten Arztgruppen

2) Berechnung des QZV je Fall

a) Berechnung des Fallwertes für ein QZV je Leistungsfall (FW_{AG}^i)

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

FW_{AG}^i : Fallwert einer Arztgruppe gemäß Anlage 5 je QZV

QZV_{AG}^i : Mit dem SF angepasster Vergütungsbereich für ein QZV einer Arztgruppe gemäß 1)

FZ_{AG}^i : Anzahl der Leistungsfälle des entsprechenden Quartals des Jahres 2019 gemäß 5.2.3 derjenigen Ärzte einer Arztgruppe, die Anspruch auf das QZV i haben

i: QZV einer Arztgruppe

b) Berechnung des QZV eines Arztes je Leistungsfall (QZV_{Arzt}^i)

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

FZ_{Arzt}^i : Anzahl der Leistungsfälle gemäß 5.2.3 eines Arztes, der Anspruch auf das arztgruppenspezifische QZV 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 5.2.1.1 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. Für Ärzte der Arztgruppen gemäß Anlage 4 II. wird zur Berechnung des Kooperationsgrades anstelle der RLV-relevanten Fallzahl die QZV-relevante Fallzahl verwendet.

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

Arztgruppen mit RLV, Arztgruppe mit Vergütung aus arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen und Arztgruppen mit Individualbudgets

I. RLV-Arztgruppen

Für nachfolgende Arztgruppen werden RLV 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 Frauenheilkunde
Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Frauenheilkunde
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 SP*
FÄ für Innere Medizin mit SP* Angiologie
Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Innere Medizin mit SP* Angiologie
FÄ für Innere Medizin mit SP* Endokrinologie
Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Innere Medizin mit SP* Endokrinologie
FÄ für Innere Medizin mit SP* Gastroenterologie
Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Innere Medizin mit SP* Gastroenterologie

Arztgruppen RLV

FÄ für Innere Medizin mit SP* Kardiologie
Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Innere Medizin mit SP* Kardiologie
FÄ für Innere Medizin mit SP* Nephrologie
Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Innere Medizin mit SP* Nephrologie
FÄ für Innere Medizin mit SP* Pneumologie
Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Innere Medizin mit SP* Pneumologie
FÄ für Innere Medizin mit SP* Rheumatologie
Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Innere Medizin mit SP* Rheumatologie
FÄ für Innere Medizin mit SP* Hämatologie u./o. SP* Onkologie
Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Innere Medizin mit SP* 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
* SP = Schwerpunkt
** RL-PT = Richtlinien-Psychotherapie
*** Die Zuordnung des Arztes erfolgt an Hand der Voraussetzungen zur Abrechnung der GOP 06225 des EBM.

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

Für diese Arztgruppen erfolgt die Vergütung der Leistungen aus den Vergütungsbereichen gemäß 5.1.2.2:

Arztgruppen
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

III. **Arztgruppen mit Individualbudgets gemäß 5.4**

Für nachfolgende Arztgruppen werden Individualbudgets gebildet, sofern Laborleistungen des Kapitels 32 auf Überweisungen für Laboratoriumsuntersuchungen als Auftragsleistung (Muster 10 der Vordruckvereinbarung, Anlage 2 BMV-Ä) erbracht werden. Die Bildung der Individualbudgets erfolgt gemäß 5.4.

Arztgruppen
Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Fachärzte für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Fachärzte für Transfusionsmedizin, Fachwissenschaftler der Medizin
Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen oder ermächtigte Ärzte mit dem Versorgungsauftrag zur Erbringung von Laborleistungen des Kapitels 32
Ärzte des fachärztlichen Versorgungsbereichs aus den unter I. aufgeführten Arztgruppen

Anlage 5 zum Honorarverteilungsmaßstab der KVSA

Arztgruppen mit QZV

Für folgende Arztgruppen werden die jeweils aufgeführten QZV gebildet:

Nachfolgende QZV setzen sich systematisch für alle Arztgruppen aus denselben GOP zusammen. Die berufsrechtlichen Bestimmungen zur Erbringung von Leistungen und die Abrechnungsbestimmungen des EBM bleiben von der nachfolgenden Zuordnung der GOP zu den Arztgruppen unberührt.

Hausärzte	Arztgruppe (AGR)		DFZ AGR VJQ	RLV-Fallwert in €
	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	EBM-Nrn./EBM-Abschnitte	QZV-Fallwert in €	
	FÄ für Innere u. Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, FÄ für Innere Medizin, (hausärztlicher Versorgungsbereich)			
	Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/ Institute/Einrichtungen mit hausärztlichen Versorgungsauftrag			
	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, 23220	
	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	
	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			
	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		
	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, 23220		
	Sonographie I	33000 - 33002, 33010 - 33012, 33042 - 33044, 33050 - 33052, 33080, 33081, 33090 - 33092		
	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33040		
	Sonographie III	33060 - 33064, 33070- 33076		
	Sonographie IV	33023		
	Sonographie VI	33030, 33031		
Spirometrie	03330, 04330			
Leistungen der Rheumatologie	4.5.3			
Leistungen der Gastroenterologie	04511, 04512, 04513, 04516, 04523, 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, 23220		
	Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	30.7.1		
	Schmerztherapeutische Behandlung	30.7.2		
	Transfusionen	02110, 02111		

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, 23220		
	Psychologische Testverfahren	35.3, 16340, 21340, 03242		
Sonographie I	33000 - 33002, 33010 - 33012, 33042 - 33044, 33050 - 33052, 33080, 33081, 33090 - 33092			

Chirurgie/Kinderchirurg/Plast. Chirurgie	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, 23220			
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, 23220		
	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		
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, 19318, 19319, 19320, 19331		
	Labor-Grundpauschale	12225, 01701		
	Inkontinenzbehandlung (08311 nur außerhalb der Botulinumtoxinbehandlung)	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, 23220		
	Sonographie III	33060 - 33064, 33070 - 33076		
	Sonstige Hilfen	01820 - 01825, 01828 - 01832, 01850 - 01913		
	Besuche	01410, 01411, 01412, 01413, 01415		
	Kleinchirurgie	02300, 02301, 02302, 02310, 02312, 02313, 15321, 15322, 15323		
	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/Phoniatry 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 €	
	Phoniatry/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		
	Phoniatry, 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, 23220		
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, 23220		
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, 19318, 19319, 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	13571	
	Kontrolle Kardioverter, Defibrillator	13573	
	Kontrolle CRT-P, CRT	13575	
	Telemedizinische Funktionsanalyse	13574, 13576	
	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, 23220		
Psychologische Testverfahren	35.3, 16340, 21340, 03242		
Programmier- und Auslesegeräte	13577		
Sonographie I	33000 - 33002, 33010 - 33012, 33042 - 33044, 33050 - 33052, 33080, 33081, 33090 - 33092		
Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33040		
Sonographie III	33060 - 33064, 33070 - 33076		

	Sonographie IV	33023	
	Sonographie VI	33030, 33031	
Internisten SP Endokrinologie	Arztgruppe (AGR)		DFZ AGR VJQ
	FÄ für Innere Medizin mit Schwerpunkt Endokrinologie		RLV-Fallwert in €
	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, 23220	
Psychologische Testverfahren	35.3, 16340, 21340, 03242		
Osteodensitometrie	34600		

Internisten SP Gastroenterologie	Arztgruppe (AGR)		DFZ AGR VJQ
	FÄ für Innere Medizin mit Schwerpunkt Gastroenterologie		RLV-Fallwert in €
	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, 33040	
	Sonographie III	33060 - 33064, 33070 - 33076	
	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150, 23220	
Transfusionen	02110, 02111		
Therapeutische Proktologie	30610, 30611		
Zusatzpauschale Onkologie	08345, 15345, 13435, 26315		

Internisten SP Pneumologie	Arztgruppe (AGR)		DFZ AGR VJQ
	FÄ für Innere Medizin mit Schwerpunkt Pneumologie		RLV-Fallwert in €
	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, 23220	
	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 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, 23220	
	Sonographie I	33000-33002, 33010-3012, 33042-33044, 33050-33052, 33080, 33081, 33090-33092	

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 in €
	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33040	
	Psychos. Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	
	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150, 23220	
	Psychologische Testverfahren	35.3, 16340, 21340, 03242	

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, 23220	
	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	
----------------	---	--

	Arztgruppe (AGR)	DFZ AGR VJQ	RLV-Fallwert in €
	Internisten SP Kardiologie	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, 23220	
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	
Langzeit-EKG als Auftragsleistung		13252, 13253	
Sonographie IV		33023	
Sonographie VI		33030, 33031	
Ergospirometrie		13560, 13660	
Polygraphie		30900	
Programmier- und Auslesegeräte		13577	
Kontrolle Herzschrittmacher,		13571	
Kontrolle Kardioverter, Defibrillator		13573	
Kontrolle CRT-P, CRT-D		13575	
Telemedizinische Funktionsanalyse	13574, 13576		

	Arztgruppe (AGR)	DFZ AGR VJQ	RLV-Fallwert in €
	Internisten ohne Schwerpunkt (fachärztlich)	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,		13571	
Kontrolle Kardioverter, Defibrillator		13573	
Kontrolle CRT-P, CRT		13575	
Telemedizinische Funktionsanalyse		13574, 13576	
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, 23220	
Psychologische Testverfahren		35.3, 16340, 21340, 03242	
Schmerztherapeutische spezielle Versorgung		30.7.1	
Schmerztherapeutische Behandlung		30.7.2	
Programmier- und Auslesegeräte		13577	
Sonographie I		33000 - 33002, 33010 - 33012, 33042 - 33044, 33050 - 33052, 33080, 33081, 33090 - 33092	
Sonographie II		33020, 33021, 33022, 33040	
Sonographie III		33060 - 33064, 33070 - 33076	
Sonographie IV		33023	
Sonographie VI	33030, 33031		
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	
Funktionelle Entwicklungstherapie (Einzelbehandlung)	14310		
Funktionelle Entwicklungstherapie (Gruppenbehandlung)	14311		
Anleitung Bezugs- oder 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		

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, 23220			
Polysomnographie	30901			
Sonographie III	33060 - 33064, 33070 - 33076			
Transfusionen	02110, 02111			

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, 23220			
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			

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, 23220			
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, 23220		
	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		
Immunhistochemie im Mammographiescreening	19317			

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, 23220	
	Psychologische Testverfahren	35.3, 16340, 21340, 03242	
	Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	30.7.1	
Schmerztherapeutische Behandlung	30.7.2		

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	QZV-Fallwert in €
	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	
	Arztgruppe (AGR)	DFZ AGR VJQ	RLV-Fallwert €
	FÄ für Psychiatrie u. Psychotherapie mit einem Anteil an Leistungen der RL-PT gemäß Bedarfsplanungs-RL zw. 30 % und 90 % an der Gesamtleistungsmenge		
	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	EBM-Nrn./EBM-Abschnitte	QZV-Fallwert in €
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		

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	QZV-Fallwert in €	
	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, 19318, 19319, 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, 23220			
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 (nur außerhalb der Botulinumtoxinbehandlung)	26310, 26311			

Psychologische Psychotherapeuten	Arztgruppe (AGR)		QZV-Fallwert in €	
	Psychologische Psychotherapeuten			
	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	EBM-Nrn./EBM-Abschnitte		
Psychotherapeutische Gespräche	22220, 23220			

Kinder- und Jugendl. Psychotherapeuten	Arztgruppe (AGR)		QZV-Fallwert in €
	Kinder- und Jugendl.-Psychotherapeuten		
	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	EBM-Nrn./EBM-Abschnitte	
	Psychotherapeutische Gespräche	22220, 23220	

Fachärzte f. Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Arztgruppe (AGR)		QZV-Fallwert in €
	Fachärzte f. Psychosomatische Medizin und Psychotherapie		
	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	EBM-Nrn./EBM-Abschnitte	
	Psychotherapeutische Gespräche	22220, 23220	

Andere psychoth. tätige Ärzte	Arztgruppe (AGR)		QZV-Fallwert in €
	Andere psychoth. tätige Ärzte gemäß den Kriterien der Bedarfsplanungs-Richtlinie		
	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	EBM-Nrn./EBM-Abschnitte	
	Psychotherapeutische Gespräche	22220, 23220	

Ermächtigte mit Versorgungsauftrag Psychotherapie	Arztgruppe (AGR)		QZV-Fallwert in €
	Ermächtigte FÄ/KH/Einrichtungen oder ermächtigte psychologische Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit Versorgungsauftrag zur ausschließlichen psychotherapeutischen Tätigkeit		
	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	EBM-Nrn./EBM-Abschnitte	
	Psychotherapeutische Gespräche	22220, 23220	

Anlage 5a

zum Honorarverteilungsmaßstab der KVSA

Arztgruppen mit Laborvolumen (LV)

Für die Arztgruppen des hausärztlichen und die in Anlage 4 I. und III. aufgeführten Arztgruppen des fachärztlichen Versorgungsbereichs werden die nachfolgend aufgeführten Laborvolumen für die eigen erbrachten Laborleistungen des Kapitels 32 gebildet. Als eigen erbrachte Laborleistungen werden die Laborleistungen des Kapitels 32 betrachtet, die unter der lebenslangen Arztnummer des Arztes in der eigenen Praxis erbracht werden. Nicht berücksichtigt werden Laborleistungen des Kapitels 32, die auf Überweisungen für Laboratoriumsuntersuchungen als Auftragsleistung (Muster 10 der Vordruckvereinbarung, Anlage 2 BMV-Ä) erbracht und abgerechnet werden und die Leistungen des Präsenzlabors (GOP 32025 bis 32027 und 32150 EBM).

Die Laborvolumen setzen sich systematisch für alle Arztgruppen aus denselben GOP zusammen und werden je Arztgruppe zur Verfügung gestellt. Die berufsrechtlichen Bestimmungen zur Erbringung von Leistungen und die Abrechnungsbestimmungen des EBM bleiben von der nachfolgenden Zuordnung der GOP und der Zuordnung der Laborvolumen zu den Arztgruppen unberührt. Die Abrechnung der Laborleistungen des Kapitels 32.3 setzt eine Genehmigung der KVSA nach der Vereinbarung zu den Laboratoriumsuntersuchungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.

Die Veröffentlichung der jeweiligen Arztgruppen des fachärztlichen Versorgungsbereichs, denen für ein Quartal entsprechende Laborvolumen zugewiesen werden, und die Höhe der Fallwerte gemäß Anlage 1 II. 1) für die jeweiligen Arztgruppen des entsprechenden Quartals erfolgt vor Beginn des Quartals über die Homepage der KVSA. Die nachfolgende Darstellung für die Ärzte des fachärztlichen Versorgungsbereichs erfolgt in dieser Anlage exemplarisch für alle Arztgruppen gemäß Anlage 4 I. und III.

Hausärzte	Arztgruppe (AGR)	
	FÄ für Innere u. Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, FÄ für Innere Medizin, (hausärztlicher Versorgungsbereich)	
	Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institute/Einrichtungen mit hausärztlichen Versorgungsauftrag	
	Laborvolumen Kapitel 32.2 je Unterabschnitt EBM	LV-Fallwert in €
	32.2.1 - Basisuntersuchungen	
	32.2.2 - Mikroskopische Untersuchungen	
	32.2.3 - Physikalische oder chemische Untersuchungen	
	32.2.4 - Gerinnungsuntersuchungen	
	32.2.5 - Funktions- und Komplexuntersuchungen	
32.2.6 - Immunologische Untersuchungen und Untersuchungen auf Drogen		
32.2.7 - Mikrobiologische Untersuchungen		

Kinderärzte	Arztgruppe (AGR)	
	FÄ für Kinderheilkunde - haus- und/oder fachärztlich tätig	
	Ermächtigte FÄ/ Krankenhäuser/Institute/Einrichtungen mit Versorgungsauftrag Kinderheilkunde	
	Laborvolumen Kapitel 32.2 je Unterabschnitt EBM	LV-Fallwert in €
	32.2.1 - Basisuntersuchungen	
	32.2.2 - Mikroskopische Untersuchungen	
	32.2.3 - Physikalische oder chemische Untersuchungen	
	32.2.4 - Gerinnungsuntersuchungen	
	32.2.5 - Funktions- und Komplexuntersuchungen	
	32.2.6 - Immunologische Untersuchungen und Untersuchungen auf Drogen	
	32.2.7 - Mikrobiologische Untersuchungen	
	Arztgruppe (AGR)	
	FÄ für Kinderheilkunde - fachärztlich tätig	
	Ermächtigte FÄ/ Krankenhäuser/Institute/Einrichtungen mit Versorgungsauftrag Kinderheilkunde	
	Laborvolumen Kapitel 32.3 je Unterabschnitt EBM	LV-Fallwert in €
	32.3.1 - Mikroskopische Untersuchungen	
	32.3.2 - Funktionsuntersuchungen	
	32.3.3 - Gerinnungsuntersuchungen	
	32.3.4 - Klinisch-chemische Untersuchungen	
	32.3.5 - Immunologische Untersuchungen	
	32.3.6 - Blutgruppenserologische Untersuchungen	
	32.3.7 - Infektionsimmunologische Untersuchungen	
	32.3.8 - Parasitologische Untersuchungen	
	32.3.9 - Mykologische Untersuchungen	
	32.3.10 - Bakteriologische Untersuchungen	
32.3.11 - Virologische Untersuchungen		
32.3.12 - Molekularbiologische Untersuchungen		
32.3.14 - Molekulargenetische Untersuchungen		
32.3.15 - Immungenetische Untersuchungen		

Arztgruppen (AGR) des fachärztlichen Versorgungsbereichs je Arztgruppe		
Jeweilige Arztgruppe des fachärztlichen Versorgungsbereichs gemäß Anlage 4 I. und III.	Exemplarische Darstellung der Laborvolumen für die jeweiligen Arztgruppen gemäß Anlage 4 I. und III. des fachärztlichen Versorgungsbereichs für eigen erbrachte Laborleistungen des Kapitels 32 EBM ohne Berücksichtigung der auf Überweisungen für Laboratoriumsuntersuchungen als Auftragsleistung (Muster 10 der Vordruckvereinbarung, Anlage 2 BMV-Ä) erbrachten Laborleistungen des Kapitels 32 EBM und ohne die Leistungen des Präsenzlabors	
	Exemplarische Darstellung der Laborvolumen für die jeweiligen Arztgruppen der Ermächtigte FÄ/ Krankenhäuser/Institute/Einrichtungen gemäß Anlage 4 I. und III., die im Rahmen ihrer Ermächtigung eigen erbrachte Laborleistungen des Kapitels 32 abrechnen ohne Berücksichtigung der auf Überweisungen für Laboratoriumsuntersuchungen als Auftragsleistung (Muster 10 der Vordruckvereinbarung, Anlage 2 BMV-Ä) erbrachten Laborleistungen des Kapitels 32 EBM und ohne die Leistungen des Präsenzlabors	
	Laborvolumen Kapitel 32.2 je Unterabschnitt EBM	LV-Fallwert in €
	32.2.1 - Basisuntersuchungen	
	32.2.2 - Mikroskopische Untersuchungen	
	32.2.3 - Physikalische oder chemische Untersuchungen	
	32.2.4 - Gerinnungsuntersuchungen	
	32.2.5 - Funktions- und Komplexuntersuchungen	
	32.2.6 - Immunologische Untersuchungen und Untersuchungen auf Drogen	
	32.2.7 - Mikrobiologische Untersuchungen	
	Laborvolumen Kapitel 32.3 je Unterabschnitt EBM	LV-Fallwert in €
	32.3.1 - Mikroskopische Untersuchungen	
	32.3.2 - Funktionsuntersuchungen	
	32.3.3 - Gerinnungsuntersuchungen	
	32.3.4 - Klinisch-chemische Untersuchungen	
	32.3.5 - Immunologische Untersuchungen	
	32.3.6 - Blutgruppenserologische Untersuchungen	
	32.3.7 - Infektionsimmunologische Untersuchungen	
	32.3.8 - Parasitologische Untersuchungen	
	32.3.9 - Mykologische Untersuchungen	
32.3.10 - Bakteriologische Untersuchungen		
32.3.11 - Virologische Untersuchungen		
32.3.12 - Molekularbiologische Untersuchungen		
32.3.14 - Molekulargenetische Untersuchungen		
32.3.15 - Immungenetische Untersuchungen		

Anlage 6

zum Honorarverteilungsmaßstab der KVSA

Sonderregelungen bei Anwendung Gesamtvolumen

I. Sonderregelungen bei Anwendung Gesamtvolumen gemäß 5.5.2

Aus Sicherstellungsgründen kann auf Antrag des Arztes bezüglich der Übernahme von Patienten von der Minderung des Fallwertes entsprechend 5.2.2.1 abgewichen 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 5.2.2.1 keine Anwendung.

Im begründeten Einzelfall kann aus Gründen der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung durch den Vorstand der KVSA eine Aussetzung der Fallwertabstaffelung beschlossen werden.

Anlage 6a

zum Honorarverteilungsmaßstab der KVSA

Sonderregelungen bei Vorliegen besonderer Ereignisse

I. Allgemeines

1.) Zeitpunkt und Dauer der Anwendung

Die Anlage 6a regelt in Verbindung mit Punkt 5.7.1 des HVM mögliche Kompensationszahlungen für Abrechnungsquartale ab dem 1. Januar 2021, in denen eine Pandemie, Epidemie, Naturkatastrophe oder ein anderes Großschadensereignis gemäß § 87b Abs. 2a SGB V offiziell durch die zuständigen Ministerien des Bundes oder des Landes ausgerufen bzw. erklärt ist. Liegt kein o. g. besonderes Ereignis vor oder wurde die besondere Lage nicht durch die dafür zuständigen Ministerien des Bundes oder des Landes ausgerufen oder erklärt, können nachfolgende Regelungen keine Anwendung finden.

2.) Allgemeine Festlegung

Die in den Punkten 1 bis 5.6, 6. und 7. festgelegten Regelungen des HVM finden weiterhin Anwendung.

3.) Kompensationszahlungen bei Fallzahlrückgängen im Falle eines besonderen Ereignisses

Mindert sich die Behandlungsfallzahl gemäß Bundesmantelvertrag § 21 Abs. 1 und 2 der Praxis, ausgenommen Behandlungsfälle mit ausschließlichen telefonischen Arzt-Patienten-Kontakten gemäß EBM, in einem die Fortführung der Praxis gefährdenden Umfang infolge einer Pandemie, Epidemie, Naturkatastrophe oder eines anderen Großschadensereignisses, kann nach Maßgabe dieser Anlage auf Antrag der Praxis eine Kompensationszahlung unter Beachtung der nachfolgenden Regelungen erfolgen:

II. Kompensationszahlungen gemäß § 87b Absatz 2 SGB V

Kompensationszahlungen können nur erfolgen, soweit Finanzmittel in ausreichendem Maße zur Verfügung stehen. Kompensationszahlungen können für Leistungen innerhalb der MGV gewährt werden. Dabei sind Veränderungen der Abgrenzung zur MGV zwischen dem Abrechnungsquartal und dem jeweiligen Vergleichsquartal zu berücksichtigen. Das Vergleichsquartal entspricht dem Quartal, welches zur Berechnung der Fallwerte für die RLV und QZV herangezogen wird.

1.) Finanzmittel

Nicht im Rahmen der Quartalsabrechnungen abgerufene oder nicht verbrauchte Finanzmittel des jeweiligen Versorgungsbereichs werden je Versorgungsbereich zur Finanzierung von Kompensationszahlungen zur Verfügung gestellt. Diese innerhalb des Versorgungsbereichs zur Verfügung stehenden Finanzmittel werden beginnend mit dem 1. Quartal 2021, quartalsweise für Kompensationszahlungen infolge besonderer Ereignisse (Pandemien, Epidemien, Naturkatastrophen oder andere Großschadensereignisse) verwendet. Stehen in einem Versorgungsbereich keine oder nicht ausreichend Finanzmittel zur Verfügung, kann der Vorstand die Kompensationszahlung aussetzen oder eine Quotierung der Zahlung festlegen. Stehen in einem Quartal in einem Versorgungsbereich mehr Finanzmittel zur Verfügung als für die Kompensationszahlungen eines Quartals benötigt werden, werden diese für Kompensationszahlungen nachfolgender Quartale

bereitgestellt. Eine ggf. mögliche Rückführung nicht benötigter Finanzmittel erfolgt versorgungsbereichsspezifisch nach offizieller Erklärung der Beendigung des besonderen Ereignisses.

2.) Antragsverfahren

Die KVSA prüft auf Antrag der Praxis den Anspruch auf Kompensationszahlung. Der Antrag auf Gewährung von Kompensationszahlungen gemäß § 87b Abs. 2 SGB V ist durch die betreffende Praxis in dem im KVSAonline-Portal zur Verfügung stehenden vollständig auszufüllenden elektronischen Antragsformular jeweils für das erste Quartal des Jahres vom 15. Mai bis zum 31. August des Jahres, für das 2. Quartal des Jahres vom 15. August bis 30. November des Jahres, für das 3. Quartal des Jahres vom 15. November des Jahres bis zum 28. Februar des Folgejahres und für das 4. Quartal des Jahres vom 15. Februar des Folgejahres bis zum 31. Mai des Folgejahres zu stellen. Außerhalb der Zeiträume eingehende oder unvollständig ausgefüllte Anträge werden nicht berücksichtigt. Kompensationszahlungen können darüber hinaus nur dann gewährt werden, wenn die Praxis im Abrechnungsquartal für das die Kompensationszahlung beantragt wird, im erteilten Umfang des Versorgungsauftrags zur Verfügung stand.

Bei einer Unterschreitung des Versorgungsauftrages kann eine Kompensationszahlung nur dann vorgenommen werden, wenn die Praxis durch das besondere Ereignis verursachte rechtfertigende Gründe für die Unterschreitung nachweist.

3.) Anspruchsvoraussetzungen

Für die Gewährung von Kompensationszahlungen gemäß § 87b Absatz 2 SGB V gelten folgende Anspruchsvoraussetzungen:

a) Fallzahlrückgang

Die Behandlungsfallzahl gemäß Bundesmantelvertrag § 21 Abs. 1 und 2, ausgenommen Behandlungsfälle mit ausschließlichen telefonischen Arzt-Patienten-Kontakt gemäß EBM der Praxis muss im Abrechnungsquartal pandemiebedingt unterhalb der Behandlungsfallzahl gemäß Bundesmantelvertrag des Vergleichsquartals liegen.

Fallzahlminderungen, die auf nicht im Zusammenhang mit den besonderen Ereignissen (z. B. Urlaub) zurückzuführen sind oder Zeiträume für die anderweitige Ansprüche geltend gemacht werden können (z. B. Quarantäne) bleiben bei der Berechnung der Kompensationszahlungen unberücksichtigt.

b) Honorarrückgang

Das Gesamthonorar der Praxis muss im Abrechnungsquartal um mehr als 15 % unter dem Gesamthonorar der Praxis des Vergleichsquartals liegen.

Dabei gilt Folgendes:

aa) Das zu berücksichtigende Gesamthonorar der Praxis im Vergleichsquartal basiert auf dem zum Zeitpunkt der Berechnung anerkannten Gesamthonorar aller im Vergleichsquartal abgerechneten Leistungen (inkl. des Honorars der Sonstigen Kostenträger, der Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung, den Bereitschaftsdienstpauschalen, dem sich aus der Corona-Pandemie ergebenden Honorare aus gesonderten Verträgen und Verordnungen). Das Honorar des Vergleichsquartals für Leistungen der Kapitel 25 und 40.15 EBM wird mit der arztgruppenspezifischen Vergütungsquote der dem Gesamtvolumen des Vergleichsquartals unterliegenden Leistungen multipliziert und bei der Bestimmung der Höhe des vergleichbaren Gesamthonorars berücksichtigt.

bb) Das Gesamthonorar je Praxis des Abrechnungsquartals basiert auf dem ermittelten Gesamthonorar aller im Abrechnungsquartal anerkannten Leistungen (inkl. des Honorars der Sonstigen Kostenträger, der Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung, den

Bereitschaftsdienstpauschalen, dem sich aus der Corona-Pandemie ergebenden Honorare aus gesonderten Verträgen und Verordnungen).

cc) Liegt das Gesamthonorar im Abrechnungsquartal bei mindestens 85 % des Gesamthonorars des Vergleichsquartals, besteht kein Anspruch auf eine Kompensationszahlung.

dd) Liegen keine Daten des Vergleichsquartals für die Praxis vor, besteht kein Anspruch auf eine Kompensationszahlung.

4. Höhe der Kompensationszahlungen

Die KVSA ermittelt bei Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen gemäß 3. die Höhe der Kompensationszahlung je Praxis soweit Finanzmittel für den jeweiligen Versorgungsbereich zur Verfügung stehen. Die Höhe der Kompensationszahlungen kann durch den Vorstand durch eine versorgungsbereichsspezifische Quotierung an die zur Verfügung stehenden Finanzmittel angepasst werden. Soweit keine ausreichenden Finanzmittel zur Verfügung stehen, kann die Kompensationszahlung ausgesetzt werden.

Die Kompensationszahlung der Praxis wird ab einer Höhe von 1.000 Euro gezahlt. Darunter liegende Beträge werden nicht ausgezahlt.

a) Berechnung der Kompensationszahlung je Praxis

Die Kompensationszahlung bemisst sich an der Honorardifferenz zwischen den im Vergleichsquartal und den im Abrechnungsquartal erbrachten MGV-Leistungen der Praxis, in Abhängigkeit der für den Ausgleich zur Verfügung stehenden Finanzmittel. Ein möglicher Ausgleich kann max. 85 % des Honorars für die zu berücksichtigenden MGV-Leistungen des Vergleichsquartals umfassen. Nicht berücksichtigt werden Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM mit Ausnahme der Kostenpauschalen des Abschnitts 40.14. Bei der Feststellung der Honorare der im Abrechnungsquartal erbrachten MGV-Leistungen werden die Honorare, die sich aus den TSVG-Konstellationen, aus der Corona-Test-, der Corona-Impfverordnung sowie Änderungen der Honoraranteile, die sich aus der Abgrenzung zwischen der MGV- und EGV- Zuordnung (z. B. ASV) ergeben, berücksichtigt.

Dabei sind nachfolgende Regelungen zu beachten:

aa) Sofern die Praxistätigkeit im Abrechnungsquartal nicht vollständig im Abgleich zum Vergleichsquartal ausgeübt wurde, wird das Vergleichshonorar der Praxis zur Berechnung der Kompensationszahlung auf den Tag heruntergerechnet und auf die im Abrechnungsquartal abgerechneten Tage angepasst.

bb) Die Kompensationszahlung wird in der Höhe gemindert, in der die antragstellende Praxis Entschädigungen nach dem Infektionsschutzgesetz oder Ausgleichs- bzw. Hilfszahlungen aufgrund anderer Anspruchsgrundlagen für das betreffende Kalenderjahr erhalten hat.

Die Höhe der Inanspruchnahme von Ausgleichs- oder Hilfszahlungen ist durch den Arzt oder Psychotherapeuten innerhalb des Antragszeitraums im elektronischen Antrag im KVSAonline-Portal zwingend und vollständig anzugeben.

cc) Wenn für einen Arzt der Praxis ein Mindestumsatz gemäß Beschluss des Landesauschusses gewährt wird, ist die Anwendung der vorstehenden Regelungen für den betreffenden Arzt mit dem Mindestumsatz ausgeschlossen.

dd) Der Vorstand der KVSA entscheidet über die Anträge der Praxen auf Kompensationszahlung.

5. Sonderregelungen

- a) Eine Änderung des Versorgungsumfangs zwischen dem Vergleichsquartal und dem Abrechnungsquartal kann im Einzelfall nach Prüfung der Gesamtumstände durch den Vorstand im Rahmen des Antrags bei der Berechnung der Kompensationszahlung berücksichtigt werden.
- b) Der Vorstand der KVSA kann in begründeten Fällen zur Sicherung des Praxiserhalts von den o. a. Regelungen abweichen.

Anlage 7

zum Honorarverteilungsmaßstab der KVSA

Bereinigung

I. Bereinigung der Vergütungsvolumina der jeweiligen Grundbeträge

In den Vergütungsvolumen der jeweiligen Grundbeträge sind im aktuellen Abrechnungsquartal die notwendigen Bereinigungen, die durch das SGB V vorgesehen sind, sowie Änderungen in der Abgrenzung der MGV 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 bzw. entsprechend den durch den Bewertungsausschuss festgelegten Verfahren zur 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 der jeweiligen Grundbeträge für das Folgejahr unberücksichtigt. Die Vorgaben der KBV zur Honorarverteilung bezüglich der Bereinigung sind zu beachten.

II. Bereinigung der Vorwegabzüge, Vergütungsbereiche, RLV, QZV, Laborvolumen und Individualbudgets für Verträge nach §§ 64, 73b, 87a, 116b und 140a SGB V

Gemäß §§ 64, 73b, 87a 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 MGV bei der Bereinigung der arzt- und praxisbezogenen RLV, der QZV, der Laborvolumen, der Individualbudgets, der Vergütungsbereiche 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, der Laborvolumen oder der Individualbudgets betreffen.

Darüber hinaus sind die Bereinigungen im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung gemäß § 116b SGB V in den jeweilig betroffenen Vorwegabzügen, Vergütungsbereichen, RLV, QZV, Laborvolumen oder der Individualbudgets 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, Laborvolumen, Vergütungsvolumen oder Individualbudgets setzt eine bereinigte MGV für den betreffenden 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 der für den betroffenen Versorgungsbereich bzw. die Praxis ermittelte Betrag.

Das Bereinigungsvolumen ist für jeden zu bereinigenden Vertrag 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 Laborvolumen, den Individualbudgets, den betreffenden Budgets oder Vergütungsbereichen ermittelt und ist den entsprechenden Finanzmitteln zu entnehmen.

Die Bereinigung der RLV, QZV, der Laborvolumen, der Individualbudgets, 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, Laborvolumen, Individualbudgets 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, Individualbudgets, Laborvolumen, 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 den jeweiligen Grundbeträgen bzw. Vergütungsvolumen, Vergütungsbereichen, Individualbudgets, Laborvolumen 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 MGV 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 MGV 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 $_{Arzt}$ 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.

d) Bereinigung Labor

Die der Bereinigung unterliegenden Leistungen des Kapitels 32 EBM werden arzt spezifisch beim Honorar aus Laborleistungen abgezogen.

3) Durchführung der 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, Laborvolumen, Individualbudget, Budget, Vergütungsbereich oder Vorwegabzug (Honorar) der betroffenen Arztgruppe und des/der teilnehmenden Arztes/Ärzte.

Anlage 8 zum Honorarverteilungsmaßstab der KVSA

Vergütung des Technik-/Qualitäts-Zuschlages (TQZ) gemäß 5.1.2.1

Die Vergütung des TQZ erfolgt bei Abrechnung der in Anlage 8 definierten Leistungsbereiche soweit die hausärztliche Praxis in dem jeweiligen Abrechnungsquartal Leistungen aus mindestens 4 von 10 in Anlage 8 I. bzw. die kinderärztliche Praxis Leistungen aus mindestens 4 von 8 in Anlage 8 II. aufgeführten Leistungsbereiche nach sachlich rechnerischer Richtigstellung zur Abrechnung gebracht hat. Die Vergütung erfolgt entsprechend den Regelungen in 5.1.2.1 je Leistungsfall der Praxis.

I. Leistungsbereiche der Hausärzte gemäß 5.1.2.1

Leistungsbereich	GOP des EBM
Besuche	01410 – 01415
Videosprechstunde	01450
Kleinchirurgische Eingriffe	02300-02302, 02310, 02312, 02313
Langzeit-EKG oder Langzeit-Blutdruckmessung	03241, 03322, 03324
Ergometrie	03321
Spirometrie	03330
Geriatric	03360, 03362, 30980, 30981,30984, 30985, 30986, 30988
Sonographie	Kap. 33
Psychosomatik	35100, 35110
Kooperations- und Koordinationsleistungen	37100, 37102, 37105, 37113, 37120

II. Leistungsbereiche der Kinderärzte gemäß 5.1.2.1

Leistungsbereich	GOP des EBM
Besuche	01410 – 01415
Videosprechstunde	01450
Kleinchirurgische Eingriffe	02300-02302, 02310, 02312, 02313
Spirometrie	04330
Sozialpädiatrie	04355, 04356
Sonographie	Kap. 33
Psychosomatik	35100, 35110
Allergologie	Abschnitt 30.1