

Honorarverteilungsmaßstab (HVM)
der Kassenärztlichen Vereinigung
Sachsen-Anhalt
(KVSA)
ab dem 2. Quartal 2014

- 1. Präambel**
- 2. Grundsätze**
- 3. Struktur der Verteilung der MGV**
- 4. Grundbeträge, Vergütungsvolumen, Vorwegabzüge**
 - 4.1 Grundbeträge und Vergütungsvolumen**
 - 4.1.1 Ärztlicher Bereitschaftsdienst**
 - 4.1.2 Labor**
 - 4.1.2.1 Bundeseinheitliche Abstufungsquote „Q“**
 - 4.1.2.2 Budgetierung der Leistungen des Abschnitts 32.3 EBM bei „Nicht-Laborärzten“**
 - 4.1.3 Hausarzt**
 - 4.1.4 Facharzt**
 - 4.1.4.1 Genetisches Labor**
 - 4.1.4.2 Pauschale für die „Fachärztliche Grundversorgung (PFG)“**
 - 4.2 Versorgungsbereichsspezifische Vorwegabzüge**
 - 4.2.1 Vorwegabzüge des haus- und fachärztlichen Vergütungsvolumens**
 - 4.2.1.1 Gesetzliche und vertragliche Aufgaben**
 - 4.2.1.2 Besonderheiten**
 - 4.2.1.3 Gesamtvolumen übersteigende Leistungen**
 - 4.2.1.4 Leistungen des Kapitels 40 EBM**
 - 4.2.1.5 Belegärztliche Leistungen außerhalb Kapitel 36 EBM**
 - 4.2.2 Vorwegabzüge des hausärztlichen Vergütungsvolumens**
 - 4.2.2.1 Leistungen der Geriatrie, Palliativmedizin und Sozialpädiatrie**

4.2.3 Vorwegabzüge des fachärztlichen Vergütungsvolumens

4.2.3.1 Fachärztlich definierte Leistungen von Hausärzten

4.2.3.2 Laborleistungen außerhalb des Kapitels 32 EBM

4.2.3.3 Notfalleleistungen außerhalb der Zeiten des ärztlichen Bereitschaftsdienstes

5. Verteilung der Vergütungsvolumen, Gesamtvolumen, zeitbezogene Kapazitätsgrenzen und Sonderregelungen

5.1 Versorgungsbereichsspezifische Verteilung der Vergütungsvolumen

5.1.1 Arztgruppenspezifische Verteilungsvolumen

5.1.2 Arztgruppenspezifische Vergütungsbereiche

5.1.2.1 Hausärztliches Verteilungsvolumen

5.1.2.2 Fachärztliches Verteilungsvolumen

5.2 Gesamtvolumen (RLV und QZV) und zeitbezogene Kapazitätsgrenzen (zKG)

5.2.1 Gesamtvolumen (RLV und QZV)

5.2.1.1 Berücksichtigung von Kooperationen

5.2.2 Regelleistungsvolumen (RLV)

5.2.2.1 Fallzahlzuwachsbegrenzung im fachärztlichen Versorgungsbereich

5.2.2.2 Fallwertabstaffelung im haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich

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

5.2.3 Qualifikationsgebundene Zusatzvolumen (QZV)

5.2.3.1 Korrekturfaktor

- 5.2.4 Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen (zKG)**
- 5.3 Sonderregelungen bei Anwendung der Gesamtvolumen und zKG**
 - 5.3.1 Sonderregelungen bei Anwendung der Gesamtvolumen**
 - 5.3.1.1 Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit**
 - 5.3.1.2 Erhöhung der Gesamtvolumen und Aussetzung Fallzuwachsbeschränkung**
 - 5.3.1.3 Gewährung von Praxisbesonderheiten**
 - 5.3.2 Sonderregelungen bei Anwendung der zKG**
 - 5.3.2.1 Aufnahme der Tätigkeit**
 - 5.3.2.2 Gewährung von Praxisbesonderheiten**
- 5.4 Ausgleich von Honorarverlusten**
- 6. Bereinigung**
- 7. Anlagen**

Anlage 1

Bildung der Grundbeträge, Vergütungsvolumen, Vorwegabzüge, Angleichung der MGV und Budgetregelung Kapitel 32 EBM

- I. Bildung der Grundbeträge und Vergütungsvolumen**
 - 1) Grundbetrag und Vergütungsvolumen „Bereitschaftsdienst“ gemäß 4.1.1**
 - a) Bildung des Ausgangswertes
 - b) Fortschreibung des Grundbetrags
 - c) Bildung des Vergütungsvolumens
 - 2) Grundbetrag und Vergütungsvolumen „Labor“ gemäß 4.1.2**
 - a) Bildung des Ausgangswertes
 - b) Fortschreibung des Grundbetrags
 - c) Bildung des Vergütungsvolumens
 - 3) Grundbetrag und Vergütungsvolumen „Hausarzt“ gemäß 4.1.3**
 - a) Bildung des Ausgangswertes
 - b) Fortschreibung des Grundbetrags
 - c) Bildung des Vergütungsvolumens
 - 4) Grundbetrag und Vergütungsvolumen „Facharzt“ gemäß 4.1.4**
 - a) Bildung des Ausgangswertes
 - b) Fortschreibung des Grundbetrags
 - c) Bildung des Vergütungsvolumens
 - 5) Grundbetrag und Vergütungsvolumen „Genetisches Labor“ gemäß 4.1.4.1**
 - a) Bildung des Ausgangswertes
 - b) Fortschreibung des Ausgangswertes für den Grundbetrag
 - c) Bildung des Vergütungsvolumens
 - 6) Versorgungsbereichsspezifischer Grundbetrag und Vergütungsvolumen „PFG“ gemäß 4.1.4.2**
 - a) Festlegung der Finanzmittel
 - b) Fortschreibung der Finanzmittel
 - c) Bildung des Vergütungsvolumens
- II. Berechnung der versorgungsbereichsspezifischen Vorwegabzüge**

Vorwegabzug Notfalleleistungen außerhalb der Zeiten des ärztlichen Bereitschaftsdienstes gemäß 4.2.3.3

- III. Angleichung an die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung**
- IV. Budgetierung der Leistungen des Abschnitts 32.3 EBM bei „Nicht-Laborärzten“**

Anlage 2

Berechnung arztgruppenspezifischer Verteilungsvolumen und Vergütungsbereiche

- I. Berechnung des arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumens gemäß 5.1.1**
 - 1) Berechnung des arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumens**

- II. Berechnung der arztgruppenspezifischen Vergütungsbereiche im haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich**
 - 1) Im hausärztlichen Versorgungsbereich gemäß 5.1.2.1**
 - a) Berechnung des arztgruppenspezifischen Vergütungsbereiches für die Vergütung der Zuschläge für die Vorhaltung hausärztlicher Strukturen ($Strp_{AG}$)**
 - b) Berechnung des Vergütungsbereichs für die Gesprächsleistungen (GOP 03230 und 04230 EBM) unter Beachtung der Präambeln 3.1 10. und 4.1 11. EBM ($Gspr_{AG}$)**
 - c) Berechnung des arztgruppenspezifischen Vergütungsbereichs für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der Regelleistungsvolumen (RLV_{AG})**
 - d) Berechnung des Vergütungsbereichs für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen**

 - 2) im fachärztlichen Versorgungsbereich gemäß 5.1.2.2**
 - a) Berechnung des arztgruppenspezifischen Vergütungsbereichs für die ärztlichen Leistungen innerhalb des RLV (RLV_{AG})**
 - b) Berechnung des Vergütungsbereichs für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen**

Anlage 3

Berechnungen Gesamtvolumen (RLV und QZV) und zKG gemäß 5.2

- I. Berechnung des Regelleistungsvolumens je Arzt gemäß 5.2.2**
 - 1) Berechnung des arztgruppenspezifischen Fallwertes
 - 2) Berechnung des arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumens
 - 3) Morbiditätsbezogene Differenzierung des Regelleistungsvolumens nach Altersklassen gemäß 5.2.2.3
 - a) Differenzierung nach Versichertenpauschalen im hausärztlichen Versorgungsbereich
 - b) Differenzierung nach Grundpauschalen im fachärztlichen Versorgungsbereich

- II. Berechnung der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen gemäß 5.2.3**
 - 1) Berechnung des Vergütungsbereichs je qualifikationsgebundenem Zusatzvolumen für jede Arztgruppe gemäß Anlage 5
 - 2) Berechnung des qualifikationsgebundenen Zusatzvolumens je Fall oder je Arzt
 - a) Variante A: Fallbezug
 - aa) Berechnung des Fallwertes für ein qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen je Leistungsfall
 - bb) Berechnung des qualifikationsgebundenen Zusatzvolumens eines Arztes je Leistungsfall
 - b) Variante B: Arztbezug
 - aa) Berechnung des qualifikationsgebundenen Zusatzvolumens eines Arztes
 - 3) Korrekturfaktor

- III. Berechnung des Kooperationsgrades gemäß 5.2.1.1**
 - b)

- IV. Berechnung des abgestaffelten Preises gemäß 5.2.**

- V. Berechnung der zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen (zKG) gemäß 5.2.4**

Anlage 4

Arztgruppen mit RLV und Arztgruppen mit zKG

I. RLV-Arztgruppen

II. zKG-Arztgruppen

Anlage 5

Arztgruppen mit QZV

Anlage 6

Sonderregelungen bei Anwendung Gesamtvolumen und zeitbezogene Kapazitätsgrenzen

I. Sonderregelungen bei Anwendung Gesamtvolumen gemäß 5.3.1.2

II. Ausgleich von Honorarverlusten gemäß 5.4

Anlage 7

Bereinigung

I. Bereinigung der Vergütungsvolumina der jeweiligen Grundbeträge

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

1) Grundsätze der Bereinigung

2) Durchführung der Bereinigung - Verträge mit ex-ante Einschreibung

a) Bereinigung von Vergütungsbereichen

b) Bereinigung des RLV

c) Bereinigung der QZV

d) Bereinigung der zKG

3) Durchführung Bereinigung - Verträge mit situativer Einschreibung

Honorarverteilungsmaßstab der KVSA ab dem 2. Quartal 2014

1. Präambel

Zur Honorierung der vertragsärztlichen Tätigkeit beschließt die Vertreterversammlung der KVSA auf der Grundlage von § 87 b SGB V im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen das folgende Verfahren zur Honorarverteilung.

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

2. Grundsätze

An der Honorarverteilung nehmen alle in § 2 Abs. 1 a) bis j) 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 § 87 a SGB V. Die Honorarverteilung erfolgt unter Berücksichtigung der Regelungen zum Fremdkassenzahlungsausgleich (FKZ) und Beachtung der Vorgaben der KBV gemäß § 87 b Abs. 4 SGB V (GKV-VStG) zur Honorarverteilung.

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), zeitgebundenen Kapazitätsgrenzen (zKG) oder anderen begrenzenden Vergütungsvolumen, soweit in anderen Verträgen nichts Abweichendes geregelt ist. Innerhalb der MGV von den Vertragspartnern festgelegte Vergütungsvolumina werden dem jeweiligen arztgruppenspezifischen Vergütungsvolumen nach Punkt 5.1.2 zugeführt. Sollten in anderen Verträgen Begrenzungsregelungen festgelegt sein, erfolgt bei Überschreitung der Begrenzungsregelung eine entsprechende Anpassung der Vergütung.

3. Struktur der Verteilung der MGV

Die KBV erlässt verbindliche Vorgaben zur Honorarverteilung gemäß § 87 b Abs. 4 SGB V. Zur Festlegung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung ist die Bildung folgender Grundbeträge je Versicherten vorgegeben:

- hausärztlicher Grundbetrag
- fachärztlicher Grundbetrag
- Grundbetrag ärztlicher Bereitschaftsdienst
- Grundbetrag Labor.

Aus den fachärztlichen Finanzmitteln zur Bildung des fachärztlichen Grundbetrags werden versorgungsbereichsspezifische Grundbeträge gebildet. Darüber hinaus werden aus den haus- und fachärztlichen Vergütungsvolumen Vorwegabzüge bestimmt.

Versorgungsbereichsspezifische Grundbeträge sind je Versicherten verpflichtend im fachärztlichen Versorgungsbereich zu bestimmende Beträge, die für den Leistungsbereich Humangenetik (Grundbetrag „genetisches Labor“) und für die Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung (Grundbetrag „PFG“) aus den fachärztlichen Finanzmitteln zu bilden sind.

Durch Multiplikation der entsprechenden Grundbeträge mit der zutreffenden Zahl der Versicherten wird das jeweilige Vergütungsvolumen gebildet.

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.

Die Verteilung der Vergütungsvolumen erfolgt durch Regelleistungsvolumen, qualifikationsgebundene Zusatzvolumen und zeitbezogene Kapazitätsgrenzen.

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. 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.

Im Rahmen der ausschließlichen psychotherapeutischen Tätigkeit werden anstelle von RLV und QZV arzt- und **zeitbezogene Kapazitätsgrenzen (zKG)** gebildet, bis zu denen die darin enthaltenen Leistungen mit dem Wert der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet werden. Bei Überschreitung der arztbezogenen zKG erfolgt in einem begrenzten Rahmen eine Vergütung der Leistungen zu einem abgestaffelten Preis.

4. Grundbeträge, Vergütungsvolumen, Vorwegabzüge

4.1 Grundbeträge und Vergütungsvolumen

4.1.1 Ärztlicher Bereitschaftsdienst

Der Grundbetrag „Ärztlicher Bereitschaftsdienst“ ist ein Grundbetrag je Versicherten, der für die Vergütung der Leistungen des ärztlichen Bereitschaftsdienstes und Notfallbehandlung während der Zeiten des organisierten Notdienstes durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser entsprechend den Vorgaben der KBV zur Honorarverteilung, Teil B, gebildet wird.

Der Ausgangswert für die Bildung des Grundbetrags „ärztlicher Bereitschaftsdienst“ in den Quartalen 4/2013 bis 3/2014 basiert auf der zutreffenden MGV des entsprechenden Vorjahresquartals für diesen Leistungsbereich. Unter Anwendung der Vorgaben der KBV zur Honorarverteilung wird daraus das Vergütungsvolumen gebildet.

Aus dem Vergütungsvolumen werden die erbrachten Leistungen im Rahmen des ärztlichen Bereitschaftsdienstes und die Notfalleistungen der Nichtvertragsärzte, Krankenhäuser und Institute während der Zeiten des ärztlichen Bereitschaftsdienstes auf der Grundlage des EBM zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet.

Sollte das Vergütungsvolumen „ärztlicher Bereitschaftsdienst“ nicht ausreichen, entsteht eine Nachschussverpflichtung aus dem haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich. Bei nicht vollständiger Verwendung des zur Verfügung stehenden Vergütungsvolumens erfolgt eine Rückführung in den haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich.

Die Berechnungen für die Bildung des Grundbetrags und die Finanzierung eines ggf. notwendigen Nachschusses bzw. die Verteilung eines ggf. vorhandenen Überschusses ergeben sich aus Anlage 1 I. 1) und den Vorgaben der KBV zur Honorarverteilung, Teil B.

4.1.2 Labor

Für die Vergütung von Leistungen und Kostenpauschalen der Laboratoriumsmedizin innerhalb der MGV wird auf der Grundlage der Vorgaben der KBV ein Grundbetrag „Labor“ je Versicherten gebildet. Der Ausgangswert für die Bildung des Grundbetrags „Labor“ in den Quartalen 4/2013 bis 3/2014 basiert auf der zutreffenden MGV des entsprechenden Vorjahresquartals für diesen Leistungsbereich. Unter Anwendung der Vorgaben der KBV zur Honorarverteilung Teile B und E wird das Vergütungsvolumen Labor gebildet.

Aus dem Vergütungsvolumen erfolgt die nachfolgend festgelegte Vergütung:

- Die Gebührenordnungsposition 32001 EBM für die wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen des Kapitels 32 wird nach Anwendung der Regelungen in den Ziffern 1. ff. zu den Abschnitten 32.2 und 32.3 EBM zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet.
- Die Konsiliar- und Grundpauschalen für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin, ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin sowie für zur Abrechnung von Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM ermächtigte Laborärzte, Einrichtungen, Krankenhäuser und Institutionen (GOP 12210 und 12220 EBM) werden zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung multipliziert mit einem Anpassungsfaktor in Höhe von 1,4458 vergütet.
- Die GOP 32025 bis 32027, 32035 bis 32039, 32097 und 32150 EBM werden zum Preis der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet.
- Die übrigen Laboratoriumsuntersuchungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 des EBM werden – sofern diese nicht außerhalb der MGV vergütet werden - unter Berücksichtigung von 4.1.2.1 und 4.1.2.2 nach der regionalen Euro-Gebührenordnung multipliziert mit der von der KBV für das jeweilige Abrechnungsquartal geltenden Abstaffelungsquote „Q“ vergütet.

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

4.1.2.1 Bundeseinheitliche Abstaffelungsquote „Q“

Zur Umsetzung der Vorgaben der KBV zur bundeseinheitlichen Vergütung von Leistungen der Laboratoriumsmedizin erfolgt die Anwendung einer bundeseinheitlichen halbjährlich festgelegten Abstaffelungsquote „Q“. Die Abstaffelungsquote „Q“ wird nicht auf die Leistun-

gen der GOP 32025 bis 32027, 32035 bis 32039, 32097 und 32150 EBM angewendet. Die durch die KBV bekannt gegebene bundeseinheitlich anzuwendende Abstufungsquote „Q“ darf die Höhe von 0,9158 für die beiden Abrechnungsquartale des jeweiligen Halbjahres nicht unterschreiten.

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

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

Die Berechnung des Grundbetrages sowie des Vergütungsvolumens ist der Anlage 1 I. 2) und die fallwertbezogene Budgetierung der Leistungen des Abschnitts 32.3 EBM für „Nicht-Laborärzte“ ist der Anlage 1 IV. zu entnehmen.

4.1.3 Hausarzt

Auf der Grundlage der unter Anwendung der Vorgaben der KBV zur Honorarverteilung für den Zeitraum der Quartale 4/2012 bis 3/2013 ermittelten MGV des hausärztlichen Versorgungsbereichs wird der Grundbetrag „Hausarzt“ gebildet und entsprechend den Vorgaben der KBV zur Honorarverteilung, Teil B, für die Quartale 4/2013 bis 3/2014 angepasst, weiterentwickelt und das Vergütungsvolumen „Hausarzt“ errechnet. Die detaillierten Berechnungen sind der Anlage 1 I. 3) zu entnehmen.

Aus dem Vergütungsvolumen „Hausarzt“ werden bedarfsabhängige Vorwegabzüge gemäß 4.2.1 und 4.2.2 gebildet.

4.1.4 Facharzt

Auf der Grundlage der unter Anwendung der Vorgaben der KBV zur Honorarverteilung für den Zeitraum der Quartale 4/2012 bis 3/2013 ermittelten MGV des fachärztlichen Versorgungsbereichs wird der Grundbetrag „Facharzt“ gebildet und entsprechend den Vorgaben der KBV zur Honorarverteilung, Teil B, für die Quartale 4/2013 bis 3/2014 angepasst, weiterentwickelt und das Vergütungsvolumen „Facharzt“ gebildet. Die detaillierten Berechnungen sind der Anlage 1 I. 4) zu entnehmen.

Aus den Finanzmitteln zur Bildung des Grundbetrags und Vergütungsvolumens „Facharzt“ wird der für die Bildung des versorgungsbereichsspezifischen Grundbetrags „genetisches Labor“ gemäß 4.1.4.1, entsprechend den Vorgaben der KBV zur Honorarverteilung, festgelegte Betrag abgezogen. Darüber hinaus werden aus dem Vergütungsvolumen „Facharzt“ die bedarfsabhängigen Vorwegabzüge gemäß 4.2.1 und 4.2.3 gebildet.

4.1.4.1 Genetisches Labor

Der aus den Finanzmitteln zur Bildung des Grundbetrags „Facharzt“ bereitgestellte Betrag zur Bildung des Grundbetrags „genetisches Labor“ je Versicherten wird unter Beachtung der Vorgaben der KBV zur Honorarverteilung, Teil B i. Verb. mit Teil G, je Versicherten berechnet. Daraus ist ein Vergütungsvolumen für die Leistungen des genetischen Labors zu bestimmen.

Als Ausgangswert für den Grundbetrag „genetisches Labor“ wird der kleinere der beiden nachfolgend zu bildenden Werte verwendet:

- Für die Quartale 4/2013 bis 3/2014 ist die zutreffende MGV des Vorjahresquartals für die Leistungen des genetischen Labors nach den GOP 11320 bis 11322 EBM und des Abschnitts 11.4 EBM zu ermitteln.
- Der im entsprechenden Vorjahresquartal für die Behandlung und Untersuchung bereichseigener Versicherter angeforderte Leistungsbedarf gemäß Euro-Gebührenordnung wird mit dem Faktor 0,85 multipliziert.

Aus den in Anlage 1 I. 5) dargestellten detaillierten Berechnungen und Fortschreibungen ergeben sich der Grundbetrag und das Vergütungsvolumen „genetisches Labor“.

Aus dem Vergütungsvolumen „genetisches Labor“ werden die Leistungen nach den GOP 11220, 11320 bis 11322 EBM und Abschnitt 11.4 EBM zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet. Sollte die Höhe des Vergütungsvolumens nicht zur Vergütung der Leistungen zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung ausreichen, erfolgt eine Quotierung der Vergütung der Leistungen bis maximal 91,58 Prozent des Wertes der regionalen Euro-Gebührenordnung.

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

4.1.4.2 Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung (PFG)

Der aus den fachärztlichen Finanzmitteln zu ermittelnde Grundbetrag „PFG“ je Versicherten wird unter Anwendung der Vorgaben der KBV zur Honorarverteilung, Teil B i. Verb. mit Teil H, gebildet.

Für die erstmalige Bestimmung des versorgungsbereichsspezifischen Grundbetrages „PFG“ werden die durch Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 295. Sitzung, seiner 297. Sitzung zur Änderung der Bewertung des Wirtschaftlichkeitsbonus, seiner 302. Sitzung sowie seiner 319. Sitzung bereitzustellenden Beträge, die auf die KVSA für den fachärztlichen Versorgungsbereich entfallen, bereitgestellt. Darüber hinaus werden für die Quartale 4/2013 bis 3/2014 die gesamten Finanzmittel aus der Veränderungsrate gemäß § 87 b Abs. 4 Satz 3 SGB V (Morbiditätsrate) und § 87 a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 bis 5 des Jahres 2013 verwendet. Die detaillierte Berechnung des Grundbetrages „PFG“, die Fortschreibungen und das sich daraus errechnende Vergütungsvolumen ergibt sich aus Anlage 1 I. 6).

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

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

4.2 Versorgungsbereichsspezifische Vorwegabzüge

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

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

4.2.1 Vorwegabzüge des haus- und fachärztlichen Vergütungsvolumens

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

4.2.1.1 Gesetzliche und vertragliche Aufgaben

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

4.2.1.2 Besonderheiten

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

4.2.1.3 Gesamtvolumen übersteigende Leistungen

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

4.2.1.4 Leistungen des Kapitels 40 EBM

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

4.2.1.5 Belegärztliche Leistungen außerhalb Kapitel 36 EBM

Die innerhalb der MGV zu vergütenden belegärztlichen Leistungen außerhalb des Kapitel 36 EBM und mit Ausnahme der Leistungen nach GOP 13311, 17370 sowie 08410 bis 08416 EBM, die durch Ärzte des haus- und fachärztlichen Versorgungsbereichs erbracht werden, werden aus den versorgungsbereichsspezifisch zu bildenden Vorwegabzügen, welche sich an dem jeweiligen Umfang der vorangegangenen vier Quartale orientieren, zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet. Sollte die Höhe des Vorwegabzugs nicht zur Vergütung der Leistungen zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung ausreichen, erfolgt eine Quotierung der Vergütung der Leistungen.

4.2.2 Vorwegabzüge des hausärztlichen Vergütungsvolumens

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

4.2.2.1 Leistungen der Geriatrie, Palliativmedizin und Sozialpädiatrie

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

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

4.2.3 Vorwegabzüge des fachärztlichen Vergütungsvolumens

Nur aus dem fachärztlichen Vergütungsvolumen sind Vorwegabzüge zu bilden für:

4.2.3.1 Fachärztlich definierte Leistungen von Hausärzten

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

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

4.2.3.2 Laborleistungen außerhalb des Kapitels 32 EBM

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

zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung vergütet zu können, erfolgt eine Quotierung der Vergütung der Leistungen.

4.2.3.3 Notfalleleistungen außerhalb der Zeiten des ärztlichen Bereitschaftsdienstes

Für Notfalleleistungen durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser außerhalb der Zeiten des ärztlichen Bereitschaftsdienstes wird aus dem fachärztlichen Vergütungsvolumen ein Vorwegabzug gebildet.

Die Berechnung des Vorwegabzugs erfolgt entsprechend Anlage 1 II.

Die Vergütung der Notfalleleistungen durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser außerhalb der Zeiten des ärztlichen Bereitschaftsdienstes erfolgt zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung. Sollte die Höhe des Vorwegabzugs nicht ausreichen, um die Leistungen zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung vergütet zu können, erfolgt eine Quotierung der Vergütung der Leistungen.

5 Verteilung der Vergütungsvolumen, Gesamtvolumen, zeitbezogene Kapazitätsgrenzen und Sonderregelungen

5.1 Versorgungsbereichsspezifische Verteilung der Vergütungsvolumen

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

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

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

5.1.1 Arztgruppenspezifisches Verteilungsvolumen

Aus den haus- und fachärztlichen Vergütungsvolumen verbleiben nach Bildung der versorgungsbereichsspezifischen Vergütungsvolumen, die sich aus den Grundbeträgen „genetisches Labor“ und „PFG“ und nach Abzug der Vorwegabzüge ergeben, die versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumen, welche gemäß Anlage 2 I. jeweils auf die entsprechenden Arztgruppen gemäß Anlage 4 verteilt werden. Es entsteht jeweils ein arztgruppenspezifisches Verteilungsvolumen.

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

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

Sollte das zur Vergütung der PFG zur Verfügung stehende Vergütungsvolumen gemäß 4.1.4.2 nicht ausreichen, werden die fehlenden Mittel dem fachärztlichen Verteilungsvolumen vor Aufteilung der arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen entnommen.

Nach der Festlegung des arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumens, unter Berücksichtigung der Absätze 2 und 3, werden im hausärztlichen Bereich die Steigerungen der MGV - im fachärztlichen Bereich die Steigerungen der MGV über die Veränderungsrate gemäß § 87 a Abs. 4 Satz 3 SGB V hinaus und die ggf. nicht ausgeschöpften Mittel aus dem Vergütungsvolumen PFG - dem Verteilungsvolumen der entsprechenden Arztgruppen zugeführt.

5.1.2 Arztgruppenspezifische Vergütungsbereiche

5.1.2.1 Hausärztliches Verteilungsvolumen

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

- für die Vergütung der durch die Arztgruppen des hausärztlichen Versorgungsbereichs abgerechneten und vollständig zu vergütenden Zusatzpauschalen für die Vorhaltung hausärztlicher Strukturen (GOP 03040 und 04040 EBM)
- für die Vergütung der GOP 03230 EBM unter Beachtung der Präambel 3.1 10. EBM und der GOP 04230 EBM unter Beachtung der Präambel 4.1 11. EBM
- Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der Regelleistungsvolumen und
- Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen.

Die Leistungen der Zusatzpauschalen für die Vorhaltung hausärztlicher Strukturen nach GOP 03040 und 04040 EBM werden außerhalb der Gesamtvolumen gemäß 5.2.1 zu den Preisen der regionalen Gebührenordnung vergütet.

Die Vergütung der GOP 03230 EBM erfolgt außerhalb der Gesamtvolumen unter Beachtung der Präambel 3.1 10. EBM und der GOP 04230 EBM unter Beachtung der Präambel 4.1. 11. EBM innerhalb des zu bildenden praxisbezogenen Budgets zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung. Bei Überschreitung des praxisbezogenen Budgets erfolgt keine weitere Vergütung der Leistungen.

Die Vergütung der Leistungen innerhalb der Gesamtvolumen gemäß 5.2 erfolgt zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung. Bei Überschreitung der praxisbezogenen Ge-

samtvolumen 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

Das arztgruppenspezifische Verteilungsvolumen wird für die Arztgruppen gemäß Anlage 4 entsprechend den Berechnungen gemäß Anlage 2 II. 2) jeweils auf nachfolgende arztgruppenspezifische Vergütungsbereiche aufgeteilt:

- Für die Arztgruppen, die den RLV und ggf. QZV unterliegen, in einen:
 - Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der Regelleistungsvolumen und
 - ggf. Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen.

Für die Arztgruppen gemäß Anlage 4 II. wird das arztgruppenspezifische Verteilungsvolumen für die Vergütung der ärztlichen Leistungen innerhalb der zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen unter Beachtung der Regelungen gemäß 5.2.4 verwendet.

5.2 Gesamtvolumen (RLV und QZV) und zeitbezogene Kapazitätsgrenzen (zKG)

5.2.1 Gesamtvolumen (RLV und QZV)

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

Dem für eine Arztpraxis berechneten Gesamtvolumen steht die in der Arztpraxis abgerechnete Leistungsmenge der Ärzte der in Anlage 4 I. genannten Arztgruppen insgesamt gegenüber, d. h. sofern das für eine Arztpraxis berechnete Regelleistungsvolumen nicht ausgeschöpft ist, kann das noch zur Verfügung stehende Honorarvolumen mit Leistungen aus den berechneten qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen der Ärzte aus in Anlage 5 benannten Arztgruppen ausgefüllt werden und umgekehrt. Es sind auch die Leistungen zu berücksichtigen, die von den beteiligten Vertragsärzten ggf. in Teilberufsausübungsgemeinschaften erbracht werden.

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

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

5.2.1.1 Berücksichtigung von Kooperationen

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 ergeben sich aus Anlage 3 III.

5.2.2 Regelleistungsvolumen (RLV)

Die RLV-Fallwerte werden für die in Anlage 4 aufgeführten Arztgruppen für das jeweilige Abrechnungsquartal ermittelt. Dabei legt der Vorstand der KVSA fest, ob der Bezug auf ein Quartal oder auf einen längerfristigen Zeitraum erfolgt. Sollte ein über ein Quartal hinausgehender Zeitraum festgelegt werden, ist auch ein entsprechender Vergleichszeitraum bei den Berechnungen anzuwenden. Die Höhe des Regelleistungsvolumens eines Arztes ergibt sich aus der Multiplikation des zum jeweiligen Zeitpunkt gültigen arztgruppenspezifischen Fallwertes (FW_{AG}) gemäß Anlage 3 I. 1) und der RLV-Fallzahl des Arztes im Abrechnungsquartal unter Beachtung der Fallzahlzuwachsbeschränkung gemäß 5.2.2.1. Ermächtigte Krankenhausärzte sowie ermächtigte Krankenhäuser, Einrichtungen oder Institutionen erhalten ein Regelleistungsvolumen nach dem mit der Ermächtigung begründeten Versorgungsauftrag.

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

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

Für Regelleistungsvolumen relevante Fälle sind kurativ-ambulante Behandlungsfälle des Abrechnungsquartals gemäß § 21 Abs. 1 und Abs. 2 Bundesmantelvertrag Ärzte, ausgenommen Notfälle im organisierten Notfalldienst, und Fälle, in denen ausschließlich Leistungen und Kostenerstattungen außerhalb der haus- und fachärztlichen Verteilungsvolumen abgerechnet werden.

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

- a) In Einzelpraxen entspricht die Zahl der RLV-Fälle der Zahl der für das Regelleistungsvolumen relevanten Behandlungsfälle.

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

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

Sofern für einzelne Leistungen oder Leistungsbereiche von den Krankenkassen Zuschläge auf den Orientierungswert für Leistungen, die den RLV unterliegen, gezahlt werden, wird der Differenzbetrag zum Orientierungswert entsprechend dem Anteil der im Abrechnungsquartal erbrachten Leistungsmenge für die betreffenden Leistungen dem RLV des Arztes hinzuge-rechnet. Eine Berücksichtigung entfällt, wenn der Zuschlag auf den Orientierungswert au-ßerhalb der RLV vergütet wird.

5.2.2.1 Fallzahlzuwachsbegrenzung im fachärztlichen Versorgungsbereich

Bei Überschreitung der RLV-Fallzahlen des Arztes des Abrechnungsquartals gegenüber der RLV-Fallzahl des Arztes des Vorjahresquartals um mehr als 3 Prozent wird anstelle der RLV-Fallzahl des Arztes des Abrechnungsquartals die um 3 Prozent gesteigerte RLV-Fallzahl des Arztes des Vorjahresquartals zur Berechnung des RLV verwendet. Die RLV-Fallzahlen des Vorjahresquartals werden gemäß 5.2.2 ermittelt.

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

Ausgenommen von der Fallzahlzuwachsbegrenzungsregelung sind Ärzte des hausärztlichen Versorgungsbereichs, Ärzte, die der Anfängerregelung gemäß 5.3.1.1 unterliegen, Ärzte, die ihre vertragsärztliche Tätigkeit in Planungsbereichen ausüben, in denen gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung (Bedarfsplanungs-Richtlinie) durch den Landesausschuss für die jeweilige Arztgruppe Unterversorgung festge-stellt worden ist bzw. die als von Unterversorgung bedroht oder lokaler Versorgungsbedarf definiert sind.

5.2.2.2 Fallwertabstaffelung im haus- und fachärztlichen Versorgungsbe-reich

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

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

5.2.2.3 Abbildung der Morbidität durch Altersklassen im haus- und fachärzt-lichen Versorgungsbereich

Zur Berücksichtigung der Morbidität der Patienten des Arztes werden die Altersklassifikatio-nen 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) a) je Leistungsfall berechnet. Abweichend davon wird das QZV „Dringende Besuche“ und „Verordnung medizinischer Rehabilitation“ gemäß Anlage 3 II. 2) b) als Volumen pro Arzt 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 organisierten Notfalldienst. Ein Leistungsfall liegt vor, sofern im Behandlungsfall des Abrechnungsquartals mindestens eine Leistung des Leistungskatalogs des entsprechenden QZV abgerechnet worden ist.

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

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

Sofern für einzelne Leistungen oder Leistungsbereiche von den Krankenkassen Zuschläge auf den Orientierungswert für Leistungen, die den QZV unterliegen, gezahlt werden, wird der Differenzbetrag zum Orientierungswert entsprechend dem Anteil der im Abrechnungsquartal erbrachten Leistungsmenge für die betreffenden Leistungen dem jeweiligen QZV des Arztes hinzugerechnet. Eine Berücksichtigung entfällt, wenn der Zuschlag auf den Orientierungswert außerhalb der QZV vergütet wird.

5.2.3.1 Korrekturfaktor

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

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

5.2.4 Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen (zKG)

Für Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie andere ausschließlich psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte gemäß den Kriterien der Bedarfsplanungsrichtlinien (Arztgruppen gemäß Anlage 4 II.) werden anstelle von Regelleistungsvolumen zeitbezogene Kapazitätsgrenzen (zKG) zur Steuerung der Vergütung der vertragstherapeutischen Tätigkeit gebildet.

Die zKG werden für das jeweilige Abrechnungsquartal ermittelt und jedem Arzt entsprechend den Arztgruppen gemäß Anlage 4 II. bereitgestellt. 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.

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

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

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

Die Berechnungen der zKG ergeben sich aus Anlage 3 V.

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

Überschreitet die abgerechnete ärztliche bzw. therapeutische Zuwendungszeit gemessen nach den Prüfzeiten der Leistungen des Anhangs 3 zum EBM in der gültigen Fassung die ermittelte zeitbezogene Kapazitätsgrenze je Arzt, so werden diese Leistungen maximal bis zur 1,5-fachen zeitbezogenen Kapazitätsgrenze mit den abgestaffelten Preisen entsprechend der Quote gemäß Anlage 3 IV. vergütet. Eine Vergütung der über der 1,5-fachen Kapazitätsgrenze hinausgehenden Leistungen erfolgt nicht.

5.3 Sonderregelungen bei Anwendung der Gesamtvolumen und zKG

5.3.1 Sonderregelungen bei Anwendung der Gesamtvolumen

5.3.1.1 Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit

Für Ärzte gemäß Anlage 4 I., die die vertragsärztliche Tätigkeit aufnehmen und ggf. eine Praxis übernehmen, mit Ausnahme der ermächtigten Ärzte und Einrichtungen, wird zur Berechnung der RLV und QZV über einen Zeitraum von acht Quartalen anstelle der RLV-

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

5.3.1.2 Erhöhung der Gesamtvolumen und Aussetzung der Fallzahlzuwachsbeschränkung

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

Für Ärzte, die ihre vertragsärztliche Tätigkeit in Planungsbereichen ausüben, in denen gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung (Bedarfsplanungs-Richtlinie) durch den Landesausschuss für die jeweilige Arztgruppe Unterversorgung festgestellt worden ist bzw. die als von Unterversorgung bedroht oder für die lokaler Versorgungsbedarf definiert sind, findet die Fallwertabstaffelung 5.2.2.2 und die Fallzahlzuwachsbeschränkungsregelung gemäß 5.2.2.1 keine Anwendung.

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

5.3.1.3 Gewährung von Praxisbesonderheiten

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

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

Im Einzelfall erfolgt eine Überprüfung der vorgetragenen Sachverhalte unter Hinzuziehung geeigneter Unterlagen, z. B. Beschluss des Zulassungsausschusses, Genehmigung für Hausärzte zur Erbringung von fachärztlichen Leistungen aus Sicherstellungsgründen.

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

5.3.2 Sonderregelungen bei Anwendung der zKG

5.3.2.1 Aufnahme der Tätigkeit

Bei Neuaufnahme der Tätigkeit kann die Kapazitätsgrenze auf Antrag bei Ärzten aus den Arztgruppen gemäß Anlage 4 II. erhöht werden.

5.3.2.2 Gewährung von Praxisbesonderheiten

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

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

Im Einzelfall erfolgt eine Überprüfung der vorgetragenen Sachverhalte unter Hinzuziehung geeigneter Unterlagen (z. B. Beschluss des Zulassungsausschusses, Vergleiche des Leistungsspektrums mit dem der Arztgruppe).

Bei Gewährung von Praxisbesonderheiten erfolgt der Aufschlag auf die Kapazitätsgrenze in Minuten in Abhängigkeit von der Fallzahl im Vergleich zur Arztgruppe. Die Gewährung von Praxisbesonderheiten kann zeitlich befristet werden.

5.4 Ausgleich von Honorarverlusten

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

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

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

6. Bereinigung

Im Falle der Teilnahme von Ärzten an Verträgen, die mit einer Bereinigung der MGV verbunden sind, erfolgt auch eine Bereinigung der betreffenden Vergütungsgrundlage (z. B. Grundbeträge, Vergütungsvolumen, Vorwegabzüge). Darüber hinaus sind die RLV, ggf. QZV und zKG, 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. Februar 2014

Dr. Michael Diestelhorst
stellv. Vorsitzender der Vertreterversammlung
der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt

Anlage 1

zum Honorarverteilungsmaßstab der KVSA ab dem 2. Quartal 2014

Ausgehend von den Vorgaben der KBV zur Honorarverteilung, Teil A, Teil B, Teil E, Teil F, Teil G und Teil H erfolgen nachfolgende Berechnungen.

Bildung der Grundbeträge, Vergütungsvolumen, Vorwegabzüge, Angleichung der MGV und Budgetregelung Kapitel 32 EBM

I. Bildung der Grundbeträge und Vergütungsvolumen

1) Grundbetrag und Vergütungsvolumen „Bereitschaftsdienst“ gemäß 4.1.1

Grundlage der Berechnung bildet die Vorgabe der KBV zur Honorarverteilung Teil B.

a) Bildung des Ausgangswertes

Zur Bildung des Ausgangswertes des Grundbetrags „ärztlicher Bereitschaftsdienst“ je Quartal für den Zeitraum des 4. Quartals 2013 bis 3. Quartal 2014 erfolgt die Ermittlung der für das Vorjahresquartal zutreffenden MGV (MGV für die entsprechende Behandlung bereichseigener Versicherter durch bereichseigene und bereichsfremde Vertragsärzte) für die abgerechneten Leistungen und Kostenerstattungen des EBM ohne Vergütung, die bereits mit Berechnung des Grundbetrags „Labor“ erfasst ist, für den von der KV organisierten Bereitschaftsdienst und für die Notfallbehandlung während der Zeiten des organisierten Bereitschaftsdienstes durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser. Dieser Betrag wird anschließend durch die bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs im Vorjahresquartal tatsächlich verwendete Anzahl der Versicherten dividiert.

b) Fortschreibung des Grundbetrags

Der sich gemäß a) ergebende Grundbetrag je Versicherten „ärztlicher Bereitschaftsdienst“ des aktuellen Abrechnungsquartals wird unter Verwendung der vereinbarten Veränderungsrate gemäß § 87 a Abs. 4 Satz 3 und ggf. Satz 4 gesteigert. Eine Anpassung des regionalen Punktwertes gemäß § 87 a Abs. 2 Satz 1 SGB V ist zu berücksichtigen. Zusätzliche spezifische Veränderungen ergeben sich aufgrund der ggf. vereinbarten Anpassungen gemäß § 87 a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 bis 5 SGB V.

c) Bildung des Vergütungsvolumens

Der sich aus b) ergebende Betrag wird mit der Anzahl der Versicherten, die im aktuellen Abrechnungsquartal bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs verwendet werden, multipliziert und bildet das Vergütungsvolumen für den ärztlichen Bereitschaftsdienst und für die Leistungen der Notfallbehandlung während der Zeiten des ärztlichen Bereitschaftsdienstes durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser.

Überschreitungen und Unterschreitungen des Vergütungsvolumens

Eine ggf. notwendige quartalsbezogene Finanzierung eines Fehlbetrages im Vergütungsvolumen des Grundbetrags „ärztlicher Bereitschaftsdienst“ erfolgt anteilig aus dem haus- und fachärztlichen Vergütungsvolumen entsprechend der jeweiligen Anzahl der in den Abrechnungsquartalen 1/2009 und 2/2009 durchschnittlich an der vertragsärztlichen Versorgung

teilnehmenden Ärzte entsprechend ihres Umfangs an der vertragsärztlichen Tätigkeit lt. Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid, der Anzahl der Institute und Krankenhäuser jeweils mit dem Faktor 1 gezählt sowie der Anzahl ermächtigter Ärzte in den jeweiligen Versorgungsbereichen. Vertragspsychotherapeuten werden nicht gezählt.

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

Zum Zeitpunkt der erstmaligen Festlegung in den Quartalen 4/2013 bis 3/2014 ist die Höhe dieses Grundbetrages abschließend bestimmt. Die ggf. erfolgenden Anpassungen bleiben im Ausgangswert des Grundbetrags „ärztlicher Bereitschaftsdienst“ sowie in den Ausgangswerten der haus- und fachärztlichen Grundbeträge für das Folgejahr unberücksichtigt.

2) Grundbetrag und Vergütungsvolumen „Labor“ gemäß 4.1.2

Grundlage der Berechnung sind die Vorgaben der KBV zur Honorarverteilung Teil B in Verb. m. Teil E.

a) Bildung des Ausgangswertes

Die Ausgangswerte für die Bildung des Grundbetrags „Labor“ in den Quartalen 4/2013 bis 3/2014 stellen die gemäß den im jeweiligen Vorjahresquartal gültigen KBV-Vorgaben, Teil B, unter Berücksichtigung der im Vorjahresquartal tatsächlich verwendeten Anzahl der Versicherten bestimmten Vorwegabzüge für laboratoriumsmedizinische Leistungen, wie nachfolgend aufgeführt, dar.

Die Ermittlung für die zutreffende MGV (MGV für die entsprechende Behandlung bzw. Untersuchung von Material bereichseigener Versicherter durch bereichseigene und bereichsfremde Vertragsärzte) für die Quartale 4/2012 bis 3/2013 erfolgt entsprechend der nachfolgenden Berechnungsvorgabe:

aa) Brutto-Leistungsbedarf in Punkten des jeweiligen Quartals des Jahres 2008 entsprechend der Datenlieferung der KBV (ARZTRG87c4) für:

- die Konsiliar- und Grundpauschale für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin, ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin (GOP 12210 und 12220 EBM) unter Berücksichtigung des Anpassungsfaktors für die GOP 12220 EBM in Höhe von 0,6407,
- die Grundpauschalen (01310 bis 01312 EBM) bzw. die Konsiliarpauschalen (12210 EBM) für zur Abrechnung von Kostenerstattungen des Kapitel 32 EBM ermächtigte Ärzte, Einrichtungen, Krankenhäuser und Institutionen,
- die GOP 32001 EBM nach Anwendung der Regelungen in den Ziffern 1. ff zu den Abschnitten 32.2 und 32.3 EBM,
- Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM.

In Euro bewertete Leistungen sind mit dem Orientierungswert in Höhe von 3,5048 Cent in Punkte umzurechnen.

bb) Das Punktzahlvolumen wird mit der durch die KBV für das jeweilige Quartal mitgeteilten HVV-Quote für die unter aa) genannten Leistungen des jeweiligen Quartals des Jahres 2008 multipliziert.

cc) Zur Fortschreibung auf das aktuelle Abrechnungsquartal wird der nach bb) ermittelte Wert mit den bis zu den Abrechnungsquartalen 4/2012 bis 3/2013 für jedes Jahr vereinbarten Veränderungsraten (VR) der MGV multipliziert.

- dd) Aus der Multiplikation des nach cc) ermittelten Wertes mit dem jeweils gültigen regionalen Punktwert resultiert die zutreffende MGV der Abrechnungsquartale 4/2012 bis 3/2013 und bildet den Ausgangswert für den Grundbetrag „Labor“.

Die Finanzmittel, die aufgrund des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 297. Sitzung zur Änderung des Wirtschaftlichkeitsbonus nach der GOP 32001 EBM eingespart werden, sind vom Ausgangswert für den Grundbetrag Labor abzuziehen. Die festgelegten Ausgangswerte für die Grundbeträge Labor der Quartale 4/2013 bis 3/2014 werden durch die bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs im Vorjahresquartal tatsächlich verwendete Anzahl der Versicherten dividiert, sodass sich ein versichertenbezogener Grundbetrag Labor ergibt.

b) Fortschreibung des Grundbetrags

Die durchzuführende Fortschreibung des Grundbetrags „Labor“ je Versicherten erfolgt entsprechend den Vorgaben der KBV zur Honorarverteilung gemäß § 87 b Abs. 4 SGB V Teil B durch die Anpassung des regionalen Punktwertes gemäß § 87 a Abs. 2 Satz 1 SGB V.

c) Bildung des Vergütungsvolumens

Aus der Multiplikation des Grundbetrags „Labor“ mit der Anzahl der Versicherten, die im aktuellen Abrechnungsquartal bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs verwendet werden, entsteht das Vergütungsvolumen Labor.

Überschreitungen und Unterschreitungen des Vergütungsvolumens

Eine ggf. notwendige quartalsbezogene Finanzierung eines Fehlbetrages im Vergütungsvolumen „Labor“ erfolgt nach dem jeweiligen Anteil, der entsprechend dem angewandten Trennungsfaktor gemäß den bis zum 30. September 2013 gültigen KBV-Vorgaben, Teil B, auf den hausärztlichen bzw. fachärztlichen Versorgungsbereich entfällt. Im Falle von Überschüssen erfolgt die Aufteilung auf die Vergütungsvolumina des haus- und fachärztlichen Grundbetrags nach dem gleichen Verfahren. Die ggf. erfolgenden Anpassungen bleiben im Ausgangswert des Grundbetrags „Labor“ sowie den Ausgangswerten der haus- und fachärztlichen Grundbeträge für das Folgejahr unberücksichtigt.

3) Grundbetrag und Vergütungsvolumen „Hausarzt“ gemäß 4.1.3

Grundlage der Berechnung sind die Vorgaben der KBV zur Honorarverteilung Teil B.

a) Bildung des Ausgangswertes

Die Ausgangswerte für die Bildung der hausärztlichen Grundbeträge in den Abrechnungsquartalen 4/2013 bis 3/2014 sind gemäß der im jeweiligen Vorjahresquartal gültigen KBV-Vorgaben, wie nachfolgend beschrieben, zu berechnen.

Als Ausgangsbasis wird die für das im Vorjahresquartal tatsächlich zur Verfügung stehende unbereinigte MGV für bereichseigene und bereichsfremde Vertragsärzte und -psychotherapeuten insgesamt für die im Abrechnungsquartal zutreffende Anzahl der Versicherten aller Krankenkassen mit Wohnsitz in Sachsen-Anhalt, für alle Vertragsärzte und -psychotherapeuten, MVZ, ermächtigte Ärzte, Einrichtungen, Krankenhäuser und Institutionen ermittelt. Dieser Betrag wird unter Abzug der ermittelten für das Vorjahresquartal zutreffenden MGV für die entsprechende Behandlung bereichseigener Versicherter durch bereichseigene und bereichsfremde Vertragsärzte und -psychotherapeuten für die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM der in § 87 b Abs. 2 Satz 6 SGB V genannten Arztgruppen, zzgl. der Anpassung gemäß Beschluss Teil B, 3.3, für diejenigen ärztlichen Leistungen und Kostenerstattungen, die in der kassenübergreifenden MGV gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 2. September 2009 enthalten sind, reduziert.

Der entsprechend ermittelte Betrag wird zusätzlich um die gemäß Anlage 1 I. 2) ermittelte MGV für die entsprechende Behandlung bzw. Untersuchung von Material bereichseigener Versicherter durch bereichseigene und bereichsfremde Vertragsärzte, die gemäß Anlage 1 I. 1) ermittelte MGV für die abgerechneten Leistungen und Kostenerstattungen für den von der KV organisierten Bereitschaftsdienst und für die Notfallbehandlung während der Zeiten des organisierten Notfalldienstes durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser und die Teilvergütung in Höhe von 0,1635 Prozent der MGV reduziert und ergibt das trennungsrelevante versorgungsbereichsübergreifende Verteilungsvolumen der Quartale 4/2012 bis 3/2013.

Das trennungsrelevante versorgungsbereichsübergreifende Verteilungsvolumen wird mit dem in den Quartalen 4/2012 bis 3/2013 geltenden Trennungsfaktor multipliziert und die ermittelte Teilvergütung in Höhe von 0,1635 Prozent der MGV hinzugerechnet und zusätzlich mit 0,15 multipliziert.

In den Quartalen 4/2012 bis 3/2013 gebildete Rückstellungen des hausärztlichen Versorgungsbereichs sind Bestandteil des hausärztlichen Verteilungsvolumens.

Der sich daraus ergebende Ausgangswert wird entsprechend den in den mit Wirkung ab 1. Oktober 2013 geltenden Vorgaben der KBV, Teil B 2.2.1, dargestellten Verfahren korrigiert.

Die Finanzmittel, die aufgrund des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 297. Sitzung zur Änderung des Wirtschaftlichkeitsbonus nach der Gebührenordnungsposition 32001 eingespart werden und entsprechend dem bis zum 30.09.2013 angewandten Trennungsfaktor auf den hausärztlichen Versorgungsbereich entfallen, werden dem Grundbetrag Hausärzte zugeführt.

Der sich nach ggf. durchzuführender Korrektur ergebende Ausgangswert für den Grundbetrag „Hausarzt“ je Quartal wird durch die bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs im Vorjahresquartal tatsächlich verwendete Anzahl der Versicherten dividiert, sodass sich der versichertenbezogene Grundbetrag „Hausarzt“ ergibt. Für das 1. bis 4. Quartal 2014 ist der hausärztliche Grundbetrag um die Hälfte des Betrags basiswirksam zu erhöhen, der sich quartalsweise aufgrund der Steigerungsrate gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 319. Sitzung ergibt, dividiert durch die Anzahl der Versicherten, die im aktuellen Abrechnungsquartal bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs verwendet werden.

b) Fortschreibung des Grundbetrags

Der Grundbetrag „Hausarzt“ wird für die Quartale 4/2013 bis 3/2014 unter Verwendung der vereinbarten Veränderungsrate gemäß § 87 a Abs. 4 Satz 3 und ggf. Satz 4 SGB V gesteigert. Eine Anpassung des regionalen Punktwertes gemäß § 87 a Abs. 2 Satz 1 SGB V ist zu berücksichtigen.

Zusätzliche spezifische Veränderungen des Grundbetrags des aktuellen Abrechnungsquartals ergeben sich aufgrund der entsprechend für den jeweiligen Grundbetrag vereinbarten Anpassungen gemäß § 87 a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 bis 5 SGB V.

Der sich aus der Multiplikation der Veränderungsrate gemäß § 87 a Abs. SGB V 4 Satz 3 mit dem Grundbetrag „Labor“ gemäß Anlage 1 I. 2) ergebende Betrag wird für die Quartale 4/2013 bis 3/2014 nach dem Anteil der, entsprechend dem angewandten Trennungsfaktor gemäß den bis zum 30. September 2013 gültigen KBV-Vorgaben zur Trennung der Gesamtvergütung, auf den hausärztlichen Versorgungsbereich entfällt, dem hausärztlichen Grundbetrag zugeführt. Der sich ggf. aus der Multiplikation der ggf. zusätzlichen Veränderungsrate gemäß § 87 a Abs. SGB V 4 Satz 4 mit dem Grundbetrag „Labor“ gemäß Anlage 1 I 2) ergebende Betrag wird für die Quartale 4/2013 bis 3/2014 nach dem Anteil, der entsprechend dem angewandten Trennungsfaktor gemäß der bis zum 30. September 2013

gültigen KBV-Vorgaben, Teil B, zur Trennung der Gesamtvergütung, auf den hausärztlichen Versorgungsbereich entfällt, dem hausärztlichen Grundbetrag zugeführt.

Der sich aus dem Beschluss des Bewertungsausschuss in seiner 319. Sitzung festgelegte Betrag für den hausärztlichen Grundbetrag bleibt bei den genannten Anpassungen unberücksichtigt.

c) Bildung des Vergütungsvolumens

Aus der Multiplikation des hausärztlichen Grundbetrages mit der Anzahl der Versicherten, die im aktuellen Quartal bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs verwendet werden, entsteht das hausärztliche Vergütungsvolumen.

Im hausärztlichen Vergütungsvolumen sind im aktuellen Abrechnungsquartal die notwendigen Bereinigungen, die durch das SGB V vorgesehen sind, sowie Änderungen in der Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu berücksichtigen. Die Umsetzung erfolgt in der Höhe der vereinbarten Verfahren der Bereinigung bzw. Ein- oder Ausdeckung bestimmten Beträge. Mit Ausnahme der Bereinigung aufgrund von Ausdeckelungen oder der Addition aufgrund von Eindeckelungen bleiben die Bereinigungen in den Ausgangswerten des hausärztlichen Grundbetrags für das Folgejahr unberücksichtigt.

4) Grundbetrag und Vergütungsvolumen „Facharzt“ gemäß 4.1.4

Grundlage der Berechnung sind die Vorgaben der KBV zur Honorarverteilung Teil B.

a) Bildung des Ausgangswertes

Der Ausgangswert für die Bildung des Grundbetrags „Facharzt“ in den Abrechnungsquartalen 4/2013 bis 3/2014 ist gemäß der im jeweiligen Vorjahresquartal gültigen KBV-Vorgabe, wie nachfolgend beschrieben, zu berechnen.

Als Ausgangsbasis wird die für das im Vorjahresquartal tatsächlich zur Verfügung stehende unbereinigte MGV für bereichseigene und bereichsfremde Vertragsärzte und -psychotherapeuten insgesamt für die im Abrechnungsquartal zutreffende Anzahl der Versicherten aller Krankenkassen mit Wohnsitz in Sachsen-Anhalt, für alle Vertragsärzte und -psychotherapeuten, MVZ, ermächtigte Ärzte, Einrichtungen, Krankenhäuser und Institutionen ermittelt. Dieser Betrag wird unter Abzug der ermittelten für das Vorjahresquartal zutreffenden MGV für die entsprechende Behandlung bereichseigener Versicherter durch bereichseigene und bereichsfremde Vertragsärzte und -psychotherapeuten für die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM der in § 87 b Abs. 2 Satz 6 SGB V genannten Arztgruppen, zzgl. der Anpassung gemäß Beschluss Teil B, 3.3, für diejenigen ärztlichen Leistungen und Kostenerstattungen, die in der kassenübergreifenden MGV gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 2. September 2009 enthalten sind, reduziert.

Der entsprechend ermittelte Betrag ist zusätzlich um die gemäß Anlage 1 I. 2) ermittelte MGV für die entsprechende Behandlung bzw. Untersuchung von Material bereichseigener Versicherter durch bereichseigene und bereichsfremde Vertragsärzte, die gemäß Anlage 1 I. 1) ermittelte MGV für die abgerechneten Leistungen und Kostenerstattungen für den von der KV organisierten Bereitschaftsdienst und für die Notfallbehandlung während der Zeiten des organisierten Notfalldienstes durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser und die Teilvergütung in Höhe von 0,1635 Prozent der MGV reduziert und ergibt das trennungsrelevante versorgungsbereichsübergreifende Verteilungsvolumen der Quartale 4/2012 bis 3/2013.

Ausgehend vom trennungsrelevanten versorgungsbereichsübergreifenden Verteilungsvolumen wird das nach Abzug des mit dem in den Quartalen 4/2012 bis 3/2013 geltenden Trennungsfaktors multiplizierte und um die ermittelte Teilvergütung in Höhe von 0,1635 Prozent

der MGV erhöhte und zusätzlich mit 0,15 multiplizierte hausärztlichen Verteilungsvolumen abgezogen und so das fachärztliche Verteilungsvolumen gebildet und um die Teilvergütung in Höhe von 0,1635 Prozent der MGV erhöht.

In den Quartalen 4/2012 bis 3/2013 gebildete Rückstellungen des fachärztlichen Versorgungsbereichs sind Bestandteil des fachärztlichen Verteilungsvolumens. Für die Quartale 1/2014 bis 3/2014 sind die Finanzmittel aus der Erhöhung des bereinigten Behandlungsbedarfs zur Förderung der fachärztlichen Grundversorgung gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 295. Sitzung in Abzug zu bringen. Die Finanzmittel für den Grundbetrag „genetisches Labor“ sind dem Ausgangswert für den fachärztlichen Grundbetrag zu entnehmen.

Der sich daraus ergebende Ausgangswert wird entsprechend den in den mit Wirkung ab 1. Oktober 2013 geltenden Vorgaben der KBV, Teil B 2.2.1, dargestellten Verfahren korrigiert.

Darüber hinaus ist der Ausgangswert des fachärztlichen Versorgungsbereichs für die Quartale 1/2014 bis 3/2014 um die gesamten Finanzmittel zu reduzieren, die sich aus der quartalsweisen Anwendung der Veränderungsrate gemäß § 87 a Abs. 4 Satz 3 SGB V und ggf. nach § 87 a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 bis 5 SGB V vom jeweiligen Quartal 2013 ergeben haben.

Der sich ergebende Ausgangswert für den Grundbetrag „Facharzt“ je Quartal wird durch die bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs im Vorjahresquartal tatsächlich verwendete Anzahl der Versicherten dividiert, sodass sich der versichertenbezogene Grundbetrag „Facharzt“ ergibt.

b) Fortschreibung des Grundbetrags

Der Grundbetrag „Facharzt“ wird für die Quartale 4/2013 bis 3/2014 unter Verwendung der ggf. vereinbarten Veränderungsrate gemäß § 87 a Abs. 4 Satz 4 gesteigert. Eine Anpassung des regionalen Punktwertes gemäß § 87 a Abs. 2 Satz 1 SGB V ist zu berücksichtigen. Der Grundbetrag ist für die Quartale 1/2014 bis 3/2014 entsprechend der vereinbarten Veränderungsrate gemäß § 87 a Abs. 4 Satz 3 SGB V zu steigern.

Der fachärztliche Grundbetrag wird um die vereinbarten Anpassungen gemäß § 87 a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 bis 5 SGB V für die Quartale 1/2014 bis 3/2014 erhöht. Der sich aus der Multiplikation der Veränderungsrate gemäß § 87 a Abs. SGB V 4 Satz 3 mit dem Grundbetrag „Labor“ gemäß Anlage 1 I. 2) ergebende Betrag wird für die Quartale 4/2013 bis 3/2014 nach dem Anteil der, entsprechend dem angewandten Trennungsfaktor gemäß den bis zum 30. September 2013 gültigen KBV-Vorgaben zur Trennung der Gesamtvergütung, auf den fachärztlichen Versorgungsbereich entfällt, dem fachärztlichen Grundbetrag zugeführt. Der sich ggf. aus der Multiplikation der Veränderungsrate gemäß § 87 a Abs. SGB V 4 Satz 4 mit dem Grundbetrag „Labor“ gemäß Anlage 1 I. 2) ergebende Betrag wird für die Quartale 4/2013 bis 3/2014 nach dem Anteil, der entsprechend dem angewandten Trennungsfaktor gemäß der bis zum 30. September 2013 gültigen KBV-Vorgaben, Teil B, zur Trennung der Gesamtvergütung, auf den fachärztlichen Versorgungsbereich entfällt, dem fachärztlichen Grundbetrag zugeführt.

Der sich ggf. aus der Multiplikation der Veränderungsrate gemäß § 87 a Abs. 4 Satz 4 SGB V mit dem Grundbetrag „genetisches Labor“ gemäß Anlage 1 I. 5) ergebende Betrag wird für die Quartale 4/2013 bis 3/2014 dem fachärztlichen Grundbetrag zugeführt.

c) Bildung des Vergütungsvolumens

Aus der Multiplikation des Grundbetrags „Facharzt“ mit der Anzahl der Versicherten, die im aktuellen Quartal bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs verwendet werden, entsteht das fachärztliche Vergütungsvolumen.

Im fachärztlichen Vergütungsvolumen sind im aktuellen Abrechnungsquartal die notwendigen Bereinigungen, die durch das SGB V vorgesehen sind, sowie Änderungen in der Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu berücksichtigen. Die Umsetzung erfolgt in der Höhe der vereinbarten Verfahren der Bereinigung bzw. Ein- oder Ausdeckung bestimmten Beträge. Mit Ausnahme der Bereinigung aufgrund von Ausdeckelungen oder der Addition aufgrund von Eindeckelungen bleiben die Bereinigungen in den Ausgangswerten des fachärztlichen Grundbetrags für das Folgejahr unberücksichtigt.

5) Grundbetrag und Vergütungsvolumen „Genetisches Labor“ gemäß 4.1.4.1

Dem Ausgangswert für den fachärztlichen Grundbetrag werden die Finanzmittel für den Grundbetrag „genetisches Labor“ entnommen. Die Bildung des Grundbetrags und des Vergütungsvolumens zur Vergütung von Leistungen der Humangenetik entsprechend den GOP 11220, 11320 bis 11322 EBM und der Leistungen des Abschnitts 11.4 EBM erfolgt entsprechend den Vorgaben der KBV zur Honorarverteilung Teil B i. Verb. m. Teil G.

a) Bildung des Ausgangswertes

Für die erstmalige Bestimmung des Ausgangswertes für den Grundbetrag „Genetisches Labor“ wird im Zeitraum vom 4. Quartal 2013 bis zum 3. Quartal 2014 die für das Vorjahresquartal zutreffende morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV für die entsprechende Behandlung bzw. Untersuchung von Material bereichseigener Versicherter durch bereichseigene und bereichsfremde Vertragsärzte) für die Leistungen des genetischen Labors (GOP 11320 bis 11322 EBM und Abschnitt 11.4 EBM) ermittelt. Alternativ wird der im entsprechenden Vorjahresquartal für die Behandlung und Untersuchung bereichseigener Versicherter angeforderte Leistungsbedarf gemäß Euro-Gebührenordnung multipliziert mit dem Faktor 0,85 bestimmt.

Als Ausgangswert für den Grundbetrag „genetisches Labor“ ist im Zeitraum vom 4. Quartal 2013 bis zum 3. Quartal 2014 der kleinere der beiden Werte zu verwenden.

b) Fortschreibung des Ausgangswertes für den Grundbetrag

Im Zeitraum vom 4. Quartal 2013 bis 3. Quartal 2014 ist eine Anpassung des regionalen Punktwertes gemäß § 87 a Abs. 2 Satz 1 und im Zeitraum vom 1. Quartal 2014 bis 3. Quartal 2014 die vereinbarte Veränderungsrate gemäß § 87 a Abs. 4 Satz 3 SGB V sowie zusätzliche spezifische Steigerungen aufgrund der entsprechend für Leistungen des Grundbetrags „genetisches Labor“ vereinbarten Anpassungen gemäß § 87 a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 bis 5 SGB V zu berücksichtigen.

Aus der Division des bestimmten Ausgangswertes durch die im Vorjahresquartal tatsächlich verwendete Anzahl der Versicherten ergibt sich je Abrechnungsquartal der Grundbetrag „genetisches Labor“.

c) Bildung des Vergütungsvolumens

Aus der Multiplikation des Grundbetrags „Genetisches Labor“ mit der Anzahl der Versicherten, die im aktuellen Abrechnungsquartal bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs verwendet werden, entsteht das Vergütungsvolumen für die Leistungen des genetischen Labors.

6) Versorgungsbereichsspezifischer Grundbetrag und Vergütungsvolumen „PFG“ gemäß 4.1.4.2

Grundlage der Berechnung sind die Vorgaben der KBV zur Honorarverteilung Teil B in Verb. m. Teil H.

a) Festlegung der Finanzmittel

Der versorgungsbereichsspezifische Grundbetrag „PFG“ ist aus den fachärztlichen Finanzmitteln entsprechend den Vorgaben der KBV zur Honorarverteilung Teil H verpflichtend zu bilden. Für die erstmalige quartalsweise Bestimmung (Quartale 4/2013 bis 3/2014) werden folgende Finanzmittel verwendet:

aa) Für die Quartale 4/2013 bis 3/2014 wird die Höhe des auf den fachärztlichen Versorgungsbereich entfallenden Anteils auf den für die KVSA 2013 quartalsweise bereitgestellten Betrag gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses zur Anpassung der kassenspezifischen Aufsatzwerte des bereinigten Behandlungsbedarfs in seiner 295. Sitzung verwendet.

bb) Darüber hinaus wird die Höhe des für die KVSA quartalsweise bereitgestellten Betrages gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 302. Sitzung berücksichtigt. Für das 3. Quartal 2014 ist der Betrag des 3. Quartals 2013 zu verwenden.

cc) Die Finanzmittel, die aufgrund des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 297. Sitzung zur Änderung des Wirtschaftlichkeitsbonus nach der Gebührenordnungsposition 32001 EBM eingespart werden und entsprechend dem bis zum 30.09.2013 angewandten Trennungsfaktor auf den fachärztlichen Versorgungsbereich entfallen, werden dem Grundbetrag „PFG“ zugeführt.

dd) Des Weiteren sind aus dem fachärztlichen Versorgungsbereich im Zeitraum der Quartale 4/2013 bis 3/2014 die gesamten Finanzmittel, die sich aus der quartalsweisen Anwendung der Veränderungsrate gemäß § 87 a Abs. 4 Satz 3 und § 87 a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 bis 5 SGB V des Jahres 2013 ergeben haben, zu verwenden.

ee) Für die Quartale 1/2014 bis 3/2014 wird basiswirksam die Hälfte des Betrages, der sich quartalsweise aufgrund der Steigerungsrate gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 319. Sitzung ergibt, verwendet.

b) Fortschreibung der Finanzmittel

Der sich aus aa) ergebende Betrag wird im Zeitraum der Quartale 1/2014 bis 3/2014 mit der Veränderungsrate gemäß § 87 a Abs. 4 Satz 3 und ggf. Satz 4 SGB V, der Anpassung des regionalen Punktwertes gemäß § 87 a Abs. 2 Satz 1 SGB V und der Veränderungsrate gemäß § 87 a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 bis 5 SGB V des aktuellen Abrechnungsquartals multipliziert.

Der sich aus bb) ergebende Betrag wird im Zeitraum vom 1. Juli 2014 bis 30. September 2014 mit der Veränderungsrate gemäß § 87 a Abs. 4 Satz 3 SGB V, ggf. zusätzlich erfolgter Steigerungen gemäß § 87 a Abs. 4 Satz 4 SGB V, der Anpassung des regionalen Punktwertes gemäß § 87 a Abs. 2 Satz 1 SGB V und der Veränderungsrate gemäß § 87 a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 bis 5 SGB V des aktuellen Abrechnungsquartals multipliziert.

Der sich aus cc) ergebende Betrag wird mit der Veränderungsrate gemäß § 87 a Abs. 4 Satz 3 und ggf. Satz 4 SGB V, der Anpassung des regionalen Punktwertes gemäß § 87 a Abs. 2 Satz 1 SGB V und der Veränderungsrate gemäß § 87 a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 bis 5 SGB V des aktuellen Abrechnungsquartals multipliziert.

Der sich aus dd) ergebende Betrag wird für die Quartale 1/2014 bis 3/2014 mit der Veränderungsrate gemäß § 87a Abs. 4 Satz 3 und ggf. Satz 4 SGB V, der Anpassung des regionalen Punktwertes gemäß § 87 a Abs. 2 Satz 1 SGB V und der Veränderungsrate gemäß § 87 a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 bis 5 SGB V des aktuellen Abrechnungsquartals multipliziert.

c) Bildung des Vergütungsvolumens

Aus der Multiplikation des Grundbetrags „PFG“ mit der Anzahl der Versicherten, die im aktuellen Abrechnungsquartal bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs verwendet werden, entsteht das Vergütungsvolumen für die Leistungen der PFG.

II. Berechnung der versorgungsbereichsspezifischen Vorwegabzüge

Vorwegabzug Notfalleleistungen außerhalb der Zeiten des ärztlichen Bereitschaftsdienstes gemäß 4.2.3.3

Die Höhe des Vorwegabzugs wird bestimmt durch die Ermittlung der für das Vorjahresquartal unter Beachtung der Versichertenentwicklung zutreffenden, um 1,3 Prozent für den Orientierungswert erhöhte und um die für das entsprechende Abrechnungsquartal gültige Veränderungsrate (VR) gesteigerten MGV (MGV für die entsprechende Behandlung bereichseigener Versicherter durch bereichseigene und bereichsfremde Vertragsärzte) für die abgerechneten Leistungen und Kostenerstattungen des EBM, soweit diese Vergütung der Leistungen nicht bereits im Grundbetrag Labor erfasst sind, für die Notfallbehandlung durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser außerhalb der Zeiten des organisierten Notfalldienstes.

III. Angleichung an die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung

Soweit die Summe der gemäß Anlage 1 I. 1) bis 6) gebildeten Vergütungsvolumina aller Grundbeträge, die die gemäß 4.2 ermittelten Vorwegabzüge beinhalten, nicht der Summe der vereinbarten bereinigten morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen des aktuellen Abrechnungsquartals entspricht, wird folgende Korrektur vorgenommen: Die Differenz zwischen der vereinbarten bereinigten MGV und der Summe der Vergütungsvolumina aller Grundbeträge wird ermittelt und entsprechend der Anteile der bestimmten Ausgangswerte eines jeden Grundbetrags dem jeweiligen Grundbetrag zugeführt oder entnommen.

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

Grundlage sind die Vorgaben der KBV zur Honorarverteilung Teil E.

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

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

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

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

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

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

Anlage 2 zum Honorarverteilungsmaßstab der KVSA ab dem 2. Quartal 2014

Berechnung arztgruppenspezifische Vergütungsvolumen und Vergütungsbereiche

I. Berechnung des arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumens gemäß 5.1.1

1) Berechnung des arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumens

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

LB_{VB} : Zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannter Leistungsbedarf in Punkten im Vorjahresquartal ohne Leistungen gemäß 4.1.1; 4.1.2; 4.1.4.1; 4.1.4.2; 4.2.1.4; 4.2.1.5; 4.2.2.1; 4.2.3.2 und 4.2.3.3 unter Berücksichtigung von 5.1, aller Arztgruppen gemäß Anlage 4 des Versorgungsbereichs

LB_{AG} : Zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannter Leistungsbedarf in Punkten im Vorjahresquartal ohne Leistungen gemäß 4.1.1; 4.1.2; 4.1.4.1; 4.1.4.2; 4.2.1.4; 4.2.1.5; 4.2.2.1; 4.2.3.2 und 4.2.3.3 unter Berücksichtigung von 5.1.1 einer Arztgruppe

AG : Arztgruppe gemäß Anlage 4

VV_{VB}^{RLV} : Versorgungsbereichsspezifisches Verteilungsvolumen gemäß 5.1.2

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

1) im hausärztlichen Versorgungsbereich gemäß 5.1.2.1

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

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

- LB_{AG}^{Strp} : Zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannter Leistungsbedarf in Punkten im Vorjahresquartal von den Strukturpauschalen (GOP 03040 und 04040 EBM) einer Arztgruppe des hausärztlichen Versorgungsbereiches unter Berücksichtigung von 5.1.2. Abweichend davon wird für das Quartal 2/2014 anstelle des Leistungsbedarfs des Vorjahresquartals der mit Hilfe der Daten des Quartals 4/2013 hochgerechneten Leistungsbedarfs zu Grunde gelegt. Für das Quartal 3/2014 wird anstelle des Leistungsbedarfs des Vorjahresquartals der mit Hilfe der Daten des 1. Quartals 2014 hochgerechnete Leistungsbedarf verwendet.
- LB_{AG} : Zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannter Leistungsbedarf in Punkten im Vorjahresquartal ohne Leistungen gemäß 4.1.1; 4.1.2; 4.2.1.4; 4.2.1.5; 4.2.2.1; unter Berücksichtigung von 5.1.1 einer Arztgruppe
- VV_{AG} : Arztgruppenspezifisches Verteilungsvolumen gemäß 5.1.1
- AG: Arztgruppen des hausärztlichen Versorgungsbereichs gemäß Anlage 4 I.

b) Berechnung des Vergütungsbereichs für die Gesprächsleistungen (GOP 03230 und 04230 EBM) unter Beachtung der Präambeln 3.1 10. und 4.1 11. EBM ($Gspr_{AG}$)

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

- FZ_{AG} : Behandlungsfälle des Vorjahresquartals einer Arztgruppe des hausärztlichen Versorgungsbereichs gemäß § 21 Abs. 1 Bundesmantelvertrag Ärzte an dem ein Arzt gemäß Nr. 1 der Präambel 3.1 EBM bzw. Nr. 1 der Präambel 4.1 EBM beteiligt ist, ausgenommen Notfälle im organisierten Notfalldienst (Muster 19 der Vordruck-Vereinbarung) und Überweisungsfälle zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen oder zur Befundung von dokumentierten Untersuchungsergebnissen und Behandlungsfälle, in denen ausschließlich Kostenerstattungen des Kapitels 40 berechnet werden, sowie stationäre (belegärztliche) Behandlungsfälle.
- $Bew_{.GOP}$: Bewertung der Gesprächsleistungen GOP 03230 bzw. 04230 EBM in Punkten

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

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

- LB_{AG}^{RLV} : Zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannter Leistungsbedarf in Punkten im Vorjahresquartal einer Arztgruppe derjenigen Leistungen, die innerhalb der Regelleistungsvolumen vergütet werden, unter Berücksichtigung von 5.1.1
- LB_{AG} : Zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannter Leistungsbedarf in Punkten im Vorjahresquartal ohne Leistungen gemäß 4.1.1; 4.1.2; 4.2.1.4; 4.2.1.5; 4.2.2.1 unter Berücksichtigung von 5.1.1 einer Arztgruppe
- VV_{AG} : Arztgruppenspezifisches Verteilungsvolumen gemäß 5.1.1
- AG: Arztgruppen des hausärztlichen Versorgungsbereichs gemäß Anlage 4 I.

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

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

VV_{AG} : Arztgruppenspezifisches Verteilungsvolumen gemäß 5.1.1

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

$Strp_{AG}$: Arztgruppenspezifischer Vergütungsbereich für die Vergütung der Strukturpauschalen (GOP 03040 und 04040 EBM) einer Arztgruppe des hausärztlichen Versorgungsbereiches unter Berücksichtigung von 4.2

$Gspr_{AG}$: Arztgruppenspezifischer Vergütungsbereich für die Vergütung der Gesprächsleistungen (GOP 03230 und 04230 EBM) einer Arztgruppe des hausärztlichen Versorgungsbereiches

2) im fachärztlichen Versorgungsbereich gemäß 5.1.2.2

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

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

LB_{AG}^{RLV} : Zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannter Leistungsbedarf in Punkten im Vorjahresquartal einer Arztgruppe derjenigen Leistungen, die innerhalb der Regelleistungsvolumen vergütet werden, unter Berücksichtigung von 5.1.1

LB_{AG} : Zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannter Leistungsbedarf in Punkten im Vorjahresquartal ohne Leistungen gemäß 4.1.1; 4.1.2; 4.1.4.1; 4.1.4.2; 4.2.1.4; 4.2.1.5; 4.2.3.2; 4.2.3.3 unter Berücksichtigung von 5.1.1 einer Arztgruppe

VV_{AG} : Arztgruppenspezifisches Verteilungsvolumen gemäß 5.1.1

AG : Arztgruppen des fachärztlichen Versorgungsbereichs gemäß Anlage 4 I.

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

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

VV_{AG} : Arztgruppenspezifisches Verteilungsvolumen gemäß 5.1.1

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

Anlage 3

zum Honorarverteilungsmaßstab der KVSA ab dem 2. Quartal 2014

Berechnungen Gesamtvolumen (RLV und QZV) und zKG gemäß 5.2

I. Berechnung des Regelleistungsvolumens je Arzt gemäß 5.2.2

1) Berechnung des arztgruppenspezifischen Fallwertes

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

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

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

2) Berechnung des arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumens

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

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

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

Das ermittelte Regelleistungsvolumen je Arzt ist gegebenenfalls entsprechend den gemäß 5.3.1.3 festgestellten Praxisbesonderheiten anzupassen. Das praxisbezogene Regelleistungsvolumen ergibt sich gemäß 5.2.1 aus der Addition der Regelleistungsvolumen der Ärzte, die in der Arztpraxis tätig sind sowie der entsprechenden Zuschläge für Kooperationen gemäß 5.2.1.1.

3) Morbiditätsbezogene Differenzierung des Regelleistungsvolumens nach Altersklassen gemäß 5.2.2.3

a) Differenzierung nach Versichertenpauschalen im hausärztlichen Versorgungsbereich

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

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

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

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

b) Differenzierung nach Grundpauschalen im fachärztlichen Versorgungsbereich

- f =** arztgruppenspezifischer Leistungsbedarf je RLV-Fall im Abrechnungsquartal aus Leistungen, die innerhalb des Regelleistungsvolumens vergütet werden, für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr
- g =** arztgruppenspezifischer Leistungsbedarf je RLV-Fall im Abrechnungsquartal aus Leistungen, die innerhalb des Regelleistungsvolumens vergütet werden, für Versicherte ab dem 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
- h =** arztgruppenspezifischer Leistungsbedarf je RLV-Fall im Abrechnungsquartal aus Leistungen, die innerhalb des Regelleistungsvolumens vergütet werden, für Versicherte ab dem 60. Lebensjahr

- i =** arztgruppenspezifischer Leistungsbedarf je RLV-Fall im Abrechnungsquartal aus Leistungen, die innerhalb des Regelleistungsvolumens vergütet werden, für alle Versicherten
- nf =** Zahl der RLV-Fälle eines Arztes für die Behandlung von Versicherten bis zum vollendeten 5. Lebensjahr im Abrechnungsquartal
- ng =** Zahl der RLV-Fälle eines Arztes für die Behandlung von Versicherten ab dem 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr im Abrechnungsquartal
- nh =** Zahl der RLV-Fälle eines Arztes für die Behandlung von Versicherten ab dem 60. Lebensjahr im Abrechnungsquartal
- n =** Zahl der RLV-Fälle eines Arztes im Abrechnungsquartal

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

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

II. Berechnung der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen gemäß 5.2.3

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

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

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

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

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

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

i: Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen einer Arztgruppe gemäß Anlage 5

AG: Arztgruppe gemäß Anlage 5

2) Berechnung des qualifikationsgebundenen Zusatzvolumens je Fall oder je Arzt

a) Variante A: Fallbezug

aa) Berechnung des Fallwertes für ein qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen je Leistungsfall

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

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

FZ_{AG}^i : Anzahl der Leistungsfälle gemäß 5.2.3 derjenigen Ärzte einer Arztgruppe, die Anspruch auf das qualifikationsgebundene Zusatzvolumen i haben

i: qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen einer Arztgruppe

bb) Berechnung des qualifikationsgebundenen Zusatzvolumens eines Arztes je Leistungsfall

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

FZ_{Arzt}^i : Anzahl der Leistungsfälle gemäß 5.2.3 eines Arztes, der Anspruch auf das arztgruppenspezifische qualifikationsgebundene Zusatzvolumen i hat

b) Variante B: Arztbezug

aa) Berechnung des qualifikationsgebundenen Zusatzvolumens eines Arztes

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

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

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

i: Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen einer Arztgruppe

3) Korrekturfaktor

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

tes werden bei der Berechnung der für ihn jeweils zutreffenden QZV auf den Fallwert in Euro angewandt. Abweichend davon wird für die QZV „Dringende Besuche“ und „Verordnung medizinischer Rehabilitation“ der KF aus dem Verhältnis der RLV-Fallzahl des Arztes des Abrechnungsquartals zur durchschnittlichen RLV-Fallzahl je Arzt der Arztgruppe des Abrechnungsquartals gebildet und auf das Volumen je Arzt angewandt.

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 wird der Aufschlag für den/die standortübergreifend tätigen Arzt/Ärzte auf deren Gesamtvolumen entsprechend des KG gewährt, maximal in Höhe von 10 Prozent gewährt.

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

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

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

IV. Berechnung des abgestaffelten Preises gemäß 5.2

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

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

- 1) Feststellung der versorgungsbereichsspezifisch über die RLV und QZV hinausgehenden Vergütungen,
- 2) Feststellung des für den jeweiligen Versorgungsbereich im Vorwegabzug 4.2.1.3 zurückgestellten Betrages in Höhe von bis zu 2 Prozent der diese Leistungsbe-
reiche 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.

V. Berechnung der zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen (zKG) gemäß 5.2.4

Die zeitbezogene Kapazitätsgrenze für die nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen, die innerhalb der MGV vergütet werden, der Arztgruppen gemäß Anlage 4 II. wird anhand der arztgruppenspezifischen, durchschnittlich abgerechneten ärztlichen bzw. therapeutischen Zuwendungszeit je Arzt des Vorjahresquartals gemäß den Prüfzeiten der Leistungen des Anhangs 3 zum Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) in der gültigen Fassung ermittelt.

Anlage 4

zum Honorarverteilungsmaßstab der KVSA ab dem 2. Quartal 2014

Arztgruppen mit RLV und Arztgruppen mit zKG

I. RLV-Arztgruppen

Für nachfolgende Arztgruppen werden Regelleistungsvolumen ermittelt und festgesetzt.

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

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

II. zKG-Arztgruppen

Für diese Arztgruppen werden zeitbezogene Kapazitätsgrenzen ermittelt und festgelegt:

Arztgruppen zKG
Psychologische Psychotherapeuten
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
andere ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte gemäß den Kriterien der Bedarfsplanungsrichtlinie
Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen oder ermächtigte psychologische Psychotherapeuten mit dem Versorgungsauftrag zur ausschließlichen psychotherapeutischen Tätigkeit
* SP = Schwerpunkt ** RL-PT = Richtlinien-Psychotherapie *** Die Zuordnung des Arztes erfolgt an Hand der Voraussetzungen zur Abrechnung der GOP 06225 des EBM.

Anlage 5

zum Honorarverteilungsmaßstab der KVSA ab dem 2. Quartal 2014

Arztgruppen mit QZV

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

Hausärzte	Arztgruppe (AGR)	DFZ AGR VJQ	RLV-Fallwert in €
	FÄ für Innere u. Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, FÄ für Innere Medizin, (hausärztlicher Versorgungsbereich)		
Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/ Institute/Einrichtungen mit hausärztlichen Versorgungsauftrag			
Die Pauschale nach GOP 03040 EBM wird zum Wert des EBM außerhalb der RLV und QZV vergütet. Die Leistung nach GOP 03230 EBM wird unter Beachtung des Budgets gemäß EBM außerhalb der RLV/QZV vergütet. Die Leistungen der Geriatrie (GOP 03360 bis 03362 EBM) und Palliativmedizin (GOP 03370 bis 03373 EBM) werden aus dem Vorwegabzug gemäß 4.2.2.1 vergütet.			
	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	EBM-Nrn./EBM-Abschnitte	QZV-Fallwert in €
	Akupunktur	30.7.3	
	Allergologie	30.1.1; 30.1.2	
	Hyposensibilisierung	30.1.3	
	Behandlung des diabetischen Fußes	02311	
	Chirotherapie	30.2	
	Neurophysiologische Übungsbehandlung	30.3	
	Ergometrie	03321, 04321	
	Polygraphie	30900	
	Kleinchirurgie	02300, 02301, 02302, 02310	
	Langzeit-Blutdruckmessung	03324, 04324	
	Langzeit-EKG	03241, 03322, 04241, 04322	
	Psychos. Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	
	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	
	Psychologische Testverfahren	35.3, 16340, 21340, 03242	
	Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	30.7.1	
	Schmerztherapeutische Behandlung	30.7.2	
	Phlebologie	30.5	
	Sonographie I	33000 - 33002, 33010 - 33012, 33042 - 33044, 33050 - 33052, 33080, 33081, 33090 - 33092	
	Sonographie III	33060 - 33064, 33070 - 33076	
	Spirometrie	03330, 04330	
	Verordnung medizinischer Rehabilitation*	01611	
	Dringende Besuche*	01411, 01412, 01415	

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

Kinderheilkunde	Arztgruppe (AGR)	DFZ AGR VJQ	RLV-Fallwert in €
	FÄ für Kinderheilkunde		
	Ermächtigte FÄ/ Krankenhäuser/Institute/Einrichtungen mit Versorgungsauftrag Kinderheilkunde		
	Die Pauschale nach GOP 04040 EBM wird zum Wert des EBM außerhalb der RLV und QZV vergütet. Die Leistung nach GOP 04230 EBM wird unter Beachtung des Budgets gemäß EBM außerhalb der RLV/QZV vergütet. Die Leistungen der Sozialpädiatrie (GOP 04355 EBM) und Palliativmedizin (GOP 04370 bis 04373 EBM) werden aus dem Vorwegabzug gemäß 4.2.2.1 vergütet		
	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	EBM-Nrn./EBM-Abschnitte	QZV-Fallwert in €
	Akupunktur	30.7.3	
	Allergologie	30.1.1; 30.1.2	
	Ergometrie	03321, 04321	
	Hyposensibilisierung	30.1.3	
	Kleinchirurgie	02300, 02301, 02302, 02310	
Langzeit Blutdruckmessung	03324, 04324		
Langzeit-EKG	03241, 03322, 04241, 04322,		
Psychos. Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120		
Psychologische Testverfahren	35.3; 16340, 21340, 03242		
Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150		
Sonographie I	33000 - 33002, 33010 - 33012, 33042 - 33044, 33050 - 33052, 33080, 33081, 33090 - 33092		
Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33030, 33031, 33040	-	
Sonographie III	33060 - 33064, 33070- 33076		
Sonographie IV	33023		
Spirometrie	03330, 04330		
Leistungen der Rheumatologie	4.5.3		
Leistungen der Gastroenterologie	04511, 04512, 04513, 04516, 04517, 04521, 04523, 04525, 04527		
Leistungen der Endokrinologie und Diabetologie	4.5.5		
Leistungen der Kinderkardiologie	4.4.1		
Leistungen der Neuropädiatrie	4.4.2		
Leistungen der Hämatologie und Onkologie	4.4.3		
Leistungen der Pneumologie	4.5.2		

Anästhesie	Arztgruppe (AGR)	DFZ AGR VJQ	RLV-Fallwert in €
	FÄ für Anästhesiologie		
	Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institute/Einrichtungen mit Versorgungsauftrag Anästhesiologie		
	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	EBM-Nrn./EBM-Abschnitte	QZV-Fallwert in €
	Akupunktur	30.7.3	
	Narkosen	05330, 05331, 05340, 05341, 05350	
	Psychos. Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512	
	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	
	Psychologische Testverfahren	35.3, 16340, 21340, 03242	
Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	30.7.1		
Schmerztherapeutische Behandlung	30.7.2		

Augenheilkunde	Arztgruppe (AGR)		DFZ AGR VJQ	RLV-Fallwert in €
	FÄ für Augenheilkunde konservativ und/oder laserchirurgisch tätig			
	FÄ für Augenheilkunde operativ und/oder belegärztlich tätig			
	Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institute/Einrichtungen mit Versorgungsauftrag Augenheilkunde			
	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	EBM-Nrn./EBM-Abschnitte		QZV-Fallwert in €
	Fluoreszenzangiographie	06331		
	Schielbehandlung	06320, 06321		
	Psychos. Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120		
	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150		
	Psychologische Testverfahren	35.3, 16340, 21340, 03242		
Sonographie I	33000 - 33002, 33010 - 33012, 33042 - 33044, 33050 - 33052, 33080, 33081, 33090 - 33092			

Chirurgie / Kinderchirurg., /Plast. Chirurg.	Arztgruppe (AGR)		DFZ AGR VJQ	RLV-Fallwert in €
	FÄ für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie			
	Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institute/Einrichtungen mit Versorgungsauftrag Chirurgie, Kinderchirurgie, Plastische Chirurgie			
	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	EBM-Nrn./EBM-Abschnitte		QZV-Fallwert in €
	Sonographie I	33000 - 33002, 33010 - 33012, 33042 - 33044, 33050 - 33052, 33080, 33081, 33090 - 33092		
	Akupunktur	30.7.3		
	Sonographie	33060 - 33064, 33070 - 33076		
	Gastroenterologie I	13400		
	Phlebologie	30.5		
	Psychos. Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120		
Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150			
Psychologische Testverfahren	35.3, 16340, 21340, 03242			
Teilradiologie	34210 - 34212, 34220 - 34223, 34230 - 34238, 34240 - 34248, 34250 - 34257, 34260, 34280 - 34282, 34293 - 34297, 34500, 34501, 34503			

Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	Arztgruppe (AGR)		DFZ AGR VJQ	RLV-Fallwert in €
	FÄ für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie			
	Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institute/Einrichtungen mit Versorgungsauftrag Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie			
	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	EBM-Nrn./EBM-Abschnitte		QZV-Fallwert in €
	Sonographie I	33000 - 33002, 33010 - 33012, 33042 - 33044, 33050 - 33052, 33080, 33081, 33090 - 33092		
	Psychos. Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120		
	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150		
	Psychologische Testverfahren	35.3, 16340, 21340, 03242		
	Teilradiologie	34210 - 34212, 34220 - 34223, 34230 - 34238, 34240 - 34248, 34250 - 34257, 34260, 34280 - 34282, 34293 - 34297, 34500, 34501, 34503		
	Zusatzpauschale Onkologie	15345		

Frauenheilkunde	Arztgruppe (AGR)		DFZ AGR VJQ	RLV-Fallwert in €
	FÄ für Frauenheilkunde			
	Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institute/Einrichtungen mit Versorgungsauftrag Frauenheilkunde			
	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	EBM-Nrn./EBM-Abschnitte	QZV-Fallwert in €	
	Histologie/Zytologie	01826, 19310 - 19312, 19315, 19320, 19331		
	Labor-Grundpauschale	12225, 01701		
	Inkontinenzbehandlung	08310, 08311, 26313		
	Kurative Mammographie	34270, 34271, 34272, 34273, 34275		
	Mamma-Stanzbiopsie	08320		
	Sonographie V	33041		
	Psychologische Testverfahren	35.3, 16340, 21340, 03242		
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512		

Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde / Phoniatrie und Pädaudiologie	Arztgruppe (AGR)		DFZ AGR VJQ	RLV-Fallwert in €
	FÄ für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, FÄ für Phoniatrie und Pädaudiologie, FÄ für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen			
	Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institute/Einrichtungen mit Versorgungsauftrag Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Phoniatrie, Pädaudiologie, Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen			
	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	EBM-Nrn./EBM-Abschnitte	QZV-Fallwert in €	
	Phoniatrie/Pädaudiologie II	20310 - 20314, 20320 - 20323, 20334, 20340, 20350 - 20353, 20360, 20361, 20370, 20371		
	Allergologie	30.1.1; 30.1.2		
	Hyposensibilisierung	30.1.3		
	Otoakustische Emissionen	09324, 20324		
	Prüfung der Labyrinth	09325, 20325		
	Untersuchung mittels BERA	09326, 09327, 20326, 20327		
	Phoniatrie, Pädaudiologie I	09330 - 09333, 09335, 09336, 20330 - 20333, 20335, 20336		
	Polygraphie	30900		

Hautärzte	Arztgruppe (AGR)		DFZ AGR VJQ	RLV-Fallwert in €
	FÄ für Haut- und Geschlechtskrankheiten			
	Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institute/Einrichtungen mit Versorgungsauftrag Haut- und Geschlechtskrankheiten			
	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	EBM-Nrn./EBM-Abschnitte	QZV-Fallwert in €	
	Allergologie	30.1.1; 30.1.2		
	Hyposensibilisierung	30.1.3		
	Behandlung des diabetologischen Fußes	02311		
	Dermatologische Lasertherapie	10320, 10322, 10324		
	Labor-Grundpauschale	12225, 01701		
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512		
	Proktologie	08333, 08334, 30600, 30601, 13257, 13260, 03331, 04331		
	Therapeutische Proktologie	30610, 30611		
	Phlebologie	30.5		
	Physikalische Therapie	30.4		
	Psychos. Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120		
Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150			
Psychologische Testverfahren	35.3, 16340, 21340, 03242			
Sonographie I	33000 - 33002, 33010 - 33012, 33042 - 33044, 33050 - 33052, 33080, 33081, 33090 - 33092			
Histologie/Zytologie	01826, 19310 - 19312, 19315, 19320, 19331			
Sonographie III	33060 - 33064, 33070 - 33076			

Internisten SP Angiologie	Arztgruppe (AGR)		DFZ AGR VJQ	RLV-Fallwert in €
	FÄ für Innere Medizin mit Schwerpunkt Angiologie			
	Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institute/Einrichtungen mit Versorgungsauftrag Innere Medizin mit Schwerpunkt Angiologie			
	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	EBM-Nrn./EBM-Abschnitte	QZV-Fallwert in €	
	Kontrolle Herzschrittmacher	13552		
	Phlebologie	30.5		
	Labor-Grundpauschale	12225, 01701		
	Langzeit-EKG als Auftragsleistung	13252, 13253		
	Interventionelle Radiologie	01530, 01531, 34283 - 34287		
	Psychos. Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120		
	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150		
	Psychologische Testverfahren	35.3, 16340, 21340, 03242		
	Sonographie I	33000 - 33002, 33010 - 33012, 33042 - 33044, 33050 - 33052, 33080, 33081, 33090 - 33092		
	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33030, 33031, 33040		
	Sonographie III	33060 - 33064, 33070 - 33076		
Sonographie IV	33023		-	

Internisten SP Endokrinologie	Arztgruppe (AGR)	DFZ AGR VJQ	RLV-Fallwert in €
	FÄ für Innere Medizin mit Schwerpunkt Endokrinologie		
	Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institute/Einrichtungen mit Versorgungsauftrag Innere Medizin mit Schwerpunkt Endokrinologie		
	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	EBM-Nrn./EBM-Abschnitte	QZV-Fallwert in €
	Sonographie I	33000 - 33002, 33010 - 33012, 33042 - 33044, 33050 - 33052, 33080, 33081, 33090 - 33092	
	Labor-Grundpauschale	12225, 01701	
	Schmerztherapeutische Behandlung	30.7.2	
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512	
	Psychos. Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	
	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	
Psychologische Testverfahren	35.3, 16340, 21340, 03242		
Osteodensitometrie	34600		

Internisten SP Gastroenterologie	Arztgruppe (AGR)	DFZ AGR VJQ	RLV-Fallwert in €
	FÄ für Innere Medizin mit Schwerpunkt Gastroenterologie		
	Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institute/Einrichtungen mit Versorgungsauftrag Innere Medizin mit Schwerpunkt Gastroenterologie		
	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	EBM-Nrn./EBM-Abschnitte	QZV-Fallwert in €
	Psychos. Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512	
	Sonographie III	33060 - 33064, 33070 - 33076	
	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	
	Psychologische Testverfahren	35.3, 16340, 21340, 03242	
	Therapeutische Proktologie	30610, 30611	
Gastroenterologie I	13400		

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 €
	Zytostatische Chemotherapie	02101	
	Labor-Grundpauschale	12225, 01701	
	Transfusionen	02110, 02111	
	Psychos. Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	
	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	
	Psychologische Testverfahren	35.3, 16340, 21340, 03242	
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512		
Zusatzpauschale zytotoxische/ aplasieinduzierende Therapie	13502		

Internisten SP Nephrologie	Arztgruppe (AGR)	DFZ AGR VJQ	RLV-Fallwert in €
	FÄ für Innere Medizin mit Schwerpunkt Nephrologie		
	Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institute/Einrichtungen mit Versorgungsauftrag Innere Medizin mit Schwerpunkt Nephrologie		
	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	EBM-Nrn./EBM-Abschnitte	QZV-Fallwert €
	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33030, 33031, 33040	
	Psychos. Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	
	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	
	Psychologische Testverfahren	35.3, 16340, 21340, 03242	
	Sonographie III	33060 - 33064, 33070 - 33076	

Internisten SP Pneumologie	Arztgruppe (AGR)	DFZ AGR VJQ	RLV-Fallwert in €
	FÄ für Innere Medizin mit Schwerpunkt Pneumologie		
	Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institute/Einrichtungen mit Versorgungsauftrag Innere Medizin mit Schwerpunkt Pneumologie		
	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	EBM-Nrn./EBM-Abschnitte	QZV-Fallwert in €
	Bronchoskopie / Thorakoskopie	13662, 13663, 13664, 13670	
	Allergologie	30.1.1; 30.1.2	
	Hyposensibilisierung	30.1.3	
	Ergospirometrie	13560, 13660	
	Psychos. Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	
	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	
	Psychologische Testverfahren	35.3, 16340, 21340, 03242	
	Teilradiologie	30900	
	30901		
	34210 - 34212, 34220 - 34223, 34230 - 34238, 34240 - 34248, 34250 - 34257, 34260, 34280 - 34282, 34293 - 34297, 34500, 34501, 34503		

Internisten SP Kardiologie	Arztgruppe (AGR)		DFZ AGR VJQ	RLV-Fallwert in €
	FÄ für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie			
	Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institute/Einrichtungen mit Versorgungsauftrag Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie			
	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	EBM-Nrn./EBM-Abschnitte	QZV-Fallwert in €	
	Sonographie I	33000 - 33002, 33010 - 33012, 33042 - 33044, 33050 - 33052, 33080, 33081, 33090 - 33092		
	Sonographie III	33060 - 33064, 33070 - 33076		
	Psychos. Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120		
	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150		
	Psychologische Testverfahren	35.3, 16340, 21340, 03242		
	Interventionelle Kardiologie	34290, 34291, 34292, 01520, 01521		
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512			
Teilradiologie	34210 - 34212, 34220 - 34223, 34230 - 34238, 34240 - 34248, 34250 - 34257, 34260, 34280 - 34282, 34293 - 34297, 34500, 34501, 34503			
Langzeit-EKG als Auftragsleistung	13252, 13253			
Sonographie IV	33023			
Ergospirometrie	13560, 13660			
Polygraphie	30900			
Kontrolle Herzschrittmacher	13552			

Internisten SP Rheumatologie	Arztgruppe (AGR)		DFZ AGR VJQ	RLV-Fallwert in €
	FÄ für Innere Medizin mit Schwerpunkt Rheumatologie			
	Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institute/Einrichtungen mit Versorgungsauftrag Innere Medizin mit Schwerpunkt Rheumatologie			
	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	EBM-Nrn./EBM-Abschnitte	QZV-Fallwert in €	
	Osteodensitometrie	34600		
	Labor-Grundpauschale	12225, 01701		
	Praxisklinische Betreuung und Beobachtung	01510, 01511, 01512		
	Psychos. Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120		
	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150		
	Psychologische Testverfahren	35.3, 16340, 21340, 03242		
Schmerztherapeutische Behandlung	30.7.2			
Sonographie I	33000 - 33002, 33010 - 33012, 33042 - 33044, 33050 - 33052, 33080, 33081, 33090 - 33092			
Teilradiologie	34210 - 34212, 34220 - 34223, 34230 - 34238, 34240 - 34248, 34250 - 34257, 34260, 34280 - 34282, 34293 - 34297, 34500, 34501, 34503			
Verordnung medizinische Rehabilitation*	01611			

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

Internisten ohne Schwerpunkt (fachärztlich)	Arztgruppe (AGR)	DFZ AGR VJQ	RLV-Fallwert in €
	FÄ für Innere Medizin ohne Schwerpunkt (fachärztlicher Versorgungsbereich)		
	Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institute/Einrichtungen mit Versorgungsauftrag Innere Medizin ohne Schwerpunkt		
	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	EBM-Nrn./EBM-Abschnitte	QZV-Fallwert in €
	Akupunktur	30.7.3	
	Laborgrundpauschale	12225, 01701	
	Allergologie	30.1.1; 30.1.2	
	Hyposensibilisierung	30.1.3	
	Behandlung des diabetologischen Fußes	02311	
	Kleinchirurgie	02300, 02301, 02302, 02310	
	Therapeutische Proktologie	30610, 30611	
	Polygraphie	30900	
	Polysomnographie	30901	
	Phlebologie	30.5	
	Kontrolle Herzschrittmacher	13552	
	Verordnung medizinische Rehabilitation*	01611	
	Gastroenterologie I	13400	
	Langzeit-EKG als Auftragsleistung	13252, 13253	
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512	
	Psychos. Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	
	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	
	Psychologische Testverfahren	35.3, 16340, 21340, 03242	
	Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	30.7.1	
	Schmerztherapeutische Behandlung	30.7.2	
Sonographie I	33000 - 33002, 33010 - 33012, 33042 - 33044, 33050 - 33052, 33080, 33081, 33090 - 33092		
Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33030, 33031, 33040		
Sonographie III	33060 - 33064, 33070 - 33076		
Sonographie IV	33023		
Teilradiologie	34210 - 34212, 34220 - 34223, 34230 - 34238, 34240 - 34248, 34250 - 34257, 34260, 34280 - 34282, 34293 - 34297, 34500, 34501, 34503		

Kinder- / Jugendpsychiatrie	Arztgruppe (AGR)	DFZ AGR VJQ	RLV-Fallwert in €
	FÄ für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie		
	Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institute/Einrichtungen mit Versorgungsauftrag Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie		
	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	EBM-Nrn./EBM-Abschnitte	QZV-Fallwert in €
	Neurophysiologische Übungsbehandlung	30.3	
	Psychos. Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	
	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142,	
	Psychologische Testverfahren	35.3, 16340, 21340, 03242	
EEG, L-EEG	16310, 16311, 21310, 21311, 14320, 14321		
Blinkreflex, EMG, ENG, Neurophysiologie	14330, 14331, 16320 - 16322, 21320, 21321		

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	16230, 16231, 16233, 21230, 21231, 21233		
	Chirotherapie	30.2		
	Polygraphie	30900		
	Psychos. Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120		
	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142,		
	Psychologische Testverfahren	35.3, 16340, 21340, 03242		
	Sonographie III	33060 - 33064, 33070 - 33076		
	EEG, L-EEG	16310, 16311, 21310, 21311, 14320, 14321		
	Blinkreflex, EMG ENG, Neurophysiologie	14330, 14331, 16320 - 16322, 21320, 21321		
Lumbalpunktion	02342			
Dringende Besuche *	01411, 01412, 01415			
Polysomnographie	30901			
Verordnung medizinische Rehabilitation*	01611			

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

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		
	Betreuung Kranker im sozialen Umfeld	16230, 16231, 16233, 21230, 21231, 21233		
	Chirotherapie	30.2		
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512		
	Psychos. Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120		
	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150		
	Psychologische Testverfahren	35.3, 16340, 21340, 03242		
	Sonographie III	33060 - 33064, 33070 - 33076		
	Blinkreflex, Neurophysiologie, EMG, ENG	14330, 14331, 16320 - 16322, 21320, 21321		
	EEG, L-EEG	16310, 16311, 21310, 21311, 14320, 14321		
Lumbalpunktion	02342			

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		
	Chirotherapie	30.2		
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512		
	Psychos. Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120		
	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150		
	Psychologische Testverfahren	35.3, 16340, 21340, 03242		
Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	30.7.1			
Schmerztherapeutische Behandlung	30.7.2			
Blinkreflex, EMG ENG, Neurophysiologie	14330, 14331, 16320 - 16322, 21320, 21321			
Teilradiologie	34210 - 34212, 34220 - 34223, 34230 - 34238, 34240 - 34248, 34250 - 34257, 34260, 34280 - 34282, 34293 - 34297, 34500, 34501, 34503			

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 €	
	Sonographie I	33000 - 33002, 33010 - 33012, 33042 - 33044, 33050 - 33052, 33080, 33081, 33090 - 33092		
	MRT	34.4.1 - 34.4.6		
	Nuklearmedizinische Leistungen	17310 - 17373		
	Psychos. Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120		
	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150		
	Psychologische Testverfahren	35.3, 16340, 21340, 03242		
MRT-Angiographie	34.4.7			

Orthopädie	Arztgruppe (AGR)		DFZ AGR VJQ	RLV-Fallwert in €
	FÄ für Orthopädie			
	Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institute/Einrichtungen mit Versorgungsauftrag Orthopädie			
	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	EBM-Nrn./EBM-Abschnitte		QZV-Fallwert in €
	Akupunktur	30.7.3		
	Chirotherapie	30.2		
	Osteodensitometrie	34600		
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512		
	Psychos. Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120		
	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150		
	Psychologische Testverfahren	35.3, 16340, 21340, 03242		
	Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	30.7.1		
	Schmerztherapeutische Behandlung	30.7.2		
Sonographie I	33000 - 33002, 33010 - 33012, 33042 - 33044, 33050 - 33052, 33080, 33081, 33090 - 33092			
Teilradiologie	34210 - 34212, 34220 - 34223, 34230 - 34238, 34240 - 34248, 34250 - 34257, 34260, 34280 - 34282, 34293 - 34297, 34500, 34501, 34503			
Rheumatologie	18700			

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

Physikalisch-Rehabilitative Medizin	Arztgruppe (AGR)		DFZ AGR VJQ	RLV-Fallwert in €
	FÄ für Physikalisch-Rehabilitative Medizin			
	Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institute/Einrichtungen mit Versorgungsauftrag Physikalisch-Rehabilitative Medizin			
	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	EBM-Nrn./EBM-Abschnitte		QZV-Fallwert in €
	Akupunktur	30.7.3		
	Chirotherapie	30.2		
	Physikalisch-rehabilitative Diagnostik	27332, 27333		
	Physikalische Therapie	30.4		
	Psychos. Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120		
	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150		
	Psychologische Testverfahren	35.3, 16340, 21340, 03242		
	Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	30.7.1		
	Schmerztherapeutische Behandlung	30.7.2		
Verordnung medizinische Rehabilitation*	01611			

Psychiatrie	Arztgruppe (AGR)	DFZ AGR VJQ	RLV-Fallwert in €
	FÄ für Psychiatrie u. Psychotherapie mit einem Anteil an Leistungen der RL-PT gemäß Bedarfsplanungs-RL bis zu 30 % an der Gesamtleistungsmenge		
	Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institute/Einrichtungen mit Versorgungsauftrag Psychiatrie		
	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	EBM-Nrn./EBM-Abschnitte	QZV-Fallwert in €
	Betreuung Kranker im sozialen Umfeld	16230, 16231, 16233, 21230, 21231, 21233	
	Psychos. Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	
	EEG, L-EEG	16310, 16311, 21310, 21311, 14320, 14321	
	Blinkreflex, EMG, ENG	14330, 14331, 16320 - 16322, 21320, 21321	
	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142	
	Psychologische Testverfahren	35.3, 16340, 21340, 03242	
	Dringende Besuche*	01411, 01412, 01415	
	Arztgruppe (AGR)	DFZ AGR VJQ	RLV-Fallwert €
	FÄ für Psychiatrie u. Psychotherapie mit einem Anteil an Lstg. der RL-PT gemäß Bedarfsplanungs-RL zw. 30 % und 90 % an der Gesamtleistungsmenge		
	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	EBM-Nrn./EBM-Abschnitte	QZV-Fallwert in €
	Betreuung Kranker im sozialen Umfeld	16230, 16231, 16233, 21230, 21231, 21233	
Psychos. Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120		
EEG, L-EEG	16310, 16311, 21310, 21311, 14320, 14321		
Blinkreflex, EMG, ENG	14330, 14331, 16320 - 16322, 21320, 21321		
Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142		
Psychologische Testverfahren	35.3, 16340, 21340, 03242		
Dringende Besuche*	01411, 01412, 01415	-	

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

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 €	
	Labor-Grundpauschale	12225, 01701		
	Inkontinenzbehandlung	08310, 08311, 26313		
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512		
	Psychos. Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120		
	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150		
	Psychologische Testverfahren	35.3, 16340, 21340, 03242		
Schmerztherapeutische Behandlung	30.7.2			
Sonographie III	33060 - 33064, 33070 - 33076			
Histologie/Zytologie	01826, 19310 - 19312, 19315, 19320, 19331			
Stoßwellenlithotripsie	26330			
Sonographisch gestützte Prostatabiopsie	26341 in Verbindung mit 33043 und 33090 und 33092 und ICD C61 (A, V, G, Z)			
Teilradiologie	34210 - 34212, 34220 - 34223, 34230 - 34238, 34240 - 34248, 34250 - 34257, 34260, 34280 - 34282, 34293 - 34297, 34500, 34501, 34503			

Anlage 6

zum Honorarverteilungsmaßstab der KVSA ab dem 2. Quartal 2014

Sonderregelungen bei Anwendung Gesamtvolumen und zeitbezogene Kapazitätsgrenzen

I. Sonderregelungen bei Anwendung Gesamtvolumen gemäß 5.3.1.2

Aus Sicherstellungsgründen kann auf Antrag des Arztes bei positiver Entscheidung über einen Antrag bezüglich der Übernahme von Patienten von der Minderung des Fallwertes entsprechend 5.2.2.2 abgewichen und /oder die Fallzahlzuwachsbeschränkungsregelung gemäß 5.2.2.1 angepasst oder ausgesetzt werden.

Für Ärzte, die ihre vertragsärztliche Tätigkeit in Planungsbereichen ausüben, in denen gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung (Bedarfsplanungs-Richtlinie) durch den Landesausschuss für die jeweilige Arztgruppe Unterversorgung festgestellt worden ist bzw. die als von Unterversorgung bedroht oder für die lokaler Versorgungsbedarf definiert sind, findet die Fallwertabstaffelung 5.2.2.2 und die Fallzahlzuwachsbeschränkungsregelung gemäß 5.2.2.1 keine Anwendung.

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

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

Eine außergewöhnlich starke Erhöhung der Zahl der behandelten Versicherten liegt vor aufgrund:

- a) urlaubsbedingter Vertretung
 - wenn die RLV-Fallzahl der Vertreterfälle im Abrechnungsquartal die durchschnittliche RLV-Fallzahl der Vertreterfälle des Vorjahresquartals der Arztgruppe grundsätzlich um mehr als 20 Prozent übersteigt,
- b) krankheitsbedingter Vertretung
 - wenn die RLV-Fallzahl im Abrechnungsquartal die RLV-Fallzahl des Vorjahresquartals in versorgungsrelevanter Höhe übersteigt.

Der Antragsteller muss den/die zu vertretenden Arzt/Ärzte benennen. Liegen diese Voraussetzungen vor, findet die Fallzahlzuwachsbeschränkung gemäß 5.2.2.1 keine Anwendung.

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

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

Liegen diese Voraussetzungen vor, findet die Fallzahlzuwachsbegrenzung gemäß 5.2.2.1 keine Anwendung.

- d) eines außergewöhnlichen und/oder durch den Arzt unverschuldeten Grundes, der zu einer niedrigeren RLV-Fallzahl des Arztes im Vorjahresquartal geführt hat. Hierzu zählt z. B. Krankheit des Arztes.
- Es erfolgt eine Überprüfung der RLV-Fallzahlentwicklung und der vorgetragenen Gründe. Als Gründe für eine längere Abwesenheit oder eingeschränkte Praxistätigkeit kommen Krankheit mit einer Dauer von grundsätzlich mehr als 10 Arbeitstagen, Schwangerschaft, Mutterschutz und andere nachvollziehbare Ursachen in Betracht. Voraussetzung einer Entscheidung in diesen aufgeführten Fällen ist, dass geeignete Nachweise durch den Antragsteller erbracht werden. Bei Verringerung der Praxistätigkeit ist der eingeschränkte Umfang der Sprechstunden nachzuweisen.

Liegen die Voraussetzungen vor, findet die Fallzahlzuwachsbegrenzung gemäß 5.2.2.1 keine Anwendung.

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

II. Ausgleich von Honorarverlusten gemäß 5.4

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

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

Die Überprüfung der Honorare erfolgt jeweils zwischen dem Abrechnungsquartal und dem entsprechenden Vorjahresquartal. Weiter zurückliegende Zeiträume bleiben unberücksichtigt. Voraussetzung ist, dass der zulassungsrechtliche Status in den zu vergleichenden Quartalen identisch ist.

Für den Vergleich unberücksichtigt bleiben Gründe, die im Leistungsverhalten des Arztes, durch Änderungen des EBM, den Wegfall oder die Minderung von Aufschlägen für Kooperationsformen, durch Überführung von Leistungen in die extrabudgetäre Vergütung oder durch den Wegfall von Leistungen/Leistungsbereichen begründet sind und somit nicht unmittelbar aus der Umstellung auf diesen HVM resultieren. Unberücksichtigt bleiben demnach auch z. B. Kosten gemäß Kapitel 40 EBM und Honorarverluste, die aus der Anwendung der Abstaffelungsquote „Q“ zur Honorierung der Kosten für Laboratoriumsleistungen des Kapitels 32 EBM resultieren.

Anlage 7

zum Honorarverteilungsmaßstab der KVSA ab dem 2. Quartal 2014

Bereinigung

I. Bereinigung der Vergütungsvolumina der jeweiligen Grundbeträge

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

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

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

Um dem gesetzlichen Auftrag nachzukommen, bedarf es einer Regelung, die das Verfahren zur Berücksichtigung des kassenartenspezifisch bereinigten Behandlungsbedarfes der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung bei der Bereinigung der arzt- und praxisbezogenen RLV, QZV, zKG, Laborbudgets gemäß 4.1.2.2 oder Vergütungsvolumen verbindlich und kassenartenübergreifend regelt.

1) Grundsätze der Bereinigung

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

Eine Bereinigung der Grundbeträge, Vorwegabzüge, Vergütungsbereiche, arzt- und praxisbezogenen RLV bzw. der QZV, zKG oder Vergütungsvolumen 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 Selektivvertrag teilnehmen, kann eine Absenkung oder Anhebung des zu erwartenden Honorars von maximal 2,5 Prozent erfolgen. Darüber hinaus gehende Bereinigungsbeträge werden nur bei den an dem Selektivvertrag teilnehmenden Ärzten der vom Selektivvertrag betroffenen Arztgruppe angewandt.

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

Das Bereinigungsvolumen ist für jeden zu bereinigenden Vertrag auf o. g. Grundlagen gesondert und je Quartal zwischen der betroffenen Krankenkasse und der KVSA zu ermitteln. Das gemeinsam festgestellte bzw. vom Schiedsamt festgesetzte Bereinigungsvolumen der MGV wird entsprechend der Zuordnung der Leistungen zu den Grundbeträgen, Vorwegabzügen, RLV, QZV oder zKG oder betreffenden Budgets oder Vergütungsbereichen aufgeteilt und ist den entsprechenden Vergütungsbereichen zu entnehmen.

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

Zu bereinigen sind i. d. R. die RLV und/oder QZV bzw. die zKG, die betreffenden Budgets oder sonstigen Vergütungsvolumen der Praxen/Einrichtungen, in denen Ärzte tätig sind, die an dem von einer Krankenkasse geschlossenen bereinigungsfähigen 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 Selektivvertrag getrennt durchzuführen.

2) Durchführung der Bereinigung - Verträge mit ex-ante Einschreibung

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

a) Bereinigung von Vergütungsbereichen

Sind Leistungen von der Bereinigung betroffen, die nicht den RLV, QZV oder zKG unterliegen, erfolgt die Bereinigung des Betrages aus dem jeweiligen Grundbeträgen bzw. Vergütungsvolumen 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 Selektivvertrag mit Bereinigung teilnehmenden Ärzte wird das ermittelte Bereinigungsvolumen, das auf die Leistungen des RLV abstellt, in Abzug gebracht. Zur Berechnung der bereinigten RLV-Fallzahl der Arztgruppe wird von der unbereinigten RLV-Fallzahl die Anzahl der in den Selektivvertrag für diese Arztgruppe eingeschriebenen Versicherten abgezogen. Für die betreffende Arztgruppe wird ein bereinigter RLV-Fallwert durch Division des bereinigten RLV-Vergütungsbereiches und der bereinigten RLV-Fallzahl gebildet.

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

c) Bereinigung der QZV

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

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

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

$SV_E_{AG}^i = \sum SV_E_{Arzt}^i$ Gesamtanzahl der bei den Ärzten der Arztgruppe AG mit Anspruch auf das arztgruppenspezifische Zusatzvolumen i, die an dem Selektivvertrag mit ex-ante Einschreibung von Versicherten teilnehmen, in diesen Vertrag eingeschriebenen Versicherten

$BE_QZV_{Arzt}^i = BE_QZV_{AG}^i * \frac{SV_E_{Arzt}^i}{SV_E_{AG}^i}$ Auf einen einzelnen am Selektivvertrag teilnehmenden Arzt entfallender Teil des Bereinigungsbetrags innerhalb des QZV i

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

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

d) Bereinigung der zKG

Die dem zKG unterliegenden Leistungen der Arztgruppen gemäß Anlage 4 II. werden gemessen an der abgerechneten ärztlichen bzw. therapeutischen Zuwendungszeit nach den Prüfzeiten der Leistungen des Anhangs 3 zum Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) in der gültigen Fassung berechnet und als durchschnittliche Zeit je am Selektivvertrag teilnehmenden Arzt vom zKG des Arztes abgezogen.

3) Durchführung Bereinigung - Verträge mit situativer Einschreibung

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

- a) Ermittlung des zu bereinigenden Gesamtvolumens für den entsprechenden Selektivvertrag,
- 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, Budgets oder Vorwegabzug (Honorar) der betroffenen Arztgruppe und des/der teilnehmenden Arztes/Ärzte.