

Verteilungsmaßstab (VM) der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg

ab dem 1. Juli 2012

in der Fassung des 4. Nachtrages vom 25.09.2013 mit Wirkung zum 01.07.2013

Inhaltsverzeichnis

Abschnitt 1 Allgemeine Bestimmungen

| | | |
|-----|--------------------------------------|---|
| § 1 | Geltungsbereich..... | 3 |
| § 2 | Grundsätze der Vergütung..... | 3 |
| § 3 | Erstattung von Kosten..... | 4 |
| § 4 | Persönliche Leistungserbringung..... | 4 |

Abschnitt 2 Aufteilung der Gesamtvergütung

| | | |
|------|--|---|
| § 5 | Gesamtvergütung..... | 5 |
| § 6 | Versorgungsbereichsspezifische Verteilungsvolumen..... | 5 |
| § 7 | Versorgungsbereichsspezifische RLV/QZV-Verteilungsvolumen..... | 6 |
| § 8 | Arztgruppenspezifische RLV/QZV-Verteilungsvolumen..... | 7 |
| § 9 | Arztgruppenspezifische Vergütungsbereiche..... | 8 |
| § 10 | Schätzungen bei der Aufteilung der Gesamtvergütung..... | 8 |

Abschnitt 3 Vergütung und Steuerung von Leistungen in den Vorwegabzügen

| | | |
|------|---|----|
| § 11 | Vergütung und Steuerung psychotherapeutischer Leistungen..... | 9 |
| § 12 | Vergütung und Steuerung der Laborleistungen..... | 10 |
| § 13 | Vergütung und Steuerung der Leistungen des Notfalldienstes..... | 11 |
| § 14 | Vergütung und Steuerung der Kostenpauschalen gemäß Kap. 40 EBM..... | 12 |
| § 15 | Vergütung und Steuerung der Haus- und Heimbetriebsleistungen..... | 12 |
| § 16 | Vergütung und Steuerung der pathologischen Leistungen..... | 13 |
| § 17 | Vergütung und Steuerung der humangenetischen Leistungen als Überweisungsfälle zur Durchführung von Probeneinsendungen..... | 14 |
| § 18 | Vergütung und Steuerung der sonstigen humangenetischen Leistungen..... | 14 |
| § 19 | Vergütung und Steuerung von Leistungen nach GOP 06225 EBM..... | 15 |

Abschnitt 4 Vergütung und Steuerung von Leistungen, die den RLV/QZV unterliegen

| | | |
|------|--|----|
| § 20 | Grundsätze der Vergütung und Steuerung von Leistungen durch RLV und QZV..... | 16 |
| § 21 | Ärzte, Leistungen und Fälle, die von der Steuerung durch RLV/QZV erfasst sind..... | 16 |
| § 22 | Ermittlung der RLV je Arzt..... | 17 |
| § 23 | Ermittlung der QZV je Arzt..... | 17 |
| § 24 | Besonderheiten bei der Ermittlung der RLV/QZV je Arzt..... | 18 |
| § 25 | Ermittlung der RLV/QZV je Arztpraxis..... | 19 |
| § 26 | Verrechnung der abgerechneten Leistungen innerhalb der RLV/QZV je Arztpraxis..... | 19 |
| § 27 | Neuzulassungen / Ärzte in der Anfangsphase / Kooperationsformen..... | 19 |
| § 28 | Maßnahmen zur Steuerung der RLV-Fallzahl..... | 20 |
| § 29 | Zuweisung von RLV/QZV und Kapazitätsgrenzen..... | 21 |
| § 30 | Besonderheiten bei KV-übergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften..... | 22 |
| § 31 | Antragsverfahren zur Sicherstellung..... | 23 |

Abschnitt 5 Schlussbestimmungen

| | | |
|------|---|----|
| § 32 | Inkrafttreten, Veröffentlichung, Anpassungen..... | 24 |
|------|---|----|

| | | |
|-----------------|---|----|
| Anlage 1 | Arztgruppenliste | 25 |
| Anlage 2 | QZV-Liste | 26 |
| Anlage 3 | Berechnungsvorgaben | |
| Teil 1: | Berechnung des arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumens..... | 37 |
| Teil 2: | Berechnung der arztgruppenspezifischen Vergütungsbereiche..... | 39 |
| Teil 3: | Ermittlung des abgestaffelten Preises für die die RLV/QZV überschreitenden Leistungen..... | 40 |
| Teil 4: | Berechnung des RLV je Arzt..... | 41 |
| Teil 5: | Berechnung der QZV je Arzt..... | 43 |
| Teil 6: | Durchschnittliche Vergütungsquoten..... | 45 |
| Anhang | KBV-Vorgaben gem. § 87b Abs. 4 SGB V | |
| Teil 1: | KBV-Vorgaben Teil B..... | 46 |
| | Anhang zu Teil B..... | 47 |
| | Übergangsregelung zum Anhang zu Teil B..... | 57 |
| Teil 2: | KBV-Vorgaben Teil E Abschnitte 2 und 3.1. bis 3.5.2..... | 58 |

**Lesefassung des VM
in der Fassung des 4. Nachtrages vom 25.09.2013 mit Wirkung zum 01.07.2013**

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg hat in ihrer Sitzung am 7. Juni 2012 gem. § 87b SGB V folgenden

Verteilungsmaßstab (VM)

ab dem 01. Juli 2012

im Benehmen mit den für den Bereich der KVH zuständigen Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen gem. § 87b Abs. 1 Satz 2 SGB V

beschlossen:

Abschnitt 1 Allgemeine Bestimmungen

§ 1 Geltungsbereich

Der VM gilt für alle an der vertragsärztlichen Versorgung in Hamburg teilnehmenden Ärzte, Psychotherapeuten, medizinische Versorgungszentren sowie ermächtigte Einrichtungen für Abrechnungen zu Lasten der Orts-, Betriebs-, Innungs- und landwirtschaftlichen Krankenkassen sowie zu Lasten der Knappschaft und der Ersatzkassen.

§ 2 Grundsätze der Vergütung

(1) Die Vergütung der Vertragsärzte erfolgt auf der Grundlage der zum Zeitpunkt der Leistungserbringung jeweils aktuellen für den Bereich der KVH geltenden regionalen Euro-Gebührenordnung in Verbindung mit den jeweils aktuellen Beschlüssen des Bewertungsausschusses gemäß §§ 87 ff SGB V, den Vorgaben der KBV gem. § 87b Abs. 4 SGB V, den vertraglichen Vereinbarungen mit den Partnern der Gesamtverträge sowie den Bestimmungen dieses VM. Der Vergütungsanspruch ist - auch im Fall von Abstaffelungen und/oder Quotierungen - auf maximal 100 % der Preise nach der angeführten Euro-Gebührenordnung begrenzt.

(2) Verspätet eingereichte Behandlungsausweise werden dem Quartal des Zeitpunktes der Einreichung zugerechnet, mit den Behandlungsausweisen des Abrechnungsquartals zusammengeführt und nach den Bestimmungen des VM vergütet, die zum Zeitpunkt der Einreichung gelten. Dies gilt nicht, soweit hinsichtlich der abgerechneten Leistungen zwischenzeitlich Änderungen des EBM erfolgt sind. Insoweit erfolgt die Vergütung zu den Bedingungen des Abrechnungsquartals der Leistungserbringung.

§ 3**Erstattung von Kosten**

(1) Kosten, die nach den Bestimmungen des EBM berechnet werden können, aber nicht unter die Pauschalerstattungen des Kapitels 40 EBM fallen, werden in der im Einzelfall entstandenen und nachgewiesenen Höhe erstattet. Bei Berechnung der Kosten des Einzelfalles sind gewährte Rabatte, auch Naturalrabatte und Rückvergütungen kostenmindernd in voller Höhe zu berücksichtigen; Skonti bis zur Höhe von 3 % der Rechnungssummen bleiben unberücksichtigt.

(2) Portokosten im Zusammenhang mit AU-Bescheinigungen werden abweichend von den Bestimmungen des Kapitels 40 EBM nur in Höhe der Frankatur für die Einsendungen an die Verteilerstelle bei der KV Hamburg (abzüglich eventueller Strafporti) erstattet.

§ 4**Persönliche Leistungserbringung**

Abrechnungsfähig sind nur Leistungen (einschließlich Kostenerstattungen), die die Vertragsärzte persönlich erbracht haben. Das sind alle von diesen Vertragsärzten selbst ausgeführten Leistungen sowie Leistungen von Assistenten oder Vertretern, die die Vertragsärzte berechtigterweise in ihrer Praxis beschäftigt haben (Assistenten müssen vorher von der KV Hamburg genehmigt worden sein; Vertreter dürfen nur wegen Krankheit, Urlaub, Fortbildung oder Wehrübung beschäftigt werden und Vertretungen von mehr als einer Woche müssen der KV Hamburg vorher mitgeteilt worden sein). Zu den vom Vertragsarzt persönlich erbrachten Leistungen gehören auch die von ihm angeordneten Hilfeleistungen seiner nicht-ärztlichen Mitarbeiter, wenn diese für die Hilfeleistungen qualifiziert sind und der Arzt an den Hilfeleistungen durch eine je nach Lage des Falles mehr oder weniger intensive persönliche Anleitung oder Beaufsichtigung verantwortlich mitgewirkt hat. Leistungen, ohne dass der Vertragsarzt oder sein Vertreter in der Praxis anwesend waren und korrigierend eingreifen konnten, sind grundsätzlich nicht abrechnungsfähig. Für die Abrechnungsfähigkeit der Laborleistungen gelten die Richtlinien für die Durchführung von Laboratoriumsuntersuchungen in der vertragsärztlichen Versorgung. Für Abrechnungsfähigkeit von Leistungen im Zusammenhang mit ärztlich angeordneten Hilfeleistungen anderer Personen nach §§ 28 Abs. 1 Satz 2, 87 Abs. 2b Satz 5 SGB V gelten § 15 Abs.1 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) bzw. § 14 Abs. 1 des Bundesmantelvertrages Ärzte/Ersatzkassen (EKV) jeweils in Verbindung mit Anlage 8.

Abschnitt 2

Aufteilung der Gesamtvergütung

§ 5

Gesamtvergütung

(1) Die von den Krankenkassen für das Abrechnungsquartal mit befreiender Wirkung zu entrichtende Gesamtvergütung gemäß § 85 SGB unterteilt sich in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) gemäß § 87a Abs. 3 Satz 1 SGB V und die außerhalb der MGV zu vergütenden Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen nach § 87a Abs. 3 Satz 5 SGB V und den Vereinbarungen mit den Gesamtvertragspartnern. Die zutreffende MGV ist Ausgangsgröße der Honorarverteilung gemäß den nachstehenden Regelungen.

(2) Die zu erwartenden Zahlungen im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 75 Abs. 7 und 7a SGB V werden bei der Honorarverteilung nach Maßgabe der nachstehenden Regelungen an zutreffender Stelle berücksichtigt.

(3) Im Falle von Bereinigungen der MGV bei Beitritt von Versicherten zu einem Vertrag gem. §§ 73b, 73c und 140a ff SGB V oder Ausdeckelungen von Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen aus der MGV werden die bereinigten oder ausgedeckelten Beträge der MGV nach Abs. 1 zunächst hinzugerechnet („unbereinigte MGV“). Die bereinigten oder ausgedeckelten Beträge werden sodann bei der Durchführung der Honorarverteilung gemäß den nachstehenden Regelungen dem jeweils betroffenen Vergütungsvolumen entnommen bzw. bei einer Vergütung nach RLV/QZV gem. Abschnitt 4 vom RLV/QZV der betroffenen Arztpraxis abgezogen. Bei einer Vergütung nach Kapazitätsgrenzen gem. § 11 VM wird die Kapazitätsgrenze des betroffenen Arztes oder Psychotherapeuten entsprechend bereinigt.

§ 6

Versorgungsbereichsspezifische Verteilungsvolumen

(1) Die zutreffende MGV des § 5 Abs. 1 VM wird unter Abzug folgender Vergütungsanteile

- (a) Vergütungsanteil für die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM der in § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppen nach Maßgabe der Vorgaben der KBV gem. § 87b Abs. 4 SGB V Anhang zu Teil B Schritt 17
- (b) Vergütungsanteil 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 gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 7. Sitzung vom 27./28. August 2008, Teil A, Nr. 2.4, in Höhe von 0,6407.
 - die Grundpauschale (GOP 01310, 01311, 01312) bzw. die Konsiliarpauschale (GOP 12210) für zur Abrechnung von Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM ermächtigte Ärzte, Einrichtungen, Krankenhäuser und Institutionen,
 - die GOP 32001 nach Anwendung der Regelungen in den Ziffern 1. ff. zu den Abschnitten 32.2 und 32.3 EBM,
 - Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM

nach Maßgabe der Vorgaben der KBV gem. § 87b Abs. 4 SGB V Anhang zu Teil B Schritt 18

- (c) Vergütungsanteil für die Leistungen des von der KVH organisierten Notfalldienstes und der Notfallbehandlungen durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser nach Maßgabe der Vorgaben der KBV gem. § 87b Abs. 4 SGB V Anhang zu Teil B Schritt 19

getrennt. Es entsteht jeweils ein hausärztliches und ein fachärztliches (versorgungsbereichsspezifisches) Verteilungsvolumen.

(2) Teil B der Vorgaben der KBV gem. § 87b Abs. 4 SGB V sowie der Anhang zu Teil B sind als Anhang Teil 1 Bestandteil dieses VM.

§ 7

Versorgungsbereichsspezifische RLV/QZV-Verteilungsvolumen

(1) Für den hausärztlichen Versorgungsbereich wird aus dem hausärztlichen Verteilungsvolumen das hausärztliche RLV/QZV-Verteilungsvolumen gebildet

1. unter Berücksichtigung der zu erwartenden Zahlungen im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 75 Abs. 7 und 7a SGB V,
2. unter Abzug eines hausärztlichen Rückstellungsvolumens für
 - zu erwartende Vergütungen für den Aufschlag bei Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Arztpraxen mit angestellten Ärzten,
 - zu erwartende Vergütungen für den Fallzahlzuwachs bei Neuzulassungen oder Ärzten in der Anfangsphase gem. § 27 VM,
 - für abgestaffelt zu vergütende Leistungen (§ 20 Abs. 3 VM) in Höhe von 2 % des versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumens,
 - für zu erwartende Vergütungen auf Grund von Antragsverfahren nach § 31 und aus sonstigen Sicherstellungsgründen,
 - für Risiken der Honorarverteilung,
3. unter Abzug der zu erwartenden Vergütung für ermächtigte Ärzte, bei denen die Vergütung außerhalb der RLV/QZV gem. Abschnitt 4 des VM zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung nach § 2 Abs. 1 VM erfolgt,
4. unter Abzug der zu erwartenden Vergütung für innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanzierten Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM mit Ausnahme der GOP 40100 EBM im Zusammenhang mit Auftragsleistungen des Kapitels 32 EBM
(Vergütung und Steuerung der Kostenpauschalen gem. § 14 VM),
5. unter Abzug der Vergütung für die Haus- und Heimbefuchsleistungen nach GOP 01410, 01413 und 01415 EBM
(Vergütung und Steuerung der Leistungen gem. § 15 VM),

(2) Für den fachärztlichen Versorgungsbereich wird aus dem fachärztlichen Verteilungsvolumen das fachärztliche RLV/QZV-Verteilungsvolumen gebildet

1. unter Berücksichtigung der zu erwartenden Zahlungen im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 75 Abs. 7 und 7a SGB V,
2. unter Abzug eines fachärztlichen Rückstellungsvolumens für

- zu erwartende Vergütungen für den Fallzahlzuwachs bei Neuzulassungen oder Ärzten in der Anfangsphase gem. § 27 VM,
 - zu erwartende Vergütungen zur Berücksichtigung einer Zunahme von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten („Kleine-Gruppen-Regelung“) gem. Anlage 3 Teil 4 Ziff. 1 VM
 - für abgestaffelt zu vergütende Leistungen (§ 20 Abs. 3 VM) in Höhe von 2 % des versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumens,
 - für zu erwartende Vergütungen auf Grund von Antragsverfahren nach § 31 und aus sonstigen Sicherstellungsgründen,
 - für Risiken der Honorarverteilung,
3. unter Abzug der Vergütung für nicht antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen von Vertragsärzten, denen nach § 11 VM zeitbezogene Kapazitätsgrenzen zugewiesen werden,
 4. unter Abzug der zu erwartenden Vergütung für ermächtigte Ärzte, bei denen die Vergütung außerhalb der RLV/QZV gem. Abschnitt 4 des VM zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung nach § 2 Abs. 1 VM erfolgt,
 5. unter Abzug der zu erwartenden Vergütung für innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanzierten Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM mit Ausnahme der GOP 40100 EBM im Zusammenhang mit Auftragsleistungen des Kapitels 32 EBM
(Vergütung und Steuerung der Kostenpauschalen gem. § 14 VM),
 6. unter Abzug der Vergütung für die Haus- und Heimbefuchtsleistungen nach GOP 01410, 01413 und 01415 EBM
(Vergütung und Steuerung der Leistungen gem. § 15 VM),
 7. unter Abzug der zu erwartenden Vergütung für pathologische Leistungen des Kapitels 19 EBM als Überweisungsfälle zur Durchführung von Probenuntersuchungen
(Vergütung und Steuerung der Leistungen gem. § 16 VM),
 8. unter Abzug der zu erwartenden Vergütung für humangenetische Leistungen des Kapitels 11 EBM als Überweisungsfälle zur Durchführung von Probenuntersuchungen,
(Vergütung und Steuerung der Leistungen gem. § 17 VM),
 9. unter Abzug der zu erwartenden Vergütung für sonstige humangenetische Leistungen des Kapitels 11 EBM
(Vergütung und Steuerung der Leistungen gem. § 18 VM).

§ 8

Arztgruppenspezifische RLV/QZV-Verteilungsvolumen

(1) Das hausärztliche und das fachärztliche (versorgungsbereichsspezifische) RLV/QZV-Verteilungsvolumen wird zur Ermittlung der arztgruppenspezifischen RLV/QZV-Verteilungsvolumina nach Maßgabe der Berechnungsvorgaben in Anlage 3 Teil 1 auf die Arztgruppen gemäß der Arztgruppenliste der Anlage 1 verteilt.

(2) Die arztgruppenspezifischen RLV/QZV-Verteilungsvolumen werden unter Einbeziehung derjenigen ermächtigten Ärzte gebildet, bei denen die Vergütung über RLV/QZV nach Abschnitt 4 des VM erfolgt.

(3) Aus dem jeweils gebildeten arztgruppenspezifischen RLV/QZV-Verteilungsvolumen werden auch

- (a) die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM von Vertragsärzten aus nicht in § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppen und

- (b) die nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der Abschnitte 35.1 und 35.3 EBM von Vertragsärzten aus Arztgruppen, denen nach § 11 Abs. 4 VM keine Kapazitätsgrenzen zugewiesen werden,

vergütet. Die Vergütung der Leistungen erfolgt nach Maßgabe der Regelungen in § 11 VM.

§ 9 Arztgruppenspezifische Vergütungsbereiche

(1) Das jeweilige arztgruppenspezifische RLV/QZV-Verteilungsvolumen wird nach Maßgabe der Berechnungsvorgaben in Anlage 3 Teil 2 auf nachfolgende arztgruppenspezifische Vergütungsbereiche aufgeteilt:

- (a) Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der RLV und
- (b) Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der QZV.

(2) Bei den fachärztlichen arztgruppenspezifischen RLV/QZV-Verteilungsvolumina erfolgt die Aufteilung unter Abzug der jeweils zu erwartenden Vergütungen für den Aufschlag bei Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Arztpraxen mit angestellten Ärzten. Dabei beträgt das jeweilige arztgruppenspezifische RLV/QZV-Verteilungsvolumen einschließlich der zu erwartenden Vergütungen für die Aufschläge mindestens 98% des Volumens, das bei einer Entnahme der zu erwartenden Vergütungen für die Aufschläge aus dem fachärztlichen versorgungsbereichsspezifischen Vorwegabzug in § 7 Abs. 2 Ziff. 2 VM zur Verfügung gestanden hätte. Die für diese Stützung benötigten Beträge werden dem Vorwegabzug in § 7 Abs. 2 Ziff. 2 VM entnommen.

(3) Für die Arztgruppe „Fachärzte für Augenheilkunde“ erfolgt die Aufteilung zusätzlich auf den Vergütungsbereich für die Vergütung der GOP 06225 EBM.
(Vergütung und Steuerung der Leistungen siehe § 19 VM)

(4) Für die Vergütung von Leistungen innerhalb der RLV und/oder QZV gelten die Regelungen des Abschnitts 4.

§ 10 Schätzungen bei der Aufteilung der Gesamtvergütung

Die bei der dargestellten Aufteilung der Gesamtvergütung erforderlichen Schätzungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, der Vergütungsvolumina und der zu erwartenden Zahlungen werden von der KVH nach pflichtgemäßem Ermessen durchgeführt.

Abschnitt 3

Vergütung und Steuerung von Leistungen in den Vorwegabzügen

§ 11 Vergütung und Steuerung psychotherapeutischer Leistungen

(1) Die Vergütungsvolumina nach § 6 Abs. 1 (a) VM i. V. m. den Vorgaben der KBV, Anhang zu Teil B, Schritt 17 und § 7 Abs. 2 Ziff. 3 VM werden unter Berücksichtigung der für diesen Leistungsbereich im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung zu erwartenden Zahlungen zusammengefasst und stehen zur Verfügung für die Vergütung

- (a) der antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM sowie der nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen von Vertragsärzten, denen nach Abs. 4 zeitbezogene Kapazitätsgrenzen zugewiesen werden, soweit diese Leistungen im Rahmen der Kapazitätsgrenzen erbracht wurden, nach Maßgabe der Vergütungsregelung der Absätze 4 bis 6,
- (b) der antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM von Ärzten der in § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppen, denen nach Abs. 4 keine zeitbezogene Kapazitätsgrenzen zugewiesen werden, zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung nach § 2 Abs. 1 VM.

(2) Wird der Vergütungsanteil des Abs. 1 in einem Abrechnungsquartal nicht ausgeschöpft, werden die Unterschreitungsbeiträge zweckgebundenen Rückstellungen zugeführt und stehen für den Ausgleich von Unterdeckungen in Folgequartalen zur Verfügung. Wird der Vergütungsanteil in einem Abrechnungsquartal überschritten, erfolgt die Vergütung mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung nach § 2 Abs. 1 VM, soweit durch die Auflösung der Rückstellungen hierfür ausreichende Mittel verfügbar sind. Reichen die Mittel zur Vergütung der Leistungen mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung nach § 2 Abs. 1 VM nicht aus, werden die zur Vergütung der Leistungen mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung nach § 2 Abs. 1 VM zusätzlich benötigten Mittel vorab dem fachärztlichen versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumen entnommen.

(3) Im Übrigen werden die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM von Vertragsärzten aus nicht in § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppen aus dem entsprechenden arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen gemäß § 8 VM mit RLV/QZV vergütet. Zur Vergütung gelten die Bestimmungen des Abschnitts 4 VM.

(4) Abweichend von den Regelungen zu den Arztgruppen nach Anlage 1 VM werden

- (a) Psychologischen Psychotherapeuten
- (b) Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
- (c) Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie
- (d) anderen ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Vertragsärzten gemäß den Kriterien der Bedarfsplanungsrichtlinien

zeitbezogene Kapazitätsgrenzen je Quartal zugewiesen, um eine übermäßige Ausdehnung der psychotherapeutischen Tätigkeit zu verhindern.

(5) Als Anteil der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze für die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der oben genannten Arztgruppen werden je Arzt 27.090 Minuten je Abrechnungsquartal festgelegt. Als Anteil der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze für die nicht antrags-

und genehmigungspflichtigen Leistungen der oben genannten Arztgruppen wird die arztgruppenspezifische, durchschnittlich abgerechnete ärztliche bzw. therapeutische Zuwendungszeit je Arzt gemessen nach den Prüfzeiten der Leistungen des Anhangs 3 zum EBM in der gültigen Fassung des entsprechenden Vorjahresquartals ermittelt. Je Arzt bzw. Psychotherapeut der oben genannten Arztgruppen ergibt sich die zeitbezogene Kapazitätsgrenze aus der Addition der vorgenannten Werte.

(6) 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 wird bis zu der gemäß Abs. 5 ermittelten zeitbezogenen Kapazitätsgrenze je Arzt mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung nach § 2 Abs. 1 VM vergütet. Überschreitet die abgerechnete ärztliche bzw. therapeutische Zuwendungszeit gemessen nach den Prüfzeiten der Leistungen des Anhangs 3 zum EBM in der gültigen Fassung die gemäß Abs. 5 ermittelte zeitbezogene Kapazitätsgrenze je Arzt, so werden diese Leistungen maximal bis zur 1,5-fachen zeitbezogenen Kapazitätsgrenze mit den abgestaffelten Preisen nach § 20 Abs. 3 VM vergütet. Zur Zuweisung und zur Vergütung der Kapazitätsgrenzen gelten im Übrigen die Bestimmungen des Abschnitts 4 VM entsprechend.

§ 12

Vergütung und Steuerung der Laborleistungen

(1) Die Leistungen und Kostenerstattungen der Laboratoriumsmedizin werden aus dem Vergütungsvolumen nach § 6 Abs. 1 (b) VM i. V. m. den Vorgaben der KBV, Anhang zu Teil B, Schritt 18 sowie den Vorgaben der KBV Teil E vergütet. Die Vorgaben der KBV Teil E Abschnitte 2 und 3.1 bis 3.5.2 sind als Anhang Teil 2 Bestandteil dieses VM.

(2) Die Vergütung des Laborwirtschaftlichkeitsbonus, der Grundleistungen für Laborärzte, der Laborversandpauschale, der Laboratoriumsuntersuchungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM und der speziellen Laboratoriumsuntersuchungen bei „Nicht-Labor-Ärzten“ erfolgt nach Maßgabe der Regelungen in den Abschnitten 3.1 bis 3.5 der Vorgaben der KBV Teil E. Die quartalsbezogene bundeseinheitliche Abstufungsquote „Q“ für die Vergütung der Laboratoriumsuntersuchungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM und der speziellen Laboratoriumsuntersuchungen bei „Nicht-Labor-Ärzten“ wird von der KVH vor Quartalsbeginn veröffentlicht.

(3) Gemäß Abschnitt 3.5 der Vorgaben der KBV Teil E unterliegen die speziellen Laboratoriumsuntersuchungen des Abschnitts 32.3 EBM bei „Nicht-Labor-Ärzten“ einer fallwertbezogenen Budgetierung. Hierzu gelten die Bestimmungen in Abschnitt 3.5.1 und 3.5.2 der Vorgaben der KBV Teil E.

(a) Zur Ermittlung des Budgets finden folgende Referenz-Fallwerte Anwendung:

| Arztgruppe | Referenz-Fallwert in Euro |
|--|---------------------------|
| Fachärztliche Internisten mit Schwerpunkten Rheumatologie, Endokrinologie | 40 |
| Fachärztliche Internisten mit Schwerpunkt Hämatologie, Nuklearmediziner | 21 |
| Fachärztliche Internisten mit Schwerpunkt Pneumologie, Lungenfachärzte, Dermatologen, Gynäkologen, Urologen und alle übrigen Facharztgruppen | 4 |

- (b) Der Referenz-Fallwert einer (Teil-)Berufsausübungsgemeinschaft, eines Medizinischen Versorgungszentrums und einer Praxis mit angestellten Ärzten wird als Summe der Produkte des relativen Anteils der Fälle eines Arztes in der Arztpraxis und der arztgruppenbezogenen Referenz-Fallwerte der beteiligten Ärzte errechnet. 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.
 - (c) Die KVH kann im Einzelfall das Budget erweitern, aussetzen oder bedarfsgerecht anpassen.
- (4) Wird das Vergütungsvolumen des Abs. 1 in einem Abrechnungsquartal nicht ausgeschöpft, werden die Unterschreibungsbeträge zweckgebundenen Rückstellungen zugeführt und stehen für den Ausgleich von Unterdeckungen in Folgequartalen zur Verfügung. Wird das Vergütungsvolumen zuzüglich der Rückstellungen nach Satz 1 überschritten, werden die zur Vergütung gemäß den vorstehenden Regelungen erforderlichen Beträge dem fachärztlichen Rückstellungsvolumen nach § 7 Abs. 2 Ziff. 2 VM entnommen.

§ 13

Vergütung und Steuerung der Leistungen des Notfalldienstes

(1) Die Leistungen des von der KVH organisierten Notfalldienstes und der Notfallbehandlungen durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser während der Zeiten des organisierten Notdienstes gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 17. Sitzung am 16. Dezember 2009 werden aus dem Vergütungsvolumen gemäß § 6 Abs. 1 (c) VM und Anhang zum VM: Vorgaben der KBV, Anhang zu Teil B, Schritt 19 unter Berücksichtigung der für diesen Leistungsbereich zu erwartenden Zahlungen im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 75 Abs. 7 und 7a SGB V vergütet.

(2) Die Vergütung erfolgt bis zur Höhe des Vergütungsvolumens zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung nach § 2 Abs. 1 VM. Wird das Vergütungsvolumen in einem Abrechnungsquartal nicht ausgeschöpft, werden die Unterschreibungsbeträge zweckgebundenen Rückstellungen zugeführt und stehen für den Ausgleich von Unterdeckungen in Folgequartalen zur Verfügung.

(3) Wird das Vergütungsvolumen in einem Abrechnungsquartal überschritten, erfolgt die Vergütung zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung nach § 2 Abs. 1 VM, sofern durch die Auflösung der Rückstellungen des Abs. 2 hierfür ausreichende Mittel vorhanden sind. Sofern hierfür keine ausreichenden Mittel vorhanden sind, werden die Preise nach den im Vergütungsvolumen verfügbaren Mitteln quotiert. Die Vergütung erfolgt zumindest in Höhe von 85% der versorgungsbereichsübergreifenden durchschnittlichen Vergütungsquote des Vorjahresquartals nach Anlage 3 Teil 6. Die für eine Stützung der Vergütung auf den 85%-Grenzwert erforderlichen Beträge werden dem hausärztlichen und dem fachärztlichen Rückstellungsvolumen nach § 7 Abs. 1 Ziff. 2, Abs. 2 Ziff. 2 VM unter Anwendung des Trennungsfaktors nach Schritt 15 im Anhang zu Teil B der Vorgaben der KBV (Anhang Teil 1 zum VM) entnommen. Die durchschnittliche Vergütungsquote des Vorjahresquartals sowie der 85%-Grenzwert werden von der KVH vor Quartalsbeginn veröffentlicht, um eine Kalkulationssicherheit hinsichtlich der Höhe des zu erwartenden Honorars zu ermöglichen.

§ 14**Vergütung und Steuerung der Kostenpauschalen gemäß Kapitel 40 EBM**

(1) Die innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanzierten Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM mit Ausnahme der GOP 40100 EBM im Zusammenhang mit Auftragsleistungen des Kapitels 32 EBM werden aus den versorgungsbereichsspezifischen Vergütungsvolumina gemäß § 7 Abs. 1 Ziff. 4, Abs. 2 Ziff. 5 VM vergütet. Die Vergütungsvolumina werden jeweils gebildet in Höhe eines Anteils am versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumen nach § 6 VM, der dem Anteil des für diesen Leistungsbereich im Zeitpunkt der Auszahlung anerkannten Leistungsbedarfs in Punkten in 2008 am Leistungsbedarf aller Arztgruppen des Versorgungsbereiches entspricht.

(2) Die Vergütung erfolgt bis zur Höhe des jeweiligen Vergütungsvolumens zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung nach § 2 Abs. 1 VM. Wird ein Vergütungsvolumen in einem Abrechnungsquartal nicht ausgeschöpft, werden die Unterschreibungsbeträge versorgungsbereichsspezifisch zweckgebundenen Rückstellungen zugeführt und stehen für den Ausgleich von Unterdeckungen in Folgequartalen zur Verfügung.

(3) Wird ein Vergütungsvolumen in einem Abrechnungsquartal überschritten, erfolgt die Vergütung zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung nach § 2 Abs. 1 VM, sofern durch die Auflösung der Rückstellungen des Abs. 2 hierfür ausreichende Mittel vorhanden sind. Sofern hierfür keine ausreichenden Mittel vorhanden sind, werden die Preise nach den im Vergütungsvolumen verfügbaren Mitteln quotiert. Die Vergütung erfolgt zumindest in Höhe von 85% der durchschnittlichen hausärztlichen bzw. fachärztlichen Vergütungsquote des Vorjahresquartals nach Anlage 3 Teil 6. Die für eine Stützung der Vergütung auf den 85%-Grenzwert erforderlichen Beträge werden versorgungsbereichsspezifisch dem Rückstellungsvolumen nach § 7 Abs. 1 Ziff. 2, Abs. 2 Ziff. 2 VM entnommen. Die durchschnittlichen Vergütungsquoten des Vorjahresquartals sowie der 85%-Grenzwert werden von der KVH vor Quartalsbeginn veröffentlicht, um eine Kalkulationssicherheit hinsichtlich der Höhe des zu erwartenden Honorars zu ermöglichen.

§ 15**Vergütung und Steuerung der Haus- und Heimbetriebsleistungen**

(1) Für die Vergütung von Leistungen der Haus- und Heimbetriebsleistungen nach der GOP 01410, 01413 und 01415 EBM werden versorgungsbereichsspezifische Vergütungsvolumina gemäß § 7 Abs. 1 Ziff. 5, Abs. 2 Ziff. 6 VM in Höhe des Vergütungsumfanges für diese Leistungen in dem entsprechenden Vorquartal des Zeitraums der Quartale 2/2010 bis 1/2011 gebildet. Dabei sind die Änderungen in der Bewertung der Haus- und Heimbetriebsleistungen aufgrund des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 248. Sitzung zu berücksichtigen. Zusätzlich wird aus den Stützungsbeträgen der Krankenkassen versorgungsbereichsübergreifend je Abrechnungsquartal ein Stützungsvolumen gebildet.

(2) Wird das für die Leistungen der Haus- und Heimbetriebsleistungen zur Verfügung stehende versorgungsbereichsspezifische Vergütungsvolumen in einem Abrechnungsquartal insgesamt nicht ausgeschöpft, werden die verbleibenden Unterschreibungsbeträge versorgungsbereichsspezifisch dem hausärztlichen Rückstellungsvolumen nach § 7 Abs. 1 Ziff. 2 VM bzw. dem fachärztlichen Rückstellungsvolumen § 7 Abs. 2 Ziff. 2 VM zugeführt.

(3) Für die Vergütung von Leistungen der Haus- und Heimbetriebsleistungen stehen arztpraxisbezogene Vergütungsvolumen zur Verfügung. Dabei ergibt sich die Höhe des arztpraxisbezogenen Vergütungsvolumens aus der Addition der Vergütungsvolumen je Arzt, der in der Arzt-

praxis tätig ist. Das Vergütungsvolumen je Arzt entspricht dessen Anteil an dem versorgungsbereichsspezifischen Vergütungsvolumen für Hausbesuchsleistungen, gemessen am Leistungsumfang im entsprechenden Vorquartal des Zeitraums der Quartale 2/2010 bis 1/2011.

(4) Die Vergütung von Leistungen der Haus- und Heimbefuche erfolgt arztpraxisbezogen bis zur Höhe der arztpraxisbezogenen Vergütungsvolumen zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung nach § 2 Abs. 1 VM.

(5) Werden die arztpraxisbezogenen Vergütungsvolumen in einem Abrechnungsquartal überschritten, erfolgt die Vergütung zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung nach § 2 Abs. 1 VM aus dem Stützungsvolumen nach Absatz 1 Satz 3, soweit hierfür ausreichende Mittel verfügbar sind. Andernfalls werden die Preise der die arztpraxisbezogenen Vergütungsvolumen überschreitenden Leistungen nach den in dem Stützungsvolumen verfügbaren Mitteln quotiert.

(6) Auf Antrag erhalten neu zugelassene Ärzte im Sinne von § 27 Abs. 1 VM für die Vergütung von Haus- und Heimbefuchen ein durchschnittliches arztpraxisbezogenes Vergütungsvolumen, das in entsprechender Anwendung der Quartalsstufen des § 27 Abs. 1 VM ermittelt wird. Die Vergütung erfolgt bis zur Höhe des arztpraxisbezogenen Vergütungsvolumens zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung nach § 2 Abs. 1 VM. Bei Überschreitung des arztpraxisbezogenen Vergütungsvolumens gilt Abs. 5. Für die Anträge gelten die Verfahrensbestimmungen des § 31 Abs. 2 und 3 VM entsprechend.

(7) Die arztpraxisbezogenen Vergütungsvolumen für die Leistungen der Haus- und Heimbefuche werden den Arztpraxen in entsprechender Anwendung der Regelungen des § 29 VM zugewiesen.

§ 16

Vergütung und Steuerung pathologischer Leistungen des Kapitels 19 EBM bei Probeneinsendungen

(1) Pathologische Leistungen des Kapitels 19 EBM werden aus dem Vergütungsvolumen gemäß § 7 Abs. 2 Ziff. 7 VM vergütet, sofern sie zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen überwiesen werden. Das Vergütungsvolumen wird gebildet in Höhe eines Anteils am versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumen nach § 6 VM, der dem Anteil des für diesen Leistungsbereich im Zeitpunkt der Auszahlung anerkannten Leistungsbedarfs in Punkten in 2008 am Leistungsbedarf aller Arztgruppen des Versorgungsbereiches entspricht.

(2) Die Vergütung erfolgt bis zur Höhe des Vergütungsvolumens zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung nach § 2 Abs. 1 VM. Wird das Vergütungsvolumen in einem Abrechnungsquartal nicht ausgeschöpft, werden die Unterschreibungsbeträge zweckgebundenen Rückstellungen zugeführt und stehen für den Ausgleich von Unterdeckungen in Folgequartalen zur Verfügung.

(3) Wird das Vergütungsvolumen in einem Abrechnungsquartal überschritten, erfolgt die Vergütung zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung nach § 2 Abs. 1 VM, sofern durch die Auflösung der Rückstellungen des Abs. 2 hierfür ausreichende Mittel vorhanden sind. Sofern hierfür keine ausreichenden Mittel vorhanden sind, werden die Preise nach den im Vergütungsvolumen verfügbaren Mitteln quotiert. Die Vergütung erfolgt zumindest in Höhe von 85% der durchschnittlichen fachärztlichen Vergütungsquote des Vorjahresquartals nach An-

lage 3 Teil 6. Die für eine Stützung der Vergütung auf den 85%-Grenzwert erforderlichen Beträge werden dem fachärztlichen Rückstellungsvolumen nach § 7 Abs. 2 Ziff. 2 VM entnommen. Die durchschnittliche Vergütungsquote des Vorjahresquartals sowie der 85%-Grenzwert werden von der KVH vor Quartalsbeginn veröffentlicht, um eine Kalkulationssicherheit hinsichtlich der Höhe des zu erwartenden Honorars zu ermöglichen.

§ 17

Vergütung und Steuerung der humangenetischen Leistungen des Kapitels 11 EBM bei Probeneinsendungen

(1) Humangenetische Leistungen des Kapitels 11 EBM werden aus dem Vergütungsvolumen gemäß § 7 Abs. 2 Ziff. 8 VM vergütet, sofern sie zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen überwiesen werden. Das Vergütungsvolumen wird gebildet in Höhe eines Anteils am versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumen nach § 6 VM, der dem Anteil des für diesen Leistungsbereich im Zeitpunkt der Auszahlung anerkannten Leistungsbedarfs in Punkten in 2008 am Leistungsbedarf aller Arztgruppen des Versorgungsbereiches entspricht.

(2) Die Vergütung erfolgt bis zur Höhe des Vergütungsvolumens zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung nach § 2 Abs. 1 VM. Wird das Vergütungsvolumen in einem Abrechnungsquartal nicht ausgeschöpft, werden die Unterschreibungsbeträge zweckgebundenen Rückstellungen zugeführt und stehen für den Ausgleich von Unterdeckungen in Folgequartalen zur Verfügung.

(3) Wird das Vergütungsvolumen in einem Abrechnungsquartal überschritten, erfolgt die Vergütung zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung nach § 2 Abs. 1 VM, sofern durch die Auflösung der Rückstellungen des Abs. 2 hierfür ausreichende Mittel vorhanden sind. Sofern hierfür keine ausreichenden Mittel vorhanden sind, werden die Preise nach den im Vergütungsvolumen verfügbaren Mitteln quotiert. Die Vergütung erfolgt zumindest in Höhe von 85% der durchschnittlichen fachärztlichen Vergütungsquote des Vorjahresquartals nach Anlage 3 Teil 6. Die für eine Stützung der Vergütung auf den 85%-Grenzwert erforderlichen Beträge werden dem fachärztlichen Rückstellungsvolumen nach § 7 Abs. 2 Ziff. 2 VM entnommen. Die durchschnittliche Vergütungsquote des Vorjahresquartals sowie der 85%-Grenzwert werden von der KVH vor Quartalsbeginn veröffentlicht, um eine Kalkulationssicherheit hinsichtlich der Höhe des zu erwartenden Honorars zu ermöglichen.

§ 18

Vergütung und Steuerung der sonstigen humangenetischen Leistungen des Kapitels 11 EBM

(1) Die sonstigen humangenetischen Leistungen des Kapitels 11 EBM werden aus dem Vergütungsvolumen gemäß § 7 Abs. 2 Ziff. 9 VM vergütet. Das Vergütungsvolumen wird gebildet in Höhe eines Anteils am versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumen nach § 6 VM, der dem Anteil des für diesen Leistungsbereich im Zeitpunkt der Auszahlung anerkannten Leistungsbedarfs in Punkten in 2008 am Leistungsbedarf aller Arztgruppen des Versorgungsbereiches entspricht.

(2) Die Vergütung erfolgt bis zur Höhe des Vergütungsvolumens zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung nach § 2 Abs. 1 VM. Wird das Vergütungsvolumen in einem Abrechnungsquartal nicht ausgeschöpft, werden die Unterschreibungsbeträge zweckgebundenen

Rückstellungen zugeführt und stehen für den Ausgleich von Unterdeckungen in Folgequartalen zur Verfügung.

(3) Wird das Vergütungsvolumen in einem Abrechnungsquartal überschritten, erfolgt die Vergütung zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung nach § 2 Abs. 1 VM, sofern durch die Auflösung der Rückstellungen des Abs. 2 hierfür ausreichende Mittel vorhanden sind. Sofern hierfür keine ausreichenden Mittel vorhanden sind, werden die Preise nach den im Vergütungsvolumen verfügbaren Mitteln quotiert. Die Vergütung erfolgt zumindest in Höhe von 85% der durchschnittlichen fachärztlichen Vergütungsquote des Vorjahresquartals nach Anlage 3 Teil 6. Die für eine Stützung der Vergütung auf den 85%-Grenzwert erforderlichen Beträge werden dem fachärztlichen Rückstellungsvolumen nach § 7 Abs. 2 Ziff. 2 VM entnommen. Die durchschnittliche Vergütungsquote des Vorjahresquartals sowie der 85%-Grenzwert werden von der KVH vor Quartalsbeginn veröffentlicht, um eine Kalkulationssicherheit hinsichtlich der Höhe des zu erwartenden Honorars zu ermöglichen.

§ 19

Vergütung und Steuerung von Leistungen nach GOP 06225 EBM

(1) Der Vergütungsbereich gem. § 9 Abs. 1 Satz 2 VM wird in Höhe des sich aus der Neubewertung der augenärztlichen Grundpauschalen GOP 06210, 06211 und 06212 EBM ab dem 01.01.2012 ergebenden Differenzbetrages multipliziert mit der Anzahl der im jeweils entsprechenden Quartal des Jahres 2008 abgerechneten augenärztlichen Grundpauschalen gebildet. Die Vergütung erfolgt bis zur Höhe des Vergütungsbereichs zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung nach § 2 Abs. 1 VM.

(2) Wird der Vergütungsbereich in einem Abrechnungsquartal nicht ausgeschöpft, werden die Unterschreibungsbeträge zweckgebundenen Rückstellungen zugeführt und stehen für den Ausgleich von Unterdeckungen in Folgequartalen zur Verfügung.

(3) Wird der Vergütungsbereich in einem Abrechnungsquartal überschritten, erfolgt die Vergütung zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung nach § 2 Abs. 1 VM, sofern durch die Auflösung der Rückstellungen des Abs. 2 hierfür ausreichende Mittel vorhanden sind. Sofern hierfür keine ausreichenden Mittel vorhanden sind, werden die Preise nach den im Vergütungsbereich verfügbaren Mitteln quotiert.

Abschnitt 4

Vergütung und Steuerung von Leistungen, die den RLV/QZV unterliegen

§ 20

Grundsätze der Vergütung und Steuerung von Leistungen durch RLV und QZV

(1) Zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der vertragsärztlichen Tätigkeit wird je Quartal und Arztpraxis eine abrechenbare Menge vertragsärztlicher Leistungen als Regelleistungsvolumen (RLV) vorgegeben.

(2) Wenn eine Arztpraxis die Voraussetzungen in § 23 VM erfüllt, kann sie unter Beachtung der Abrechnungsbestimmungen des EBM Leistungen in qualitätsgebundenen Zusatzvolumen (QZV) abrechnen.

(3) Die von der Arztpraxis innerhalb der RLV/QZV unter Berücksichtigung der Verrechnungen gem. § 26 VM abgerechneten Leistungen werden zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung nach § 2 Abs. 1 VM vergütet. Die darüber hinausgehenden Leistungen werden zu abgestaffelten Preisen vergütet. Der abgestaffelte Preis wird gem. der Berechnungsvorgabe in Anlage 3 Teil 3 ermittelt.

§ 21

Ärzte, Leistungen und Fälle, die von der Steuerung durch RLV/QZV erfasst sind

(1) RLV kommen für Ärzte der in Anlage 1 (Arztgruppenliste) genannten Arztgruppen zur Anwendung. QZV kommen für die in Anlage 2 (QZV-Liste) aufgeführten Arztgruppen und Leistungen zur Anwendung.

(2) Die Zuordnung eines Arztes zu einer Arztgruppe richtet sich nach seiner Gebiets- und/oder Schwerpunktbezeichnung. Vertragsärzte mit mehreren Gebiets- und Schwerpunktbezeichnungen werden nur mit einem Gebiet oder Schwerpunkt berücksichtigt. Ist eine eindeutige Zuordnung nicht möglich, entscheidet die KVH.

(3) Ermächtigte Krankenhausärzte sowie ermächtigte Krankenhäuser, Einrichtungen oder Institutionen erhalten ein RLV nach dem mit der Ermächtigung begründeten Versorgungsauftrag.

(4) Für RLV und QZV relevante Fälle sind kurativ-ambulante Behandlungsfälle gemäß § 21 Abs. 1 und Abs. 2 BMV-Ä bzw. § 25 Abs. 1 und Abs. 2 EKV, ausgenommen

- (a) Notfälle im organisierten Notfalldienst
- (b) Überweisungsfälle zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen
- (c) Fälle, in denen ausschließlich Leistungen und Kostenerstattungen, die nicht den RLV/QZV unterliegen, abgerechnet werden.

Fälle in denen ausschließlich Leistungen aus Abschnitt II Kap. 1.7.5, 1.7.6 und 1.7.7 EBM abgerechnet werden, gelten für die RLV/QZV-Berechnung als kurativ-ambulante Behandlungsfälle.

§ 22**Ermittlung der RLV je Arzt**

(1) Die RLV und QZV werden für das jeweilige Abrechnungsquartal zunächst je Arzt ermittelt.

(2) Zur Umsetzung des Arztbezuges der RLV-Berechnung ist die Bemessung des RLV mit den RLV-Fällen nach § 21 Abs. 4 VM vorgegeben. In Einzelpraxen entspricht die Zahl der RLV-Fälle der Zahl der Behandlungsfälle. In Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten entspricht die Zahl der RLV-Fälle eines Arztes der Zahl der 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 der Arztpraxis.

(3) Die Höhe des RLV eines Arztes ergibt sich aus der Multiplikation des für das Abrechnungsquartal gültigen arztgruppenspezifischen RLV-Fallwertes mit der RLV-Fallzahl des Arztes im Vorjahresquartal gemäß den Berechnungsvorgaben in Anlage 3 Teil 4 Ziff. 1 und Ziff. 2. Maßgeblich ist die mit dem Honorarbescheid für das Vorjahresquartal abgerechnete Fallzahl. Nachträglich vom Arzt für das Vorjahresquartal eingereichte Abrechnungsfälle bleiben bei der Berechnung des RLV außer Betracht. Im Falle von Bereinigungen der MGV bei Beitritt von Versicherten zu einem Vertrag gem. §§ 73b, 73c und 140a ff SGB V werden die zur Berechnung des RLV-Fallwertes und des RLV je Arzt herangezogenen RLV-Fallzahlen in den Berechnungsvorgaben der Anlage 3 Teil 4 um die Anzahl derjenigen Versicherten erhöht, die länger als vier Quartale in einen Vertrag eingeschrieben sind.

(4) Der Fallwert wird für jeden über 150 % der durchschnittlichen RLV-Fallzahl der Arztgruppe im Vorjahresquartal hinausgehenden RLV-Fall wie folgt gemindert:

- (a) um 25 % für RLV-Fälle über 150 % bis 170 % der durchschnittlichen RLV-Fallzahl der Arztgruppe im Vorjahresquartal,
- (b) um 50 % für RLV-Fälle über 170 % bis 200 % der durchschnittlichen RLV-Fallzahl der Arztgruppe im Vorjahresquartal,
- (c) um 75 % für RLV-Fälle über 200 % der durchschnittlichen RLV-Fallzahl der Arztgruppe im Vorjahresquartal.

Auf Antrag des Arztes und nach Genehmigung durch die KVH kann im Einzelfall aus Sicherheitsgründen von der Minderung des Fallwertes abgewichen werden. Hierzu gelten die Verfahrensregelungen in § 31 Abs. 2 und 3 VM.

(5) Zur Berücksichtigung des Morbiditätskriteriums Alter wird das RLV gem. den Berechnungsvorgaben in Anlage 3 Teil 4 Ziff. 3 VM unter Berücksichtigung des altersklassenspezifischen Leistungsbedarfes der Versicherten ermittelt.

§ 23**Ermittlung der QZV je Arzt**

(1) Für die in Anlage 2 aufgeführten Leistungsbereiche werden QZV gebildet. Ein Arzt hat Anspruch auf ein QZV, wenn er

- (a) mindestens eine Leistung des entsprechenden QZV im jeweiligen Vorjahresquartal erbracht hat und

- (b) 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.

(2) Die Ermittlung der QZV je Arzt erfolgt gemäß den Berechnungsvorgaben in Anlage 3 Teil 5 VM entweder RLV-fallbezogen oder Leistungsfallbezogen. Die jeweilige Berechnungsart des QZV ist in der QZV-Liste Anlage 2 ausgewiesen. Maßgeblich sind die mit dem Honorarbescheid für das Vorjahresquartal abgerechneten Fälle und Leistungen. Nachträglich vom Arzt für das Vorjahresquartal eingereichte Abrechnungsfälle und Leistungen bleiben bei der Berechnung des QZV außer Betracht.

§ 24

Besonderheiten bei der Ermittlung der RLV/QZV je Arzt

(1) Bei der Ermittlung der RLV/QZV und/oder der Kapazitätsgrenzen wird der Tätigkeitsumfang laut Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid anhand der folgenden Anrechnungsfaktoren berücksichtigt:

- (a) Für Vertragsärzte entspricht der Anrechnungsfaktor dem mit der Zulassung bewirkten hälftigen (Faktor 0,5) oder vollen Versorgungsauftrag (Faktor 1,0).
- (b) Für angestellte Ärzte ist für die Ermittlung des Anrechnungsfaktors der Umfang des Versorgungsauftrages entsprechend der vertraglichen Wochenarbeitszeit lt. Genehmigungsbescheid des Zulassungsausschusses maßgebend.

Die Berücksichtigung erfolgt durch entsprechende Anpassung der durchschnittlichen RLV- bzw. QZV-Fallzahl der Arztgruppe im Vorjahresquartal bei der Fallwertminderung gem. § 22 Abs. 4 VM sowie bei der arztbezogenen RLV/QZV-Ermittlung für neu zugelassene Vertragsärzte und Vertragsärzte in der Anfangsphase gem. § 27 Abs. 1 und Abs. 3 VM.

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

(3) Vertragsärzte, die gem. § 101 Abs. 3 SGB V über eine beschränkte Zulassung mit Leistungsbegrenzung (Job-Sharing-Partner) verfügen, bleiben – mit Ausnahme des bisherigen Zulassungsinhabers - bei der Ermittlung und Zuweisung von RLV/QZV und/oder Kapazitätsgrenzen unberücksichtigt. Dies gilt entsprechend auch für gem. § 95 Abs. 9 Satz 2 SGB V angestellte Ärzte (Job-Sharing-Angestellte).

(4) Sofern die Abrechnung von Leistungen oder Kostenerstattungen der Genehmigung der KVH bedarf, ist das RLV und/oder das QZV in Fällen der Entstehung und/oder des Wegfalls der Voraussetzungen für die Leistungserbringung ab dem Zeitpunkt der Entstehung und/oder des Wegfalls anzupassen.

§ 25**Ermittlung der RLV/QZV je Arztpraxis**

(1) Aus den arztbezogenen RLV wird ein gemeinsames arztpraxisbezogenes RLV ermittelt. Dabei ergibt sich die Höhe des RLV der Arztpraxis aus der Addition der RLV der Ärzte, die in der Arztpraxis tätig sind.

(2) Zur Förderung der vertragsärztlichen Versorgung in Kooperationen gelten folgende Regelungen:

- (a) Bei standortgleichen Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten wird das RLV um 10% erhöht. Das erhöhte RLV wird gem. § 29 VM zugewiesen.
- (b) Bei standortübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten werden die RLV von Ärzten mit identischer Hauptbetriebsstätte um 10% erhöht. Die Erhöhungen werden von Amts wegen im Rahmen der Honorarabrechnung berücksichtigt.
- (c) Darüber hinaus kann bei standortübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten eine 10%-ige Erhöhung der nicht bereits nach (b) erhöhten RLV beantragt werden, wenn an den betreffenden Standorten im Vorjahresquartal eine Kooperation im Umfange von mindestens 10% gemeinsam versorgter Patienten stattgefunden hat. Hierzu gelten die Verfahrensregelungen in § 31 Abs. 2 und Abs. 3 VM.

Für Kooperationen ausschließlich mit Job-Sharing-Partnern oder Job-Sharing-Angestellten gem. § 24 Abs. 3 VM werden keine RLV-Erhöhungen nach den vorstehenden Regelungen gewährt.

(3) Aus den arztbezogenen QZV wird ein gemeinsames arztpraxisbezogenes QZV ermittelt. Dabei ergibt sich die Höhe des QZV der Arztpraxis aus der Addition der QZV der Ärzte, die in der Arztpraxis tätig sind.

§ 26**Verrechnung der abgerechneten Leistungen innerhalb der RLV/QZV je Arztpraxis**

Den einer Arztpraxis zugewiesenen RLV/QZV steht die in der Arztpraxis abgerechnete Leistungsmenge insgesamt gegenüber. Sofern das einer Arztpraxis zugewiesene RLV nicht ausgeschöpft ist, kann das noch zur Verfügung stehende Honorarvolumen mit Leistungen aus dem zugewiesenen QZV ausgefüllt werden und umgekehrt. Es sind auch die Leistungen zu berücksichtigen, die von den beteiligten Vertragsärzten ggf. in Teilberufsausübungsgemeinschaften erbracht werden

§ 27**Neuzulassungen / Ärzte in der Anfangsphase / Kooperationsformen**

(1) Nach einer Neuzulassung erhält ein Vertragsarzt

- (a) für das 1. Quartal der vertragsärztlichen Tätigkeit ein RLV und ggf. QZV auf der Grundlage von 25% der durchschnittlichen RLV- bzw. QZV-Fallzahl der Arztgruppe im Vorjahresquartal (Stufe I),

- (b) für das 2. Quartal der vertragsärztlichen Tätigkeit ein RLV und ggf. QZV auf der Grundlage von 50% der durchschnittlichen RLV- bzw. QZV-Fallzahl der Arztgruppe im Vorjahresquartal (Stufe II),
- (c) für das 3. Quartal der vertragsärztlichen Tätigkeit ein RLV und ggf. QZV auf der Grundlage von 75% der durchschnittlichen RLV- bzw. QZV-Fallzahl der Arztgruppe im Vorjahresquartal (Stufe III),
- (d) für das 4. Quartal der vertragsärztlichen Tätigkeit ein RLV und ggf. QZV auf der Grundlage von 100% der durchschnittlichen RLV- bzw. QZV-Fallzahl der Arztgruppe im Vorjahresquartal (Stufe IV).

(2) Die RLV/QZV nach Abs. 1 kommen bei der RLV/QZV-Zuweisung nach § 29 VM und bei der Honorarabrechnung zur Anwendung. Rechnet der neu zugelassene Vertragsarzt tatsächlich mehr Fälle ab, als zur Ermittlung der RLV/QZV nach Absatz 1 herangezogen wurden, wird das RLV/QZV im Rahmen der Honorarabrechnung von Amts wegen mit der tatsächlich abgerechneten, maximal der arztgruppendurchschnittlichen RLV- bzw. QZV-Fallzahl ermittelt.

(3) Entsprechend Abs. 2 wird im Rahmen der Honorarabrechnung auch das RLV und/oder QZV von

- (a) neu zugelassenen Vertragsärzten innerhalb einer Anfangsphase von 12 Quartalen nach Praxisaufnahme (Vertragsärzte in der Anfangsphase)
- (b) Vertragsärzten, deren Zulassung im Basisquartal ruhte,

angepasst, wenn sie im Verhältnis zu der für die Zuweisung des RLV und/oder QZV maßgeblichen Fallzahl tatsächlich mehr Fälle abgerechnet haben.

(4) Absatz 1 und 2 gelten nicht im Falle einer Neuzulassung, die auf der Übernahme einer bzgl. der RLV-Fallzahl überdurchschnittlichen Praxis beruht. In diesen Fällen ist das RLV und/oder QZV auf Grundlage der bisherigen RLV-Fallzahl des Vorgängers aus dem jeweiligen Vorjahresquartal zu ermitteln.

(5) Erwirbt ein bereits zugelassener Vertragsarzt die Berechtigung zur Abrechnung von Leistungen eines QZV, auf das bisher kein Anspruch bestand, wird die QZV-Fallzahl in den ersten vier Quartalen der Abrechnung dieser QZV-Leistungen entsprechend Abs. 2 ermittelt.

(6) In Fällen der Änderung von Kooperationsformen wird das arztpraxisbezogene RLV/QZV der neuen Kooperation aus den arztbezogenen RLV/QZV der Ärzte aus ihrer jeweiligen früheren Kooperation ermittelt.

§ 28

Maßnahmen zur Steuerung der RLV-Fallzahl

(1) Zur Stabilisierung der RLV bei gegenüber dem Vorjahresquartal steigenden Fallzahlen wird bei der Ermittlung der RLV gem. § 22 Abs. 3 VM i. V. m. Anlage 3 Teil 4 Ziff. 1 der rechnerische RLV-Fallwert des Vorjahresquartals als Zielwert zugrunde gelegt.

(2) Wird dieser Zielwert um mehr als 3 % unterschritten, werden die zur Ermittlung des Regelleistungsvolumens maßgeblichen Fallzahlen soweit reduziert, dass die Unterschreitung des Zielwertes auf maximal 3 % begrenzt wird.

(3) Zur Berechnung des RLV je Arzt wird der arztindividuelle Anteil an der Senkung des rechnerischen Fallwertes (RLV-Vergütungsvolumen ./ Fälle) ermittelt und von der rechnerischen RLV-Fallzahl des Arztes abgezogen.

(4) Diese Regelung findet keine Anwendung auf neu zugelassene Vertragsärzte und Vertragsärzte in der Anfangsphase gem. § 27 Abs. 1 und Abs. 3 VM sowie Vertragsärzte mit einer arztgruppenunterdurchschnittlichen RLV-Fallzahl, solange die durchschnittliche RLV-Fallzahl der Arztgruppe im Vorjahresquartal unterschritten wird.

§ 29

Zuweisung von RLV/QZV-Volumina und Kapazitätsgrenzen

(1) Die RLV/QZV bzw. Kapazitätsgrenzen werden den Arztpraxen vor Beginn des Geltungszeitraumes mit rechtsbehelfsfähigem Bescheid zugewiesen, um eine Kalkulationssicherheit hinsichtlich der Höhe des zu erwartenden Honorars zu ermöglichen. Die Zuweisung begründet einen Honoraranspruch nach den Preisen der Euro-Gebührenordnung nach § 2 Abs. 1 für die im Rahmen der RLV/QZV bzw. der Kapazitätsgrenzen abgerechneten Leistungen.

(2) Die Zuweisung erfolgt spätestens fünf Werktage vor Quartalsbeginn. Maßgeblich ist das Postaufgabedatum. Erfolgt die Zuweisung erst nach Quartalsbeginn, gelten als Bemessungsgrundlage für die Honorarberechnung des Geltungszeitraums bis zum Zeitpunkt der Bekanntgabe die für das Vorquartal zugewiesenen RLV/QZV bzw. Kapazitätsgrenzen, es sei denn, dass die zum späteren Zeitpunkt zugewiesenen RLV/QZV bzw. Kapazitätsgrenzen einen höheren Honoraranspruch begründen.

(3) Von den vorstehenden Regelungen gelten folgende Ausnahmen:

- (a) Sofern die Ergebnisse der Honorarvereinbarungen mit den Krankenkassen nicht bis zu dem Zeitpunkt vorliegen, an dem die Berechnungen der RLV/QZV bzw. der Kapazitätsgrenzen für eine termingerechte Zuweisung erfolgen müssen, werden die Berechnungen und die Zuweisungen zum nächstmöglichen Zeitpunkt nachgeholt. Die KVH informiert hierüber durch Rundschreiben des Vorstands gem. § 62 Abs. 2 der Satzung. Absätze 1 und 2 gelten nicht.
- (b) Praxen, bei denen der vertragsarztrechtliche Status des Geltungszeitraumes bei Durchführung der RLV/QZV-Berechnungen bzw. der Berechnung der Kapazitätsgrenzen noch nicht bekannt ist, erhalten eine nachträgliche Zuweisung. Absätze 1 und 2 gelten nicht.
- (c) Entfällt bei Vertragsärzten nach erfolgter Zuweisung die Berechtigung zur Abrechnung von Leistungen eines QZV, werden die arztpraxisbezogenen RLV/QZV im Rahmen der Honorarabrechnung von Amts wegen entsprechend reduziert.
- (d) Sofern nach Durchführung der RLV/QZV-Berechnungen für das betreffende Quartal nachträglich Bereinigungen der MGV oder Ausdeckelungen aus der MGV im Sinne von § 5 Abs. 3 VM mit Auswirkung auf den Umfang der RLV/QZV erfolgen, vermindert sich der Honoraranspruch aus dem Zuweisungsbescheid entsprechend. Eine Information über die Bereinigung bzw. Ausdeckelung und deren Umfang erfolgt im Honorarbescheid für das betreffende Abrechnungsquartal oder durch gesonderten Bescheid.

(4) Gegen den Zuweisungsbescheid kann Widerspruch eingelegt werden. Darüber hinaus können Einwendungen gegen die Rechtmäßigkeit der RLV/QZV auch noch in einem Widerspruch gegen den Honorarbescheid geltend gemacht werden. Soweit dem Widerspruch gegen den Zuweisungsbescheid nicht unmittelbar abgeholfen werden kann, wird der Wider-

spruch nach Ablauf der Widerspruchsfrist zum Honorarbescheid abschließend bearbeitet. Sofern auch gegen den Honorarbescheid Widerspruch eingelegt wird, werden beide Widersprüche zu einem einheitlichen Verfahren verbunden und zusammen bearbeitet.

(5) Ein Widerspruch gegen den Zuweisungsbescheid ist nicht zulässig, soweit Sachverhalte geltend gemacht werden, für die nach § 31 VM Antragsverfahren durchzuführen sind. Bezüglich dieser Sachverhalte sind stattdessen Anträge nach Maßgabe der Verfahrensregelungen in § 31 Abs. 2 und 3 VM zu stellen.

§ 30

Besonderheiten bei KV-übergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften

(1) Die KVH errechnet ein RLV/QZV und/oder Kapazitätsgrenzen lediglich für diejenigen Ärzte einer KV-bereichsübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaft (im Folgenden: KV-ÜBAG), die im Bereich der KVH zugelassen oder ermächtigt sind. Die Zuweisung dieses RLV/QZV erfolgt einheitlich für die Ärzte sämtlicher Betriebsteile der KV-ÜBAG im Bereich der KVH. Der Zuweisungsbescheid ergeht gegenüber der Gesellschaft der KV-ÜBAG an den von ihr gewählten Hauptsitz.

(2) Nicht im Bereich der KVH zugelassene oder ermächtigte Ärzte, die durch die Bildung der KV-ÜBAG das Recht haben, an Betriebsteilen der KV-ÜBAG im Bereich der KVH tätig zu werden, bleiben bei der Ermittlung und Zuweisung der RLV/QZV und/oder Kapazitätsgrenzen unberücksichtigt.

(3) Werden Ärzte gem. Abs. 2 im Bereich der KVH tätig, so werden die von ihnen erbrachten Leistungen der Betriebsstätte der KV-ÜBAG zugerechnet, in dem die Leistungen erbracht wurden. Sie werden auf das RLV/QZV und/oder die Kapazitätsgrenzen der Hamburger Betriebsteile der KV-ÜBAG, in der sie tätig werden, angerechnet. Die von solchen Ärzten abgerechneten RLV-Fälle bleiben bei der künftigen Ermittlung der RLV/QZV der Hamburger Betriebsteile der KV-ÜBAG unberücksichtigt.

(4) Die KV-ÜBAG erhält Aufschläge auf Versichertenpauschalen und Kooperationszuschläge auf das RLV, sofern und soweit dessen Voraussetzungen für die Ärzte der Betriebsteile im Bereich der KVH vorliegen. Die Tätigkeit KVH-fremder Ärzte wird hierbei nicht berücksichtigt. Eine Qualifikation des KVH-fremden Arztes/der KVH-fremden Ärzte, die bei dem KVH-eigenen Arzt/den KVH-eigenen Ärzten nicht vorliegen, löst für die Betriebsteile der KV-ÜBAG im Bereich der KVH kein QZV aus.

(5) Die KVH rechnet die in den Betriebsteilen der KV-ÜBAG im Bereich der KVH erbrachten Leistungen nach den Abrechnungsbestimmungen der KVH ab. Die Abrechnung erfolgt einheitlich für sämtliche in den Betriebsteilen der KV-ÜBAG im Bereich der KVH erbrachten Leistungen. Die praxisbezogene Verrechnung der RLV/QZV findet nur unter den Ärzten der Betriebsteile der KV-ÜBAG im Bereich der KVH statt. Die Abrechnung der übrigen Leistungen der KV-ÜBAG erfolgt bei der KV am jeweiligen Ort der Leistungserbringung und nach den Abrechnungsbestimmungen dieser KV.

(6) Die KVH erlässt für die Betriebsteile der KV-ÜBAG im Bereich der KVH einen Honorarbescheid, der unter den Vorbehalt der Abrechnungs- und Plausibilitätsprüfung gestellt wird. Der Bescheid ergeht gegenüber der Gesellschaft der KV-ÜBAG an den von ihr gewählten Hauptsitz. Die KV-ÜBAG ist Inhaberin des Honoraranspruches für die in sämtlichen Betriebsteilen der KV-ÜBAG erbrachten Leistungen. Sie betreibt ggf. Widerspruchs- und Klageverfahren für die gesamte KV-ÜBAG.

(7) Die Honorarsumme aus dem Honorarbescheid für die bereichseigenen Betriebsteile der KV-ÜBAG wird dem Honorarkonto bei der KVH gutgeschrieben. Auszahlungen / Überweisungen erfolgen auf das von der Gesellschaft der KV-ÜBAG benannte Bankkonto.

§ 31

Antragsverfahren zur Sicherstellung

(1) Auf Antrag des Arztes und nach Genehmigung durch die KVH kann

- (a) eine Anpassung des RLV/QZV bei einer **außergewöhnlich starken Erhöhung der Zahl der behandelten Versicherten** erfolgen, aufgrund
 - urlaubs- und krankheitsbedingter Vertretung eines Arztes der eigenen Berufsausübungsgemeinschaft
 - urlaubs- und krankheitsbedingter Vertretung eines Arztes einer Arztpraxis in der näheren Umgebung der Arztpraxis
 - Aufgabe einer Zulassung oder genehmigten Tätigkeit eines Arztes der eigenen Berufsausübungsgemeinschaft
 - Aufgabe einer Zulassung oder genehmigten Tätigkeit eines Arztes in der näheren Umgebung der Arztpraxis
 - eines außergewöhnlichen Grundes (z. B. Krankheit des Arztes, Praxisschließungen), der zu einer niedrigeren Fallzahl des Arztes im Vorjahresquartal geführt hat.
- (b) eine Anpassung des RLV/QZV bei Vorliegen von **Praxisbesonderheiten** erfolgen. Praxisbesonderheiten setzen eine im Leistungsangebot der Praxis zum Ausdruck kommende Spezialisierung und eine von der Typik der Arztgruppe abweichende Praxisausrichtung mit signifikantem Einfluss auf den Anteil der im Spezialisierungsbereich abgerechneten Leistungen im Verhältnis zum Gesamtleistungsbedarf voraus.
- (c) eine Anpassung der RLV/QZV aus **sonstigen Gründen der Sicherstellung** erfolgen.
- (d) die **Zuordnung zu Arztgruppen** für die RLV-Zuweisung erfolgen.

(2) Die Anträge sind bei der KVH schriftlich einzureichen und zu begründen. Sie sind quartalsbezogen zu stellen. Für das betreffende Quartal können sie bis zum Ablauf der Widerspruchsfrist zur Honorarabrechnung bzw. bis zur Beendigung eventueller Widerspruchs- und Klagverfahren zur Honorarabrechnung des betreffenden Quartals gestellt werden. Eine Antragstellung für bestandskräftig abgeschlossene Abrechnungsquartale ist ausgeschlossen. Über die Genehmigung der Anträge entscheidet die KVH nach pflichtgemäßem Ermessen.

(3) Die Sachverhalte gem. Abs. 1 können ausschließlich im Rahmen der Antragsverfahren geltend gemacht werden. Widersprüche gegen RLV-Zuweisungen oder Honorarabrechnungen sind nicht zulässig, soweit sie sich inhaltlich auf die antragsgebundenen Sachverhalte gem. Abs. 1 beziehen und die Antragsverfahren noch nicht bestandskräftig abgeschlossen sind. Die Anträge werden unabhängig von Widersprüchen gegen RLV-Zuweisungen oder Honorarbescheide bearbeitet, die aus anderweitigen Gründen eingelegt wurden. Zu den Anträgen ergehen gesonderte rechtsbehelfsfähige Bescheide. Eventuelle Nachvergütungen aus Antragsbescheiden erfolgen auch bei Bestandskraft der betroffenen Honorarabrechnungsquartale.

Abschnitt 5

Schlussbestimmungen

§ 32

Inkrafttreten, Veröffentlichung, Anpassungen

(1) Dieser VM tritt am Tage der Veröffentlichung mit Wirkung ab dem 3. Quartal 2012 in Kraft. Änderungen des VM treten am Tage der Veröffentlichung nach Maßgabe der Regelung des Änderungsbeschlusses in Kraft.

(2) § 29 VM findet auf Zuweisungen für Abrechnungsquartale ab dem 3. Quartal 2012 Anwendung.

(3) Die verbindlichen Vorgaben der KBV nach § 87b Abs. 4 SGB V und deren Änderungen finden auf die Honorarverteilung unmittelbar Anwendung, soweit sie den Kassenärztlichen Vereinigungen keine inhaltlichen Entscheidungsspielräume gewähren. Die nach den Vorgaben gegebenenfalls erforderlichen Anpassungen dieses VM werden vom Vorstand vorgenommen. Die Vertreterversammlung wird über die Anpassungen unterrichtet. Die Anpassungen werden von der Vertreterversammlung zum nächstmöglichen Zeitpunkt bestätigt. Die Anpassungen werden entsprechend § 62 Abs. 1 der Satzung veröffentlicht.

Anlage 1 Arztgruppenliste ab dem Quartal 3/2013

| | RLV-Arztgruppenbezeichnung | ART |
|----|---|------------------|
| 1 | Fachärzte für Anästhesiologie | RLV |
| 2 | Ausschließlich bzw. weit überwiegend schmerztherapeutisch tätige Vertragsärzte gemäß der Präambel 30.7 Nr. 6 EBM | RLV |
| 3 | Fachärzte für Augenheilkunde | RLV |
| 4 | Fachärzte für Chirurgie | RLV |
| 5 | Fachärzte für Plastische Chirurgie | RLV |
| 6 | Fachärzte für Frauenheilkunde | RLV |
| 7 | Fachärzte für Frauenheilkunde mit fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin | RLV |
| 8 | Fachärzte für Frauenheilkunde mit (Versorgungs-)Schwerpunkt Onkologie | RLV |
| 9 | Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Phoniater und Pädaudiologen | RLV |
| 10 | Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten | RLV |
| 11 | Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt sowie mit (Versorgungs-)Schwerpunkt Endokrinologie, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören sowie Fachärztliche Internisten mit (Versorgung-)Schwerpunkt Angiologie | RLV |
| 12 | Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgung-)Schwerpunkt Gastroenterologie | RLV |
| 13 | Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgung-)Schwerpunkt Hämato-/Onkologie | RLV |
| 14 | Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgung-)Schwerpunkt Kardiologie | RLV |
| 15 | Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgung-)Schwerpunkt Pneumologie | RLV |
| 16 | Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgung-)Schwerpunkt Rheumatologie | RLV |
| 17 | Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgung-)Schwerpunkt Nephrologie | RLV |
| 18 | Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin | RLV |
| 19 | Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie | RLV |
| 20 | Fachärzte für Neurologie, Fachärzte für Nervenheilkunde, Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie und Nervenärzte | RLV |
| 21 | Fachärzte für Psychiatrie mit einem Anteil an Leistungen der Richtlinie-Psychotherapie im Vorjahresquartal von mehr als 30% | RLV |
| 22 | Fachärzte für Psychiatrie mit einem Anteil an Leistungen der Richtlinie-Psychotherapie im Vorjahresquartal von höchstens 30% | RLV |
| 23 | Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie | RLV |
| 24 | Neurochirurgen | RLV |
| 25 | Fachärzte für Orthopädie | RLV |
| 26 | Fachärzte für Radiologie | RLV |
| 27 | Fachärzte für Strahlentherapie | RLV |
| 28 | Fachärzte für Urologie | RLV |
| 29 | Fachärzte für Nuklearmedizin | RLV |
| 30 | Fachärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin | RLV |
| 31 | Fachärzte für Innere- und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören | RLV |
| 32 | Fachärzte für Innere- und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören und von der KV Hamburg als diabetologische Schwerpunktpraxis anerkannt sind | RLV |
| 33 | Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie | Kapazitätsgrenze |
| 34 | Ausschließlich psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte | Kapazitätsgrenze |
| 35 | Psychologische Psychotherapeuten | Kapazitätsgrenze |
| 36 | Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten | Kapazitätsgrenze |

Anlage 2

QZV-Liste ab dem Quartal 3/2013

| | Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen (QZV) | RLV - Arztgruppe | Art des QZV | Gebührenordnungspositionen des EBM |
|----|--|------------------|----------------------|--|
| 1 | Narkosen bei zahnärztlicher Behandlung | Anästhesisten | leistungsfallbezogen | 05330, 05331, 05340, 05341, 05350 |
| 2 | Schmerzth. Spezielle Behandlung | Anästhesisten | leistungsfallbezogen | 30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760 |
| 3 | Elektroophthalmologie | Augenärzte | leistungsfallbezogen | 06312 |
| 4 | Fluoreszenzangiographie | Augenärzte | leistungsfallbezogen | 06331 |
| 5 | Sehschule | Augenärzte | leistungsfallbezogen | 06320, 06321 |
| 6 | Behandlung des diab. Fußes | Chirurgen | leistungsfallbezogen | 02311 |
| 7 | Behandlung von Hämorrhoiden | Chirurgen | leistungsfallbezogen | 30610, 30611 |
| 8 | Chirotherapie | Chirurgen | leistungsfallbezogen | 30200, 30201 |
| 9 | Dringende Besuche | Chirurgen | leistungsfallbezogen | 01411, 01412 |
| 10 | Gastroenterologie I | Chirurgen | leistungsfallbezogen | 13400, 13401, 13402, 13410, 13411, 13412 |
| 11 | Phlebologie | Chirurgen | leistungsfallbezogen | 30500, 30501 |
| 12 | Physikalische Therapie | Chirurgen | leistungsfallbezogen | 30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 30431, 30400A, 30401A, 30402A, 30410A, 30411A, 30420A, 30421A, 30431A |
| 13 | Proktologie | Chirurgen | leistungsfallbezogen | 30600, 30601 |
| 14 | Psychosomatik | Chirurgen | leistungsfallbezogen | 35100, 35110, 35111, 35113, 35120 |
| 15 | Schmerzth. Spezielle Behandlung | Chirurgen | leistungsfallbezogen | 30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760 |
| 16 | Sonographie I | Chirurgen | leistungsfallbezogen | 33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092 |
| 17 | Sonographie III | Chirurgen | leistungsfallbezogen | 33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076 |

| | | | | |
|----|----------------------------------|--|----------------------|---|
| | | | | 34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503 |
| 18 | Teilradiologie | Chirurgen | leistungsfallbezogen | |
| 19 | Ulcus Cruris, CVI | Chirurgen | leistungsfallbezogen | 02312, 02313 |
| 20 | Unvorhergesehene Inanspruchnahme | Chirurgen | leistungsfallbezogen | 01100, 01101, 01102 |
| 21 | Akupunktur | Fachärzte für Neurologie, Fachärzte für Nervenheilkunde, Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie, Nervenärzte | leistungsfallbezogen | 30790, 30791 |
| 22 | Dopplersonographie | Fachärzte für Neurologie, Fachärzte für Nervenheilkunde, Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie, Nervenärzte | leistungsfallbezogen | 33060, 33061, 33062, 33063, 33064 |
| 23 | Duplexsonographie | Fachärzte für Neurologie, Fachärzte für Nervenheilkunde, Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie, Nervenärzte | leistungsfallbezogen | 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076 |
| 24 | Heimbetreuung | Fachärzte für Neurologie, Fachärzte für Nervenheilkunde, Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie, Nervenärzte | leistungsfallbezogen | 16231, 21231 |
| 25 | Richtlinienpsychotherapie I | Fachärzte für Nervenheilkunde, Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie, Nervenärzte | leistungsfallbezogen | 35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150 |
| 26 | Akupunktur | Fachärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin | leistungsfallbezogen | 30790, 30791 |
| 27 | Schmerzth. Spezielle Behandlung | Fachärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin | leistungsfallbezogen | 30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760 |

| | | | | |
|----|------------------------------|--|----------------------|---|
| 28 | Teilradiologie | Fachärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin | leistungsfallbezogen | 34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503 |
| 29 | Behandlung von Hämorrhoiden | Fachärztliche Internisten mit SP Gastroenterologie | leistungsfallbezogen | 30610, 30611 |
| 30 | Praxisklinische Betreuung | Fachärztliche Internisten mit SP Gastroenterologie | leistungsfallbezogen | 01510, 01511, 01512 |
| 31 | Proktologie | Fachärztliche Internisten mit SP Gastroenterologie | leistungsfallbezogen | 30600, 30601 |
| 32 | Psychosomatik | Fachärztliche Internisten mit SP Gastroenterologie | leistungsfallbezogen | 35100, 35110, 35111, 35113, 35120 |
| 33 | Sonographie II | Fachärztliche Internisten mit SP Gastroenterologie | leistungsfallbezogen | 33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040 |
| 34 | Sonographie III | Fachärztliche Internisten mit SP Gastroenterologie | leistungsfallbezogen | 33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076 |
| 35 | Gastroenterologie I | Fachärztliche Internisten mit SP Hämatologie/Onkologie | leistungsfallbezogen | 13400, 13401, 13402, 13410, 13411, 13412 |
| 36 | Praxisklinische Betreuung 2h | Fachärztliche Internisten mit SP Hämatologie/Onkologie | leistungsfallbezogen | 01510 |
| 37 | Praxisklinische Betreuung 4h | Fachärztliche Internisten mit SP Hämatologie/Onkologie | leistungsfallbezogen | 01511 |
| 38 | Praxisklinische Betreuung 6h | Fachärztliche Internisten mit SP Hämatologie/Onkologie | leistungsfallbezogen | 01512 |
| 39 | Psychosomatik | Fachärztliche Internisten mit SP Hämatologie/Onkologie | leistungsfallbezogen | 35100, 35110, 35111, 35113, 35120 |
| 40 | Transfusionen | Fachärztliche Internisten mit SP Hämatologie/Onkologie | leistungsfallbezogen | 02110, 02111 |
| 41 | Angiographie | Fachärztliche Internisten mit SP Kardiologie | leistungsfallbezogen | 01530, 01531, 34283, 34284, 34285, 34286, 34287 |
| 42 | Koronarangiographie | Fachärztliche Internisten mit SP Kardiologie | leistungsfallbezogen | 01520, 34291 |

| | | | | |
|----|-------------------------------------|--|----------------------|---|
| 43 | Teilradiologie | Fachärztliche Internisten mit SP Kardiologie | RLV-Fallbezogen | 34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503 |
| 44 | Zuschlag Intervention (PTCA, Stent) | Fachärztliche Internisten mit SP Kardiologie | leistungsfallbezogen | 01521, 34292 |
| 45 | CAPD | Fachärztliche Internisten mit SP Nephrologie | leistungsfallbezogen | 13611 |
| 46 | Transplantationsnachsorge | Fachärztliche Internisten mit SP Nephrologie | leistungsfallbezogen | 13601 |
| 47 | Bronchoskopie | Fachärztliche Internisten mit SP Pneumologie | leistungsfallbezogen | 13662, 13663, 13664, 13670 |
| 48 | Polysomnographie | Fachärztliche Internisten mit SP Pneumologie | leistungsfallbezogen | 30901 |
| 49 | Teilradiologie | Fachärztliche Internisten mit SP Pneumologie | leistungsfallbezogen | 34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503 |
| 50 | Praxisklinische Betreuung | Fachärztliche Internisten mit SP Rheumatologie | leistungsfallbezogen | 01510, 01511, 01512 |
| 51 | Psychosomatik | Fachärztliche Internisten mit SP Rheumatologie | leistungsfallbezogen | 35100, 35110, 35111, 35113, 35120 |
| 52 | Sonographie I | Fachärztliche Internisten mit SP Rheumatologie | leistungsfallbezogen | 33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092 |
| 53 | Teilradiologie | Fachärztliche Internisten mit SP Rheumatologie | leistungsfallbezogen | 34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503 |

| | | | | |
|----|-----------------------------------|---|----------------------|----------------------------|
| 54 | Behandlung des diab. Fußes | Fachärztliche Internisten ohne SP und mit SP Endokrinologie sowie Fachärztliche Internisten mit SP Angiologie | leistungsfallbezogen | 02311 |
| 55 | Behandlung von Hämorrhoiden | Fachärztliche Internisten ohne SP und mit SP Endokrinologie sowie Fachärztliche Internisten mit SP Angiologie | leistungsfallbezogen | 30610, 30611 |
| 56 | Dringende Besuche | Fachärztliche Internisten ohne SP und mit SP Endokrinologie sowie Fachärztliche Internisten mit SP Angiologie | leistungsfallbezogen | 01411, 01412 |
| 57 | Herzschrittmacherkontrolle | Fachärztliche Internisten ohne SP und mit SP Endokrinologie sowie Fachärztliche Internisten mit SP Angiologie | leistungsfallbezogen | 13552 |
| 58 | Kardiorespiratorische Polygraphie | Fachärztliche Internisten ohne SP und mit SP Endokrinologie sowie Fachärztliche Internisten mit SP Angiologie | leistungsfallbezogen | 30900 |
| 59 | Kleinchirurgie | Fachärztliche Internisten ohne SP und mit SP Endokrinologie sowie Fachärztliche Internisten mit SP Angiologie | leistungsfallbezogen | 02300, 02301, 02302, 02310 |
| 60 | Langzeit-EKG | Fachärztliche Internisten ohne SP und mit SP Endokrinologie sowie Fachärztliche Internisten mit SP Angiologie | leistungsfallbezogen | 13252, 13253 |
| 61 | Phlebologie | Fachärztliche Internisten ohne SP und mit SP Endokrinologie sowie Fachärztliche Internisten mit SP Angiologie | leistungsfallbezogen | 30500, 30501 |
| 62 | Proktologie | Fachärztliche Internisten ohne SP und mit SP Endokrinologie sowie Fachärztliche Internisten mit SP Angiologie | leistungsfallbezogen | 30600, 30601 |

| | | | | |
|----|-----------------------------------|---|----------------------|---|
| 63 | Psychosomatik | Fachärztliche Internisten ohne SP und mit SP Endokrinologie sowie Fachärztliche Internisten mit SP Angiologie | leistungsfallbezogen | 35100, 35110, 35111, 35113, 35120 |
| 64 | Sonographie I | Fachärztliche Internisten ohne SP und mit SP Endokrinologie sowie Fachärztliche Internisten mit SP Angiologie | leistungsfallbezogen | 33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092 |
| 65 | Sonographie II | Fachärztliche Internisten ohne SP und mit SP Endokrinologie sowie Fachärztliche Internisten mit SP Angiologie | leistungsfallbezogen | 33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040 |
| 66 | Sonographie III | Fachärztliche Internisten ohne SP und mit SP Endokrinologie sowie Fachärztliche Internisten mit SP Angiologie | leistungsfallbezogen | 33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076 |
| 67 | Teilradiologie | Fachärztliche Internisten ohne SP und mit SP Endokrinologie sowie Fachärztliche Internisten mit SP Angiologie | leistungsfallbezogen | 34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503 |
| 68 | Ulcus Cruris, CVI | Fachärztliche Internisten ohne SP und mit SP Endokrinologie sowie Fachärztliche Internisten mit SP Angiologie | leistungsfallbezogen | 02312, 02313 |
| 69 | Angiologie | Fachärztliche Internisten ohne SP und mit SP Endokrinologie sowie Fachärztliche Internisten mit SP Angiologie | leistungsfallbezogen | 13300, 13301, 13310, 13311 |
| 70 | Inkontinenzbehandlung | Frauenärzte | leistungsfallbezogen | 08310, 08311 |
| 71 | kurative Mammographie | Frauenärzte | leistungsfallbezogen | 34270, 34271, 34272, 37273 |
| 72 | Mamma - Sonographie, Stanzbiopsie | Frauenärzte | leistungsfallbezogen | 08320, 33041 |
| 73 | Psychosomatik | Frauenärzte | leistungsfallbezogen | 35100, 35110, 35111, 35113, 35120 |
| 74 | Richtlinienpsychotherapie I | Frauenärzte | leistungsfallbezogen | 35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150 |

| | | | | |
|----|-----------------------------------|-----------------------------------|----------------------|--|
| 75 | Richtlinienpsychotherapie II | Frauenärzte | leistungsfallbezogen | 35200, 35201, 35202, 35203, 35210, 35211, 35220, 35221, 35222, 35223, 35224, 35225 |
| 76 | Sonographie III | Frauenärzte | leistungsfallbezogen | 33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076 |
| 77 | Unvorhergesehene Inanspruchnahme | Frauenärzte | leistungsfallbezogen | 01100, 01101, 01102 |
| 78 | Zytologie | Frauenärzte | leistungsfallbezogen | 19310, 19311, 19312, 19331 |
| 79 | Mamma - Sonographie, Stanzbiopsie | Frauenärzte mit SP Onkologie | leistungsfallbezogen | 08320, 33041 |
| 80 | Praxisklinische Betreuung | Frauenärzte mit SP Onkologie | leistungsfallbezogen | 01510, 01511, 01512 |
| 81 | Psychosomatik | Frauenärzte mit SP Onkologie | leistungsfallbezogen | 35100, 35110, 35111, 35113, 35120 |
| 82 | Unvorhergesehene Inanspruchnahme | Frauenärzte mit SP Onkologie | leistungsfallbezogen | 01100, 01101, 01102 |
| 83 | Zytologie | Frauenärzte mit SP Onkologie | leistungsfallbezogen | 19310, 19311, 19312, 19331 |
| 84 | Psychosomatik | Frauenärzte mit WB Endokrinologie | leistungsfallbezogen | 35100, 35110, 35111, 35113, 35120 |
| 85 | Reproduktionsmedizin | Frauenärzte mit WB Endokrinologie | leistungsfallbezogen | 08230 |
| 86 | Sonographie III | Frauenärzte mit WB Endokrinologie | leistungsfallbezogen | 33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076 |
| 87 | Unvorhergesehene Inanspruchnahme | Frauenärzte mit WB Endokrinologie | leistungsfallbezogen | 01100, 01101, 01102 |
| 88 | Akupunktur | Hausärzte | leistungsfallbezogen | 30790, 30791 |
| 89 | Chirotherapie | Hausärzte | leistungsfallbezogen | 30200, 30201 |
| 90 | Kleinchirurgie | Hausärzte | leistungsfallbezogen | 02300, 02301, 02302, 02310 |
| 91 | Langzeit-Blutdruckmessung | Hausärzte | leistungsfallbezogen | 03324 |
| 92 | Langzeit-EKG | Hausärzte | leistungsfallbezogen | 03241, 03322 |
| 93 | Psychosomatik | Hausärzte | leistungsfallbezogen | 35100, 35110, 35111, 35113, 35120 |
| 94 | Richtlinienpsychotherapie I | Hausärzte | leistungsfallbezogen | 35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150 |
| 95 | Richtlinienpsychotherapie II | Hausärzte | leistungsfallbezogen | 35200, 35201, 35202, 35203, 35210, 35211, 35220, 35221, 35222, 35223, 35224, 35225 |
| 96 | Dringende Besuche | Hausärzte | leistungsfallbezogen | 01411, 01412 |
| 97 | Ergometrie | Hausärzte | leistungsfallbezogen | 03321 |
| 98 | Proktologie | Hausärzte | leistungsfallbezogen | 03331, 03332, 30600, 30601 |

| | | | | |
|-----|--------------------------------------|---|----------------------|---|
| 99 | Sonographie | Hausärzte | leistungsfallbezogen | 33060, 33061, 33062, 33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092 |
| 100 | Spirometrie | Hausärzte | leistungsfallbezogen | 03330 |
| 101 | Ergometrie | Hausärzte (Schwerpunkt-diabetologen) | leistungsfallbezogen | 03321 |
| 102 | Kleinchirurgie | Hausärzte (Schwerpunkt-diabetologen) | leistungsfallbezogen | 02300, 02301, 02302, 02310 |
| 103 | Langzeit-Blutdruckmessung | Hausärzte (Schwerpunkt-diabetologen) | leistungsfallbezogen | 03324 |
| 104 | Sonographie I | Hausärzte (Schwerpunkt-diabetologen) | leistungsfallbezogen | 33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092 |
| 105 | Phoniatrie, Pädaudiologie | HNO-Ärzte, FÄ für Phoniatrie, Pädaudiologie | leistungsfallbezogen | 20210, 20211, 20212, 20310, 20312, 20313, 20314, 20320, 20321, 20322, 20323, 20324, 20325, 20326, 20327, 20330, 20331, 20332, 20333, 20334, 20335, 20336, 20340, 20350, 20351, 20352, 20353, 20360, 20361, 20370, 20371 |
| 106 | Neurophysiologische Übungsbehandlung | Kinder- und Jugendpsychiater | leistungsfallbezogen | 30300, 30301, 30300A, 30301A |
| 107 | Psychosomatik | Kinder- und Jugendpsychiater | leistungsfallbezogen | 35100, 35110, 35111, 35113, 35120 |
| 108 | Richtlinienpsychotherapie I | Kinder- und Jugendpsychiater | leistungsfallbezogen | 35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150 |
| 109 | Allergologie | Kinderärzte | leistungsfallbezogen | 30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123 |
| 110 | Hyposensibilisierung | Kinderärzte | leistungsfallbezogen | 30130 |
| 111 | Kinderkardiologie | Kinderärzte | leistungsfallbezogen | 04410, 04418, 04419, 04420, 33073, 33075 |
| 112 | Neuropädiatrie | Kinderärzte | leistungsfallbezogen | 04430, 04431, 04433, 04434, 04435, 04436, 04437, 04439 |
| 113 | Pädiatrische Pneumologie | Kinderärzte | leistungsfallbezogen | 04530, 04532, 04534, 04535, 04536, 04537 |
| 114 | Pädiatrische Rheumatologie | Kinderärzte | leistungsfallbezogen | 04550, 04551 |
| 115 | Psychosomatik | Kinderärzte | leistungsfallbezogen | 35100, 35110, 35111, 35113, 35120 |
| 116 | Sonographie I | Kinderärzte | leistungsfallbezogen | 33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092, 33051 |
| 117 | Sonographie II | Kinderärzte | leistungsfallbezogen | 33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040 |
| 118 | Spirometrie | Kinderärzte | leistungsfallbezogen | 04330 |

| | | | | |
|-----|---|------------------|----------------------|---|
| 119 | CT-Intervention/Schmerztherapie | Neurochirurgen | leistungsfallbezogen | 30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760, 34311, 34502 |
| 120 | Teilradiologie | Neurochirurgen | leistungsfallbezogen | 34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503 |
| 121 | SPECT | Nuklearmediziner | leistungsfallbezogen | 17362, 17363 |
| 122 | MRT-Angiographie | Nuklearmediziner | leistungsfallbezogen | 34470, 34475, 34480, 34485, 34486, 34489, 34490, 34492 |
| 123 | MRT | Nuklearmediziner | leistungsfallbezogen | 34420, 34421, 34422, 34430, 34431, 34440, 34441 |
| 124 | Myokardszintigraphie in Ruhe | Nuklearmediziner | leistungsfallbezogen | 17331, 17333 |
| 125 | Myokardszintigraphie mit Belastung | Nuklearmediziner | leistungsfallbezogen | 17330, 17332 |
| 126 | Planare Szintigraphie | Nuklearmediziner | leistungsfallbezogen | 17310, 17311, 17312, 17360 |
| 127 | Schilddrüsenszintigraphie | Nuklearmediziner | leistungsfallbezogen | 17320 |
| 128 | Sonographie SD/HWT | Nuklearmediziner | leistungsfallbezogen | 33011, 33012 |
| 129 | Nuklearmedizinische Therapie | Nuklearmediziner | leistungsfallbezogen | 17371, 17372, 17373 |
| 130 | Akupunktur | Orthopäden | leistungsfallbezogen | 30790, 30791 |
| 131 | Neurophysiologische Übungshandlung | Orthopäden | leistungsfallbezogen | 30300, 30301, 30300A, 30301A |
| 132 | Psychosomatik | Orthopäden | leistungsfallbezogen | 35100, 35110, 35111, 35113, 35120 |
| 133 | Sonographie I | Orthopäden | leistungsfallbezogen | 33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092 |
| 134 | Teilradiologie | Orthopäden | leistungsfallbezogen | 34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503 |
| 135 | Verordnung von medizinischer Rehabilitation | Orthopäden | leistungsfallbezogen | 01611 |

| | | | | |
|-----|---------------------------------|--|----------------------|--|
| 136 | Chirotherapie | Orthopäden | leistungsfallbezogen | 30200, 30201 |
| 137 | Physikalische Therapie | Orthopäden | leistungsfallbezogen | 30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 30431, 30400A, 30401A, 30402A, 30410A, 30411A, 30420A, 30421A, 30431A |
| 138 | Psychosomatik | Plastische Chirurgen | leistungsfallbezogen | 35100, 35110, 35111, 35113, 35120 |
| 139 | Richtlinienpsychotherapie I | Psychiater mit mehr als 30% PT Anteil | leistungsfallbezogen | 35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150 |
| 140 | Heimbetreuung | Psychiater mit weniger als 30% PT Anteil | leistungsfallbezogen | 16231, 21231 |
| 141 | Richtlinienpsychotherapie I | Psychiater mit weniger als 30% PT Anteil | leistungsfallbezogen | 35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150 |
| 142 | Angiographie | Radiologen | leistungsfallbezogen | 01530, 01531, 34283, 34285, 34286, 34287, 34284 |
| 143 | CT | Radiologen | leistungsfallbezogen | 34310, 34311, 34312, 34320, 34321, 34322, 34330, 34340, 34341, 34342, 34343, 3344, 34345, 34350, 34351, 34360 |
| 144 | CT-Intervention | Radiologen | leistungsfallbezogen | 34502 |
| 145 | konventionelles Röntgen | Radiologen | leistungsfallbezogen | 34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503, 34600 |
| 146 | kurative Mammographie | Radiologen | leistungsfallbezogen | 34270, 34271, 37272, 34273 |
| 147 | Mamma-Sonographie, Stanzbiopsie | Radiologen | leistungsfallbezogen | 08320, 33041 |
| 148 | MRT / MRT Angiographie | Radiologen | leistungsfallbezogen | 34410, 34411, 34420, 34421, 34422, 34430, 34431, 34440, 34441, 34442, 34450, 34451, 34452, 34460, 34470, 34475, 34480, 34485, 34486, 34489, 34490, 34492 |
| 149 | Nuklearmedizin | Radiologen | leistungsfallbezogen | 17210, 17214, 17310, 17311, 17312, 17320, 17321, 17330, 17331, 17332, 17333, 17340, 17341, 17350, 17351, 17360, 17361, 17362, 17363, 17371, 17372, 17373 |

| | | | | |
|-----|---|---------------------|----------------------|---|
| | | | | 33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092, 33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040, 33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076, 33051 |
| 150 | Sonographie | Radiologen | leistungsfallbezogen | |
| 151 | Akupunktur | Schmerztherapeuten | leistungsfallbezogen | 30790, 30791 |
| 152 | Bestrahlungsplanung | Strahlentherapeuten | leistungsfallbezogen | 34360 |
| 153 | Blasendruckmessung | Urologen | leistungsfallbezogen | 26312, 26313 |
| 154 | Dringende Inanspruchnahme | Urologen | leistungsfallbezogen | 01100, 01101, 01102, 01411, 01412 |
| 155 | ESWL | Urologen | leistungsfallbezogen | 26330 |
| 156 | Praxisklinische Betreuung | Urologen | leistungsfallbezogen | 01510, 01511, 01512 |
| 157 | Proktologie | Urologen | leistungsfallbezogen | 30600, 30601 |
| 158 | Prostatabiopsie unter qualifizierter Ultraschallsicht | Urologen | leistungsfallbezogen | 26341, 33090, 33092 (in Kombination) |
| 159 | Psychosomatik | Urologen | leistungsfallbezogen | 35100, 35110, 35111, 35113, 35120 |
| 160 | Teilradiologie | Urologen | leistungsfallbezogen | 34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503 |
| 161 | transkavitäre Sonographie | Urologen | leistungsfallbezogen | 33090 |
| 162 | Zytologie | Urologen | leistungsfallbezogen | 19310, 19311, 19312 |

Anlage 3 Berechnungsvorgaben

Anlage 3 Teil 1

Berechnung des arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumens (vormals BA-Beschluss Teil F Anlage 5)

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

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

LB_{VB} : Zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannter Leistungsbedarf in Punkten in 2008 ohne Leistungen nach § 6 Abs. 1 (a), (b), (c) VM und §§ 14-18 VM, ggf. unter Berücksichtigung der EBM-Anpassungsfaktoren gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 15. Sitzung am 2. September 2009, Beschluss Teil B, Nr. 1.4 sowie gemäß 2. aller Arztgruppen gemäß Anlage 2 des Versorgungsbereichs

LB_{AG} : Zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannter Leistungsbedarf in Punkten in 2008 ohne Leistungen nach Abschnitt I., Ziffer 2.4 erster Absatz und 2.5, ggf. multipliziert mit den EBM-Anpassungsfaktoren gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 15. Sitzung am 2. September 2009, Beschluss Teil B, Nr. 1.4 sowie gemäß 2. einer Arztgruppe

AG : Arztgruppe gemäß Anlage 1

VV_{VB}^{RLV} : Versorgungsbereichsspezifisches RLV-Verteilungsvolumen gemäß § 6 VM

2. Berücksichtigung von Veränderungen der Bewertung ärztlicher Leistungen des EBM seit 2009 durch Anpassungsfaktoren

Die Anpassungsfaktoren werden wie folgt festgelegt:

| Sachverhalt | Arztgruppe | Anpassungsfaktor |
|--|---|------------------|
| Einführung der Grundpauschale für Nervenärzte (GOP 21213 bis 21215) | Fachärzte für Nervenheilkunde | 1,1594 |
| Ausgliederung der Entwicklungsdiagnostik (GOP 04350 bis 04354) aus der Versichertenpauschale der Kinder- und Jugendärzte | Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin | 1,0298 |
| Ausgliederung einer Gesprächsleistung | Fachärzte für Neurologie | 1,0470 |

| | | |
|--|--|--------|
| Berücksichtigung höherer Frequenzen von Gesprächsleistungen | Fachärzte für Nervenheilkunde, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Fachärzte für Kinder und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie | 1,2425 |
| Bereinigung der Grundpauschalen aufgrund der Einführung onkologischer Zusatzpauschalen | Fachärzte für Chirurgie, Kinderchirurgie, Plastische Chirurgie | 0,9974 |
| | Frauenheilkunde, Frauenheilkunde mit fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin | 0,9761 |
| | Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde | 0,9983 |
| | Haut- und Geschlechtskrankheiten | 0,9801 |
| | Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie | 0,9978 |
| | Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie | 0,9989 |
| | Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie | 0,9327 |
| | Urologie | 0,9359 |
| Einführung neuer Leistungen (Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 262. Sitzung) | Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Phoniater und Pädaudiologen | 1,1284 |

Anlage 3 Teil 2**Berechnung der arztgruppenspezifischen Vergütungsbereiche
(vormals BA-Beschluss Teil F Anlage 6)****1. Berechnung des arztgruppenspezifischen Vergütungsbereichs für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der Regelleistungsvolumen (RLV_{AG})**

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

LB_{AG}^{RLV} : Zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannter Leistungsbedarf in Punkten in 2008 einer Arztgruppe derjenigen Leistungen, die innerhalb der Regelleistungsvolumen vergütet werden, ggf. unter Berücksichtigung der EBM-Anpassungsfaktoren gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 15. Sitzung am 2. September 2009, Beschluss Teil B, Nr. 1.4 sowie des sich aus den Anpassungsfaktoren der Anlage 3 Teil 1 Ziff. 2 VM für die entsprechende Arztgruppe ergebenden Punktzahlvolumens.

LB_{AG}: Zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannter Leistungsbedarf in Punkten in 2008 ohne Leistungen nach § 6 Abs. 1 (a), (b), (c) VM und §§ 14-18 VM, ggf. multipliziert mit den EBM-Anpassungsfaktoren gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 15. Sitzung am 2. September 2009, Beschluss Teil B, Nr. 1.4 sowie gemäß Anlage 3 Teil 1 Ziff. 2 VM einer Arztgruppe.

VV_{AG}: Arztgruppenspezifisches RLV/QZV-Verteilungsvolumen gemäß § 8 VM

AG: Arztgruppen gemäß Anlage 1

Der arztgruppenspezifische Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der Regelleistungsvolumen (RLV_{AG}) ist maximal in der Höhe des arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumens gemäß § 8 VM festzulegen.

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

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

VV_{AG}: Arztgruppenspezifisches RLV/QZV-Verteilungsvolumen gemäß § 8 VM

RLV_{AG}: Arztgruppenspezifischer Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der Regelleistungsvolumen gemäß 1.

Anlage 3 Teil 3

Ermittlung des abgestaffelten Preises für die die RLV/QZV überschreitenden Leistungen (vormals BA-Beschluss Teil F Anlage 1)

1. Im jeweiligen Quartal werden versorgungsbereichsspezifisch die über die Regelleistungsvolumen und die qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen hinausgehenden Vergütungen festgestellt.
2. In demselben Quartal wird versorgungsbereichsspezifisch das Vergütungsvolumen für abgestaffelte Preise gemäß § 7 Abs. 1 Ziff. 2, Abs. 2 Ziff. 2 VM in Höhe von 2% des versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumens ermittelt.
3. Die Vergütung aus 2. wird durch die Vergütung aus 1. dividiert. Es entsteht eine Quote für die abgestaffelt zu vergütenden Leistungen.
4. Die über die Regelleistungsvolumen und die qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen hinausgehenden Vergütungen werden mit der Quote nach 3. multipliziert.

Anlage 3 Teil 4**Berechnung des RLV je Arzt
(vormals BA-Beschluss Teil F Anlage 7)****1. Berechnung des arztgruppenspezifischen Fallwertes gemäß § 22 Abs. 3 VM**

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

RLV_{AG}: Arztgruppenspezifischer Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der Regelleistungsvolumen gemäß Anlage 3 Teil 2 VM Ziffer 1.

FZ_{AG}: Anzahl der RLV-Fälle gemäß §§ 21 Abs. 4, 22 Abs. 2 VM einer Arztgruppe im Vorjahresquartal.

Regelung für Arztgruppen mit kleinen Besetzungszahlen

In den Arztgruppen der Fachärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie, Nuklearmedizin und Neurochirurgie wird zur Berücksichtigung der Veränderungen der Arztzahl im Zeitraum seit 2008 auf die RLV-Fallzahl der im entsprechenden Quartal des Jahres 2008 zugelassenen Ärzte abgestellt.

2. Berechnung des arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumens

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

FW_{AG}: Arztgruppenspezifischer Fallwert gemäß 1.

FZ_{Arzt}: Anzahl der RLV-Fälle eines Arztes gemäß §§ 21 Abs. 4, 22 Abs. 2 VM im Vorjahresquartal unter Berücksichtigung der Fallzahlsteuerung gemäß § 28 VM.

Das praxisbezogene Regelleistungsvolumen ergibt sich gemäß § 25 VM aus der Addition der Regelleistungsvolumen der Ärzte, die in der Arztpraxis tätig sind sowie der entsprechenden Zuschläge für Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinische Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten.

3. Morbiditätsbezogene Differenzierung des Regelleistungsvolumen nach Altersklassen gemäß § 22 Abs. 5 VM

- f =** KV-bezogener, arztgruppenspezifischer Leistungsbedarfs je RLV-Fall im Vorjahr aus Leistungen, die innerhalb des Regelleistungsvolumens vergütet werden, für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr
- g =** KV-bezogener, arztgruppenspezifischer Leistungsbedarfs je RLV-Fall im Vorjahr aus Leistungen, die innerhalb des Regelleistungsvolumens vergütet werden, für Versicherte ab dem 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr

- h =** KV-bezogener, arztgruppenspezifischer Leistungsbedarfs je RLV-Fall im Vorjahr aus Leistungen, die innerhalb des Regelleistungsvolumens vergütet werden, für Versicherte ab dem 60. Lebensjahr
- i =** KV-bezogener, arztgruppenspezifischer Leistungsbedarfs je RLV-Fall im Vorjahr aus Leistungen, die innerhalb des Regelleistungsvolumens vergütet werden, für alle Versicherten
- n_f =** Zahl der RLV-Fälle eines Arztes für die Behandlung von Versicherten bis zum vollendeten 5. Lebensjahr im Vorjahr
- n_g =** Zahl der RLV-Fälle eines Arztes für die Behandlung von Versicherten ab dem 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr im Vorjahr
- n_h =** Zahl der RLV-Fälle eines Arztes für die Behandlung von Versicherten ab dem 60. Lebensjahr im Vorjahr
- n =** Zahl der RLV-Fälle eines Arztes im Vorjahr

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

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

Die Differenzierung nach Altersgruppen entfällt für die Altersgruppen mit weniger als 50 RLV-Fällen pro Jahr in der Arztgruppe.

Anlage 3 Teil 5**Berechnung der QZV je Arzt
(vormals BA-Beschluss Teil F Anlage 8)****1. Berechnung des Vergütungsbereichs je qualifikationsgebundenem Zusatzvolumen für jede Arztgruppe**

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

QZV_{AG}: Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen in qualifikationsgebundenem Zusatzvolumen einer Arztgruppe gemäß Anlage 3 Teil 2 Ziffer 2 VM

LB_{AG}^i : Zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannter Leistungsbedarf in Punkten in 2008 einer Arztgruppe derjenigen Leistungen, die innerhalb eines qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen i vergütet werden ggf. multipliziert mit den EBM-Anpassungsfaktoren gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 15. Sitzung am 2. September 2009, Beschluss Teil B, Nr. 1.4 einer Arztgruppe.

LB_{AG}^{QZV} : Zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannter Leistungsbedarf in Punkten in 2008 derjenigen Leistungen, die innerhalb der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen einer Arztgruppe vergütet werden, ggf. multipliziert mit den EBM-Anpassungsfaktoren gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 15. Sitzung am 2. September 2009, Beschluss Teil B, Nr. 1.4 einer Arztgruppe.

i : Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen einer Arztgruppe gemäß Anlage 2

AG: Arztgruppe gemäß Anlage 2

2. Berechnung des qualifikationsgebundenen Zusatzvolumens**2.1 a) Berechnung des Fallwertes für ein qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen**

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

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

FZ_{AG}^i : Anzahl der RLV-Fälle gemäß §§ 21 Abs. 4, 22 Abs. 2 VM derjenigen Ärzte einer Arztgruppe, die Anspruch auf das qualifikationsgebundene Zusatzvolumen i haben

i: qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen einer Arztgruppe

Der sich nach dieser Berechnung ergebende QZV-Fallwert ist begrenzt auf den Anforderungsfallwert für die im QZV enthaltenen Leistungen im Vorjahresquartal. Hierdurch freiwerdende Honorarvolumina werden dem arztgruppenspezifischen Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der Regelleistungsvolumen gem. Anlage 3 Teil 2 Ziff. 1 zugeführt.

b) Berechnung des qualifikationsgebundenen Zusatzvolumens eines Arztes

$$QZV_{Arzt}^i = FW_{AG}^i \times FZ_{Arzt}^i$$

FZ_{Arzt}^i : Anzahl der RLV-Fälle gemäß §§ 21 Abs. 4, 22 Abs. 2 VM eines Arztes, der Anspruch auf das arztgruppenspezifische qualifikationsgebundene Zusatzvolumen i hat

2.2 Berechnung der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen je Leistungsfall

Die qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen können je Leistungsfall berechnet und zugewiesen werden. Ein Leistungsfall liegt vor, sofern im Behandlungsfall des Vorjahresquartals mindestens eine Leistung des Leistungskatalogs des entsprechenden qualifikationsgebundenen Zusatzvolumens abgerechnet worden ist.

Anlage 3 Teil 6

Durchschnittliche Vergütungsquoten

1. Es werden quartalsbezogen durchschnittliche Vergütungsquoten ermittelt
 - für die Arztgruppen der RLV/QZV-Verteilungsvolumina insgesamt (versorgungsbereichsübergreifende durchschnittliche Vergütungsquote)
 - für die Arztgruppen des versorgungsbereichsspezifischen hausärztlichen RLV/QZV-Verteilungsvolumens (hausärztliche durchschnittliche Vergütungsquote)
 - für die Arztgruppen des versorgungsbereichsspezifischen fachärztlichen RLV/QZV-Verteilungsvolumens (fachärztliche durchschnittliche Vergütungsquote)

2. Die durchschnittlichen Vergütungsquoten nach Ziff. 1 ergeben sich quartalsbezogen jeweils aus der Relation
 - des im Rahmen der Honorarabrechnung ausgezahlten Honorars in Euro für die den RLV/QZV unterliegenden Leistungen
 - zum für diese Leistungen angeforderten Leistungsbedarf in Euro.

Anhang: Vorgaben der KBV gemäß § 87b Abs. 4 SGB V:**Teil 1: Vorgaben Teil B – Anhang zu Teil B - Übergangsregelung
Stand: 11.06.2012 / 16.05.2013****Teil B****Vorgabe zur Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung – Berechnung des Verteilungsvolumens eines Versorgungsbereichs (VV_{VB})**

1. Die zutreffende kassenübergreifende unbereinigte morbiditätsbedingte Gesamtvergütung des entsprechenden Abrechnungsquartals stellt die Ausgangsgröße für die Ermittlung des versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumens dar und wird gemäß dem Anhang auf den haus- und den fachärztlichen Versorgungsbereich unter Berücksichtigung von 2. bis 5. sowie den Inhalten des Anhangs zu Teil B verteilt. Es entsteht jeweils ein haus- und ein fachärztliches (versorgungsbereichsspezifisches) Verteilungsvolumen.
2. Beim Wechsel des Versorgungsbereichs durch einen Vertragsarzt sind die Verteilungsvolumen der Versorgungsbereiche unbeschadet der Regelung nach 4. nicht anzupassen.
3. Vertragsärzte, die gemäß § 73 SGB V dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören und aus Gründen der Sicherstellung nach dem 1. Juli 2010 eine Genehmigung erhalten, in den Vereinbarungen gemäß § 6 Abs. 2 des Vertrages über die hausärztliche Versorgung genannte Leistungen abzurechnen, erhalten die Vergütungen für den abgerechneten Leistungsbedarf dieser Leistungen aus dem fachärztlichen Vergütungsanteil.
4. Vertragsärzte, die gemäß § 73 SGB V dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören, aus Gründen der Sicherstellung eine Genehmigung besitzen, nach dem 1. Januar 2003 in den Vereinbarungen gemäß § 6 Abs. 2 des Vertrages über die hausärztliche Versorgung genannte Leistungen abzurechnen, und den Versorgungsbereich wechseln, sind die Vergütungen für den abgerechneten Leistungsbedarf dieser Leistungen, soweit sie im Zeitraum vom 1. Januar 2009 bis zum 30. Juni 2010 aus dem Vergütungsvolumen des hausärztlichen Vergütungsbereichs gezahlt werden, quartalsweise auf der Basis des Vorjahresquartals im Vergütungsvolumen des hausärztlichen Versorgungsbereichs zu bereinigen und dem Vergütungsvolumen des fachärztlichen Versorgungsbereichs zuzuführen.
5. Sofern in den Jahren 2012 und 2013 die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung aufgrund der Aufnahme einer Vergütungsregelung für ärztliche Leistungen zur Diagnostik und ambulanten Eradikationstherapie von Trägern mit MRSA bereinigt wird, ist das hausärztliche Verteilungsvolumen um 70 vom Hundert des aufgrund der Aufnahme der o. g. Vergütungsregelung bereinigten Vergütungsvolumens und das fachärztliche Vergütungsvolumen um 30 vom Hundert des bereinigten Vergütungsvolumens zu reduzieren.

Anhang zu Teil B**Vorgabe zur Berechnung des versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumens**

Die Kassenärztlichen Vereinigungen ermitteln mit Wirkung ab dem 3. Abrechnungsquartal 2010 in jedem Abrechnungsquartal aus der für das Quartal zutreffenden kassenübergreifenden unbereinigten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung das versorgungsbereichsspezifische Verteilungsvolumen mit folgenden Schritten.

Die folgenden Berechnungen sind ohne Berücksichtigung von Bereinigungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) aufgrund des Beitritts von Versicherten zu einem Vertrag gemäß §§ 73b, 73c und 140d SGB V durchzuführen. Zur Umsetzung sind in den Schritten 3.), 8.a), 10.) und 18.) bei Vorliegen einer wirksamen Bereinigung für den Aufsatzzeitraum besondere Regelungen vorgesehen. Die Schritte 24.) ff. gelten nicht bei einer wirksamen Bereinigung im Vergleichszeitraum des Vorjahres.

Die Ermittlung der zutreffenden MGV für die Vorwegabzüge in den Schritten 17.) und 19.) erfolgt unter Berücksichtigung der Entwicklung der der MGV zugrundeliegenden Anzahl der Versicherten im Abrechnungsquartal gegenüber dem Vorjahresabrechnungsquartal. In Schritt 18.) ist die Entwicklung der Versichertenzahl im Abrechnungsquartal gegenüber dem entsprechenden Quartal des Jahres 2008 zu berücksichtigen.

Ermittlung des Trennungsfaktors

Schritt 1.) Feststellung der für die Abrechnungsquartale 1./2009 und 2./2009 insgesamt zutreffenden kassenübergreifenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV für bereichseigene und bereichsfremde Vertragsärzte und -psychotherapeuten) gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 15. Sitzung am 2. September 2009, Beschluss Teil B, Nr. 6. insgesamt für die im Abrechnungsquartal zutreffende Anzahl der Versicherten aller Krankenkassen mit Wohnsitz im Bereich des Bezirks der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung, für alle Vertragsärzte und -psychotherapeuten, MVZ, ermächtigten Ärzte, Einrichtungen, Krankenhäuser und Institutionen, für diejenigen ärztlichen Leistungen und Kostenerstattungen, die in der kassenübergreifenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 2. September 2009 enthalten sind.

(= MGV_{2009})

Schritt 2.) Feststellung der für die Abrechnungsquartale 1./2009 und 2./2009 insgesamt zutreffenden MGV (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 § 87b Abs. 2 Satz 6 SGB V genannten Arztgruppen.

(= TVG_{12009})

Schritt 3.) Feststellung der für die Abrechnungsquartale 1./2009 und 2./2009 insgesamt zutreffenden MGV (MGV für die entsprechende Behandlung bzw. Untersu-

chung von Material bereichseigener Versicherter durch bereichseigene und bereichsfremde Vertragsärzte) für

- die Konsiliar- und Grundpauschale für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin, ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin (GOP 12210 und 12220 EBM),
- die Grundpauschale für zur Abrechnung von Kostenerstattungen und Leistungen des Kapitels 32 EBM ermächtigte Laborärzte, Einrichtungen, Krankenhäuser und Institutionen (GOP 01320),
- die wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen des Kapitels 32 (GOP 32001),
- Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM.

(= TVG₂₂₀₀₉)

Vorgehen bei wirksamer Bereinigung im 1. und/oder 2. Quartal 2009 aufgrund des Beitritts von Versicherten zu einem Vertrag gemäß §§ 73b, 73c und 140d SGB V: Sofern im Aufsatzzeitraum 1./2009 und/oder 2./2009 aufgrund von Selektivverträgen keine vollständigen Daten zum o. g. Leistungsbereich vorliegen, sind zur Bemessung der zutreffenden MGV die Daten der Abrechnungsquartale 1./2007 und 2./2007 gemäß Schritt 8.) zu verwenden. Zur Berücksichtigung der bis zum vorgesehenen Aufsatzzeitraum 1./2009 und 2./2009 eingetretenen Weiterentwicklung des Leistungsbereichs ist der auf der Basis der Abrechnungsquartale 1./2007 und 2./2007 festgestellte Wert mit dem Faktor 1,049 zu multiplizieren.

Schritt 4.) Feststellung der für die Abrechnungsquartale 1./2009 und 2./2009 insgesamt zutreffenden MGV (MGV für die entsprechende Behandlung bereichseigener Versicherter durch bereichseigene und bereichsfremde Vertragsärzte) für die abgerechneten Leistungen und Kostenerstattungen des EBM bzw. vereinbarten Vergütungen ohne die Vergütung, die bereits mit Schritt 3. erfasst ist, für den von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung organisierten Not(fall)dienst.

(= TVG₃₂₀₀₉)

Schritt 5.) Feststellung der für die Abrechnungsquartale 1./2009 und 2./2009 insgesamt zutreffenden MGV (MGV für die entsprechende Behandlung bereichseigener Versicherter durch bereichseigene und bereichsfremde Ärzte, Institute und Krankenhäuser) für die Notfallbehandlung durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser während der Zeiten des organisierten Notdienstes gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 17. Sitzung am 16. Dezember 2009.

(= TVG₄₂₀₀₉)

Schritt 6.) Ermittlung der für den Trennungsfaktor zutreffenden trennungsrelevanten kassenübergreifenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

$$\text{Trennung}_{\text{VG}} = \text{MGV}_{2009} - \text{TVG}_{12009} - \text{TVG}_{22009} - \text{TVG}_{32009} - \text{TVG}_{42009}$$

[Formel 1]

Schritt 7.) Feststellung der für die Abrechnungsquartale 1./2009 und 2./2009 insgesamt für den hausärztlichen Versorgungsbereich zutreffenden kassenübergreifenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (dem hausärztlichen Versorgungsbereich zugeordnete MGV für bereichseigene und bereichsfremde Hausärzte) in der Abgrenzung wie in Schritt 1.

$$(\text{ = MGV}_{\text{HÄ}2009})$$

Schritt 8.) Ermittlung des für die Abrechnungsquartale 1./2007 und 2./2007 insgesamt zutreffenden Honorars (Honorar für die entsprechende Behandlung bzw. Untersuchung von Material bereichseigener und bereichsfremder Versicherter durch bereichseigene Vertragsärzte) für

- die Konsiliar- und Grundpauschale für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin, ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin (GOP 12210 und 12220 EBM),
- die Grundpauschale für der Abrechnung von Kostenerstattungen und Leistungen des Kapitels 32 EBM ermächtigte Ärzte, Einrichtungen, Krankenhäuser und Institutionen (GOP 01310 bis 01312),
- die wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen des Kapitels 32 (GOP 32001),
- Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM.

$$(\text{ = LAB}_{2007})$$

Schritt 8.a) Ermittlung des für die Abrechnungsquartale 1./2009 und 2./2009 insgesamt zutreffenden Honorars (Honorar für die entsprechende Behandlung bzw. Untersuchung von Material bereichseigener und bereichsfremder Versicherter durch bereichseigene Vertragsärzte) für

- die Konsiliar- und Grundpauschale für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin, ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin (GOP 12210 und 12220 EBM),

- die Grundpauschale für der Abrechnung von Kostenerstattungen und Leistungen des Kapitels 32 EBM ermächtigte Ärzte, Einrichtungen, Krankenhäuser und Institutionen (GOP 01320),
- die wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen des Kapitels 32 (GOP 32001),
- Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM.

(= LAB₂₀₀₉)

Bei wirksamer Bereinigung im 1. und/oder 2. Quartal 2009 aufgrund des Beitritts von Versicherten zu einem Vertrag gemäß §§ 73b, 73c und 140d SGB V entfällt Schritt 8.a).

Schritt 9.) Ermittlung des für die Abrechnungsquartale 1./2007 und 2./2007 insgesamt zutreffenden Honorars (Honorar für die entsprechende Behandlung bzw. Untersuchung von Material bereichseigener und bereichsfremder Versicherter durch bereichseigene Hausärzte) für die zur hausärztlichen Versorgung zu diesem Zeitpunkt zugelassenen Vertragsärzte für

- die wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen des Kapitels 32 (GOP 32001),
- Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM.

$LAB_{HÄ2007} = VG(\text{Kosten Kap.32})_{HÄ2007} + VG(\text{GOP 32001})_{HÄ2007}$

[Formel 2]

Schritt 10.) Ermittlung der für die Abrechnungsquartale 1./2009 und 2./2009 insgesamt zutreffenden MGV (MGV für die entsprechende Behandlung bzw. Untersuchung von Material bereichseigener Versicherter durch bereichseigene und bereichsfremde Hausärzte) für die zur hausärztlichen Versorgung zu diesem Zeitpunkt zugelassenen Vertragsärzte für

- die wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen des Kapitels 32 (GOP 32001),
- Leistungen und Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM.

$TVG_{2HÄ2009} = LAB_{HÄ2007} / LAB_{2007} \times LAB_{2009} - LFKZ_{HÄ2009}$

[Formel 3]

wobei LFKZ_{HÄ2009} den Saldo aus den Forderungen für die Behandlung bzw. Untersuchung von Material bereichsfremder Versicherter durch bereichseigene Hausärzte und den Verbindlichkeiten für die Behandlung bzw. Untersuchung von Material bereichseigener Versicherter durch bereichsfremde Hausärzte bezeichnet.

Bei wirksamer Bereinigung im 1. und/oder 2. Quartal 2009 aufgrund des Beitritts von Versicherten zu einem Vertrag gemäß §§ 73b, 73c und 140d SGB V wird die Formel 3 durch die folgende ersetzt:

$$\text{TVG}_{2\text{H}\ddot{\text{A}}2009} = \text{LAB}_{\text{H}\ddot{\text{A}}2007} \times 1,049 - \text{LFKZ}_{\text{H}\ddot{\text{A}}2009}$$

Schritt 11.) Ermittlung der Anzahl der in den Abrechnungsquartalen 1./2009 und 2./2009 durchschnittlich an der vertragsärztlichen Versorgung im jeweiligen KV-Bezirk teilnehmenden Ärzte, Institute und Krankenhäuser. Dabei werden zugelassene und angestellte Vertragsärzte jeweils gemäß ihres Umfangs an der vertragsärztlichen Tätigkeit lt. Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid, ermächtigte Institute und Krankenhäuser jeweils mit dem Faktor 1 sowie die Anzahl der Ermächtigungen gezählt. Vertragspsychotherapeuten werden bei der Zählung nicht berücksichtigt.

Schritt 12.) Ermittlung der für die Abrechnungsquartale 1./2009 und 2./2009 insgesamt zutreffenden durchschnittlichen MGV (MGV für die entsprechende Behandlung bereichseigener Versicherter durch bereichseigene und bereichsfremde Vertragsärzte) für die abgerechneten Leistungen und Kostenerstattungen des EBM bzw. vereinbarten Vergütungen für den von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung organisierten Not(fall)dienst, je Arzt gemäß Schritt 11.)

$$\text{TVG}_{32009} \text{ je Arzt} = \text{TVG}_{32009} / \text{Anzahl der \ddot{A}rzte gem. Schritt 11.}$$

[Formel 4]

Schritt 13.) Ermittlung der für die Abrechnungsquartale 1./2009 und 2./2009 insgesamt zutreffenden durchschnittlichen MGV (MGV für die entsprechende Behandlung bereichseigener Versicherter durch bereichseigene und bereichsfremde Hausärzte) für die abgerechneten Leistungen und Kostenerstattungen des EBM für den von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung organisierten Not(fall)dienst, für die zu diesem Zeitpunkt im hausärztlichen Versorgungsbereich zugelassenen Vertragsärzte bzw. MVZ.

$$\text{TVG}_{3\text{H}\ddot{\text{A}}2009} = \text{TVG}_{32009} \text{ je Arzt} \times \text{Anzahl der dem hausärztlichen Versorgungsbereich zuzuordnenden \ddot{A}rzte gem. Schritt 11.}$$

[Formel 5]

Schritt 14.) Ermittlung der für den Trennungsfaktor zutreffenden trennungsrelevanten hausärztlichen kassenübergreifenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

$$\text{Trennung}_{\text{VGH}\ddot{\text{A}}} = \text{MGV}_{\text{H}\ddot{\text{A}}2009} - \text{TVG}_{2\text{H}\ddot{\text{A}}2009} - \text{TVG}_{3\text{H}\ddot{\text{A}}2009}$$

[Formel 6]

- Schritt 15.)** Ermittlung des Trennungsfaktors.
 $TF = \text{Trennung}_{\text{VGHÄ}} / \text{Trennung}_{\text{VG}}$

[Formel 7]

Ermittlung des trennungsrelevanten versorgungsbereichsübergreifenden Verteilungsvolumens in einem Abrechnungsquartal

- Schritt 16.)** Feststellung der für das Abrechnungsquartal zutreffenden kassenübergreifenden unbereinigten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV für bereichseigene und bereichsfremde Vertragsärzte und -psychotherapeuten) für das entsprechende Abrechnungsquartal insgesamt für die im Abrechnungsquartal zutreffende Anzahl der Versicherten aller Krankenkassen mit Wohnsitz im Bereich des Bezirks der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung, für alle Vertragsärzte und -psychotherapeuten, MVZ, ermächtigten Ärzte, Einrichtungen, Krankenhäuser und Institutionen.

(= $MGV_{\text{KVQuartal}}$)

- Schritt 17.)** Ermittlung der für das Vorjahresabrechnungsquartal zutreffenden und um die für das entsprechende Abrechnungsquartal gültige Veränderungsrate (VR) gesteigerten MGV (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 § 87b 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 morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 2. September 2009 enthalten sind.

$TVG_{1\text{Quartal}} = VG_{\text{VJQ}} (\text{Kap. 35.2 EBM}) \times VR + 0,001722 \times MGV_{\text{KVQuartal}}$

[Formel 8]

Schritt 18.)

Ermittlung der für das aktuelle Abrechnungsquartal zutreffenden MGV (MGV für die entsprechende Behandlung bzw. Untersuchung von Material bereichseigener Versicherter durch bereichseigene und bereichsfremde Vertragsärzte) wie folgt:

- a. Brutto-Leistungsbedarf in Punkten im jeweiligen Quartal im Jahr 2008₂ entsprechend der Datenlieferung „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 gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 7. Sitzung vom 27./28. August 2008, Teil A, Nr. 2.4, in Höhe von 0,6407.

- die Grundpauschale (GOP 01310, 01311, 01312) bzw. die Konsiliarpauschale (GOP 12210) für zur Abrechnung von Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM ermächtigte Ärzte, Einrichtungen, Krankenhäuser und Institutionen,
- die GOP 32001 nach Anwendung der Regelungen in den Ziffern 1. ff. zu den Abschnitten 32.2 und 32.3 EBM,
- Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM.

Dabei sind in Euro bewertete Leistungen mit dem Orientierungswert des Jahres 2010 in Höhe von 3,5048 Cent in Punkte umzurechnen.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung stellt jeder Kassenärztlichen Vereinigung für die Gebührenordnungspositionen 01310, 01311 und 01312 den jeweiligen Anteil der zur Abrechnung von Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM ermächtigten Ärzten, Einrichtungen, Krankenhäuser und Institutionen bezogen auf die Versicherten mit Wohnort im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung zur Verfügung.

- b. Das Punktzahlvolumen wird mit der rechnerischen bundesdurchschnittlichen Honorarverteilungsquote (HVV-Quote) für die unter a. genannten Leistungen des jeweiligen Quartals des Jahres 2008 multipliziert.
- c. Zur Fortschreibung auf das aktuelle Abrechnungsquartal wird der nach b. ermittelte Wert mit den bis zum aktuellen Abrechnungsquartal für jedes Jahr vereinbarten Veränderungsraten der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung multipliziert.
- d. Aus der Multiplikation des nach c. ermittelten Wertes mit dem jeweils gültigen regionalen Punktwert gemäß § 87a Abs. 2 SGB V resultiert die zutreffende MGV im aktuellen Abrechnungsquartal.

$$\text{TVG}_{2\text{Quartal}} = (\text{angepasster}) \text{ Brutto-LB}_{\text{ARZTRG87c4, Q2008}} (\text{Labor}) \times \text{HVV-Quote}(\text{Labor})$$

$$\times \prod_{\text{Quartal}j=2009} \text{VR}_j \times \text{reg. PW}_{\text{Quartal KV}}$$

[Formel 9]

- Schritt 19.)** Ermittlung der für das Vorjahresabrechnungsquartal zutreffenden 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 ohne Vergütung, die bereits mit Schritt 18.) erfasst ist, für den von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung organisierten Not(fall)dienst und für die Notfallbe-

handlung während der Zeiten des organisierten Notdienstes gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 17. Sitzung am 16. Dezember 2009 durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Institute und Krankenhäuser.

$$TVG_{3\text{Quartal}} = VG_{VJQ} (\text{NFD}) \times VR$$

[Formel 10]

Schritt 20.) Ermittlung der Teilvergütung in Höhe von 0,1635 vom Hundert aus $MGV_{KV\text{Quartal}}$ gemäß Beschluss Teil B, 3.3. gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 15. Sitzung am 2. September 2009

$$TVG_{4\text{Quartal}} = MGV_{KV\text{Quartal}} \times 0,001635$$

[Formel 11]

Schritt 21.) Ermittlung des trennungsrelevanten versorgungsbereichsübergreifenden Verteilungsvolumens in einem Abrechnungsquartal

$$VüV_{KV\text{Quartal}} = MGV_{KV\text{Quartal}} - TVG_{1\text{Quartal}} - TVG_{2\text{Quartal}} - TVG_{3\text{Quartal}} - TVG_{4\text{Quartal}}$$

[Formel 12]

Ermittlung des hausärztlichen Verteilungsvolumens in einem Abrechnungsquartal

Schritt 22.) Ermittlung des hausärztlichen Verteilungsvolumens

$$VV_{HÄ\text{Quartal}} = VüV_{KV\text{Quartal}} \times TF + TVG_{4\text{Quartal}} \times 0,15$$

[Formel 13]

Ermittlung des fachärztlichen Verteilungsvolumens in einem Abrechnungsquartal

Schritt 23.) Ermittlung des fachärztlichen Verteilungsvolumens

$$VV_{FÄ\text{Quartal}} = VüV_{KV\text{Quartal}} - VV_{HÄ\text{Quartal}} + TVG_{4\text{Quartal}}$$

[Formel 14]

Konvergenz für die Anpassung der versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumen (gilt nicht bei wirksamer Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung aufgrund von Selektivverträgen im Vergleichszeitraum des Vorjahres)

Schritt 24.) Ermittlung der für das Vorjahresabrechnungsquartal für den hausärztlichen Versorgungsbereich zutreffenden kassenübergreifenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (dem hausärztlichen Versorgungsbereich zugeordnete

MGV für bereichseigene und bereichsfremde Hausärzte) in der Abgrenzung wie in Schritt 16.) gesteigert um die Veränderungsrate(n) (VR) im Beschluss des Bewertungsausschusses für das entsprechende Abrechnungsquartal unter Berücksichtigung der in diesem Anhang aufgeführten Bereinigungsverfahren

$$MVG_{1HÄVJQ} = MG_{KVJQ} \times VR$$

[Formel 15]

Schritt 25.) Ermittlung der für das Vorjahresabrechnungsquartal zutreffenden für den hausärztlichen Versorgungsbereich zutreffenden MG (MGV für die entsprechende Behandlung bzw. Untersuchung von Material bereichseigener Versicherter durch bereichseigene und bereichsfremde Hausärzte) für

- die GOP 32001,
- Leistungen und Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM.

$$TVG_{2HÄVJQ} = VG_{VJQHÄ} (\text{Labor}) \times VR$$

[Formel 16]

Schritt 26.) Ermittlung der für das Vorjahresabrechnungsquartal zutreffenden und gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses mit VR angepassten, für den hausärztlichen Versorgungsbereich zutreffenden MG (MGV für die entsprechende Behandlung bereichseigener Versicherter durch bereichseigene und bereichsfremde Hausärzte) für die abgerechneten Leistungen und Kostenerstattungen des EBM ohne Vergütung, die bereits mit Schritt 25.) erfasst ist, für den von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung organisierten Not(fall)dienst und für die Notfallbehandlung während der Zeiten des organisierten Notdienstes gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 17. Sitzung am 16. Dezember 2009 durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Institute und Krankenhäuser

$$TVG_{3HÄVJQ} = VG_{VJQ} (\text{NFD}) \times VR$$

[Formel 17]

Schritt 27.) Ermittlung der für das Vorjahresabrechnungsquartal für den hausärztlichen Versorgungsbereich zutreffenden kassenübergreifenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (dem hausärztlichen Versorgungsbereich zugeordnete MG für bereichseigene und bereichsfremde Hausärzte) als Vergleichsgröße für das hausärztliche Verteilungsvolumen gemäß Schritt 22.)

$$VV_{HÄVJQ} = MVG_{1HÄVJQ} - TVG_{2HÄVJQ} - TVG_{3HÄVJQ} + TVG_{4\text{Quartal}} \times 0,15$$

[Formel 18]

Schritt 28.) Sofern das hausärztliche Verteilungsvolumen um mehr als 5 % von der Vergleichsgröße gemäß Schritt 27 abweicht, so ist das hausärztliche Verteilungsvolumen nach Konvergenz mit der um 5 % veränderten Vergleichsgröße gemäß Schritt 27.) festgelegt:

$$KVV_{H\ddot{A}Quartal} = VV_{H\ddot{A}Quartal} \quad \text{falls } 0,95 \times VV_{H\ddot{A}VJQ} \leq VV_{H\ddot{A}Quartal} \leq 1,05 \times VV_{H\ddot{A}VJQ}$$

$$KVV_{H\ddot{A}Quartal} = 0,95 \times VV_{H\ddot{A}VJQ} \quad \text{falls } VV_{H\ddot{A}Quartal} < 0,95 \times VV_{H\ddot{A}VJQ}$$

$$KVV_{H\ddot{A}Quartal} = 1,05 \times VV_{H\ddot{A}VJQ} \quad \text{falls } VV_{H\ddot{A}Quartal} > 1,05 \times VV_{H\ddot{A}VJQ}$$

Schritt 29.) Ermittlung des fachärztlichen Verteilungsvolumens nach Konvergenz

$$KVV_{F\ddot{A}Quartal} = V\ddot{u}V_{KVQuartal} - KVV_{H\ddot{A}Quartal} + TVG_{4Quartal}$$

[Formel 19]

Feststellung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zum Begriff „zutreffende morbiditätsbedingte Gesamtvergütung“ im Anhang zu den Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß § 87b Abs. 4 SGB V (GKV-VStG), Schritte 7.), 10.), 13.) und 24.) bis 27.):

Die für den Versorgungsbereich bzw. Leistungsbereich zutreffende morbiditätsbedingte Gesamtvergütung entspricht dem diesem Bereich zugeordneten Honorar abzüglich des Saldos aus den Forderungen für Leistungen dieses Bereichs bei bereichsfremden Versicherten durch bereichseigene Hausärzte und den Verbindlichkeiten für Leistungen bei bereichseigenen Versicherten durch bereichsfremde Hausärzte.

Aufnahme einer Übergangsregelung für den Zeitraum vom 1. Juli 2013 bis zum 30. September 2013 zur Umsetzung des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 302. Sitzung am 19. März 2013.

- I. Ausdeckelung der nephrologischen Leistungen
 - a) In Schritt 21.) des Anhangs zu Teil B für die Ermittlung des trennungsrelevanten versorgungsbereichsübergreifenden Verteilungsvolumens ist die Ausdeckelung der Leistungen der Abschnitte 4.5.4 und 13.3.6 EBM sowie der Versichertenpauschalen 04110, 04111, 04112, 04120, 04121 und 04122, wenn in demselben Behandlungsfall Leistungen des Abschnitts 4.5.4 EBM abgerechnet werden, zu berücksichtigen.
 - b) Der Abzug des gesamtvertraglich vereinbarten Ausdeckelungsbetrags für die in a) genannten Leistungen erfolgt nach der Trennung im jeweiligen Versorgungsbe- reich.
- II. Bereitstellung zusätzlicher Finanzmittel für die Pauschale für die fachärztliche Grundver- gütung
 - a) In Schritt 21.) des Anhangs zu Teil B für die Ermittlung des trennungsrelevanten versorgungsbereichsübergreifenden Verteilungsvolumens ist der aus der Anpas- sung der kassenspezifischen Aufsatzwerte gemäß dem o. g. Beschluss, Nr. 2, re- sultierende Betrag abzuziehen.
 - b) Die gemäß dem o. g. Beschluss Nr. 2 beschlossenen Beträge sind dem fachärztli- chen Verteilungsvolumen nach Schritt 23.) des Anhangs zu Teil B zuzuführen.“

Stand

21.11.2012/16.05.2013

Übergangsregelung für das 1. Halbjahr 2013*

- a) Im Zeitraum vom 1. Januar 2013 bis zum 30. Juni 2013* ist in Schritt 21.) des Anhangs zu Teil B für die Ermittlung des trennungsrelevanten versorgungsübergreifenden Verteilungsvolumens die Ausdeckung der antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der nicht in § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppen sowie der probatorischen Sitzungen (Gebührenordnungsposition 35150) der in § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppen zu berücksichtigen.
- b) Dabei ist der Subtrahend $TVG_{1\text{Quartal}}$ auf Null zu setzen.
- c) Der für die Ausdeckung der psychotherapeutischen Leistungen gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses zu den bereinigten Aufsatzwerten gesamtvertraglich vereinbar- te Abzug von dem trennungsrelevanten versorgungsbereichsübergreifenden Verteilungsvolumen erfolgt nach der Trennung.

**verlängert mit Beschluss vom 16.05.2013 bis zum 30.09.2013*

Anhang: Vorgaben der KBV gemäß § 87b Abs. 4 SGB V:**Teil 2: Vorgaben Teil E
Vorgaben zur Vergütung laboratoriumsmedizinischer Leistungen
Abschnitte 2 und 3.1 bis 3.5.2****Stand: 08.08.2012****2. KV-spezifisches Vergütungsvolumen für Leistungen und Kostenpauschalen der Laboratoriumsmedizin**

Für die Vergütung

- der Konsiliar- und Grundpauschalen für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin, ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin sowie für zur Abrechnung von Kostenerstattungen ermächtigte Laborärzte, Einrichtungen, Krankenhäuser und Institutionen (GOP 12210 und 12220 EBM),
- die wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen des Kapitels 32 EBM (GOP 32001 EBM) nach Anwendung der Regelungen in den Ziffern 1. ff. zu den Abschnitten 32.2 und 32.3 EBM,
- der Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM und
- der Kostenpauschale 40100 für Versandmaterial, Versandgefäße usw. sowie für die Versendung bzw. den Transport von Untersuchungsmaterial, ggf. auch von infektiösem Untersuchungsmaterial, einschließlich der Kosten für die Übermittlung von Untersuchungsergebnissen der Laboratoriumsdiagnostik, ggf. einschließlich der Kosten für die Übermittlung der Gebührenordnungspositionen und der Höhe der Kosten überwiesener kurativer-ambulanter Auftragsleistungen des Abschnitts 32.3 EBM

wird das wie folgt zu ermittelnde Vergütungsvolumen je Kassenärztlicher Vereinigung zur Verfügung gestellt:

2.1 Vergütungsvolumen gemäß Schritt 18.) aus dem Anhang zu Teil B der Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß § 87b Abs. 4 SGB V (GKV-VStG) zur Honorarverteilung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen.
(=VG₁)

2.2 Das Vergütungsvolumen gemäß 2.1 wird ergänzt um den voraussichtlichen Saldo aus den Forderungen aus den in Schritt 18.), Anhang zu Teil B der Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß § 87b Abs. 4 SGB V (GKV-VStG) zur Honorarverteilung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen genannten Gebührenordnungspositionen für die Behandlung bzw. Untersuchung von Material bereichsfremder Versicherter durch bereichseigene Vertragsärzte und den Verbindlichkeiten aus oben genannten Gebührenordnungspositionen für die Behandlung bzw. Untersuchung von Material bereichseigener Versicherter durch bereichsfremde Vertragsärzte des Abrechnungsquartals nach Anwendung der Richtlinien der

Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß § 75 Abs. 7 Satz 1 Nummer 2 SGB V

$$VG_2 = VG_1 + LFKZQ$$

- 2.3** Zusätzlich ist das mit der für das aktuelle Abrechnungsquartal vereinbarten Veränderungsrate der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung multiplizierte Vergütungsvolumen für die Kostenpauschale 40100 für Versandmaterial, Versandgefäße usw. sowie für die Versendung bzw. den Transport von Untersuchungsmaterial, ggf. auch von infektiösem Untersuchungsmaterial, einschließlich der Kosten für die Übermittlung von Untersuchungsergebnissen der Laboratoriumsdiagnostik, ggf. einschließlich der Kosten für die Übermittlung der Gebührenordnungspositionen und der Höhe der Kosten überwiesener kurativer-ambulanter Auftragsleistungen des Abschnitts 32.3 EBM, die im Rahmen der Untersuchung von Material bereichseigener und bereichsfremder Versicherter durch bereichseigene Vertragsärzte abgerechnet wurden, nach Anforderung im Vorjahresabrechnungsquartal aus den versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumen nach Trennung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gemäß Teil B der Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß § 87b Abs. 4 SGB V (GKV-VStG) zur Honorarverteilung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen zur Verfügung zu stellen.

$$VG_3 = VG_2 + VG_{40100} \times VR$$

3. Vergütung der Ärzte

3.1 Vergütung des Laborwirtschaftlichkeitsbonus

Die Gebührenordnungsposition 32001 EBM für die wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen des Kapitels 32 EBM 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 aus dem zur Verfügung stehenden Vergütungsvolumen VG_3 gemäß 2.3 vergütet.

3.2 Vergütung der Grundleistungen für Laborärzte

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 1,4588 aus dem zur Verfügung stehenden Vergütungsvolumen VG_3 gemäß 2.3 vergütet.

3.3 Vergütung der Laborversandpauschale

Die Kostenpauschale 40100 für Versandmaterial, Versandgefäße usw. sowie für die Versendung bzw. den Transport von Untersuchungsmaterial, ggf. auch von infektiösem Untersuchungsmaterial, einschließlich der Kosten für die Übermittlung von Untersuchungsergebnissen der Laboratoriumsdiagnostik, ggf. einschließlich der Kosten für die Übermittlung der Gebührenordnungspositionen und der Höhe der Kosten überwiesener kurativer-ambulanter Auftragsleistungen des Abschnitts 32.3 EBM werden zum Preis der regionalen Euro-Gebührenordnung aus dem Vergütungsvolumen VG_3 gemäß 2.3 vergütet.

3.4 Vergütung der Laboratoriumsuntersuchungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM

Die Gebührenordnungspositionen 32025, 32026, 32027, 32035, 32036, 32037, 32038, 32039, 32097 und 32150 werden zum Preis der regionalen Euro-Gebührenordnung aus dem Vergütungsvolumen VG₃ vergütet. Die weiteren Laboratoriumsuntersuchungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM werden – sofern diese nicht außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet werden - unter Berücksichtigung der Regelungen gemäß Nr. 3.5 mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung multipliziert mit der bundeseinheitlichen Abstufungsquote Q gemäß 1.1.5 aus dem Vergütungsvolumen VG₃ gemäß 2.3 vergütet. Für Abschnitt 32.2 ist die Regelung für Laborgemeinschaften in Ziffer 1 Satz 2 zum Abschnitt 32.2 EBM zu berücksichtigen.

3.5 Vergütung der speziellen Laboratoriumsuntersuchungen bei „Nicht-Laborärzten“

3.5.1 Für Vertragsärzte, die zur Abrechnung von Laboratoriumsuntersuchungen berechtigt sind und nicht Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin, ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin sind (kurz: „Nicht-Laborärzte“) sowie aufgrund der Arztgruppenzugehörigkeit von nachfolgenden Regelungen erfasst werden, unterliegen die Kostenerstattungen für spezielle Laboratoriumsuntersuchungen des Abschnitts 32.3 EBM einer fallwertbezogenen Budgetierung. Die in den Budgets enthaltenen Kostenerstattungen sind je Arztpraxis und Abrechnungsquartal nur bis zu einem begrenzten Gesamthonorarvolumen unter Berücksichtigung von Nr. 3.4 zu vergüten.

3.5.2 Die Höhe der Budgets ergibt sich aus dem Produkt des für die Arztgruppe vorgegebenen, mit der bundeseinheitlichen Abstufungsquote Q gemäß 1.1.5 multiplizierten Referenz-Fallwertes und der Zahl der Behandlungsfälle gemäß § 21 Abs. 1 BMV-Ärzte bzw. § 25 Abs. 1 Arzt-/Ersatzkassenvertrag des Abrechnungsquartals der Arztpraxis.