

Alles Gute.



Honorarverteilungsmaßstab (HVM) der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW)

gem. § 87b Abs. 1 Satz 2 SGBV unter Beachtung der Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) gem. § 87b Abs. 4 SGBV in der jeweils gültigen Fassung (vgl. Anhang zu Anlage 4)

**in der Beschlussfassung
der Vertreterversammlung vom
3. Dezember 2014**

gültig ab dem 01.07.2014

Inhaltsverzeichnis

§ 1	Grundsätze der Honorarverteilung.....	1
§ 2	Geltungsbereich.....	1
§ 3	Grundsätze der Vergütung der Ärzte.....	1
§ 4	Leistungen, die nicht dem RLV und dem QZV unterliegen.....	3
§ 5	Aufteilung der MGV.....	4
§ 6	Bereinigung aufgrund von Selektivverträgen	8
§ 7	(unbesetzt)	8
§ 8	Für Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundene Zusatzvolumen relevante Fälle.....	8
§ 9	Ermittlung RLV je Arzt.....	8
§ 10	Fallzahlbedingte Abstufung des Regelleistungsvolumens	9
§ 11	Ermittlung der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen je Arzt	10
§ 12	Sonderregelungen bei Neuaufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit, Praxen in der Anfangsphase, Praxisauflösungen, Praxisverlegungen und Übernahme einer Praxis	10
§ 13	Sonderregelungen bei Unvergleichbarkeit von Bezugsquartal und Abrechnungsquartal.....	11
§ 14	Fallzahlzuwachsbegrenzung.....	11
§ 15	Praxisbesonderheiten	12
§ 16	Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten	13
§ 17	Unvorhersehbarer Anstieg der Morbidität.....	13
§ 18	Abrechnungsbescheid.....	13
§ 19	Inkrafttreten.....	13
Anlage 1a.....		14
Anlage 1b		16
Anlage 2a.....		19
Anlage 2b		28
Anlage 3a.....		31
Anlage 3b		35
Anlage 4.....		36
Anhang zu Anlage 4 (KBV-Vorgaben gem. § 87b Abs. 4 SGB).....		37
Anlage 5.....		61
Anlage 6.....		62
Anlage 7.....		63
Anlage 8.....		65

§ 1 Grundsätze der Honorarverteilung

- (1) Die KVBW führt die Verteilung der Gesamtvergütungen und der sonstigen Vergütungen, die an die KVBW gezahlt werden, durch. Die Verteilung erfolgt nach Art und Umfang der von den
 - Vertragsärztinnen und -ärzten,
 - Vertragspsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten,
 - Vertragskinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten,
 - Berufsausübungsgemeinschaften (BAG),
 - angestellten Ärzte gem. §§ 95 Abs. 9 Satz 1 oder 103 Abs. 4b SGB V,
 - ermächtigten (Krankenhaus-) Ärztinnen und Ärzten,
 - ermächtigten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie ermächtigten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten,
 - ermächtigten ärztlich und psychotherapeutisch geleiteten Einrichtungen und
 - medizinischen Versorgungszentren (MVZ)- im Folgenden Vertragsärzte genannt - abgerechneten einzelnen Leistungen.
- (2) Auf die Vergütungen, die für die ärztlichen/psychotherapeutischen Leistungen einschließlich Kostenersatz kraft Gesetzes oder aufgrund von Verträgen an die KVBW zu zahlen sind, kann nur die KVBW selbst Anspruch erheben. Der Vertragsarzt kann seine diesbezüglichen Ansprüche nur gegenüber der KVBW und nur in der nach Prüfung auf rechnerisch/sachliche Richtigkeit und Wirtschaftlichkeit festgestellten Höhe geltend machen. In keinem Fall stehen dem Vertragsarzt weitergehende Ansprüche gegen die KVBW zu, als diese gegenüber Dritten besitzt.

§ 2 Geltungsbereich

- (1) Die Bestimmungen dieser Vereinbarung gelten für alle Vertragsärzte, die mit der KVBW im Abrechnungsverkehr stehen. Nicht aufgrund der Zulassung oder Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte nehmen an der Honorarverteilung nur teil, soweit es sich um die Versorgung von Notfällen handelt. Die Bestimmungen dieser Vereinbarung finden auch Anwendung auf die Abrechnung von Laborleistungen, deren Teil 3 (§ 25 Abs. 1 BMV-Ä) aus Laborgemeinschaften bezogen und die gem. § 25 Abs. 3 Satz 2 BMV-Ä abgerechnet wurden.
- (2) Abgerechnet werden können nur solche ärztliche oder psychotherapeutische Leistungen, die der Vertragsarzt persönlich erbracht hat oder die als delegationsfähige Leistungen unter seiner Leitung und Verantwortung erbracht worden sind.

§ 3 Grundsätze der Vergütung der Ärzte

- (1) Die Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen erfolgt grundsätzlich auf der Basis der gem. § 87a Abs. 2 Satz 5 SGB V zum jeweiligen Zeitpunkt gültigen baden-württembergischen Euro-Gebührenordnung, nach Maßgabe der Bestimmungen dieses Verteilungsmaßstabes, der zusätzlichen vertraglichen Bestimmungen sowie der Abrechnungsrichtlinien und autonomen Satzungsnormen der KVBW.
- (2) Zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der vertragsärztlichen Tätigkeit wird für die in Anlage 1b aufgeführten Arztgruppen je Quartal eine abrechenbare Menge vertragsärztlicher Leistungen vorgegeben (Regelleistungsvolumen [RLV]), die mit den in der Euro-Gebührenordnung gem. § 87a Abs. 2 SGB V enthaltenen Preisen zu vergüten ist.

- (3) Wenn eine Arztpraxis die in § 11 genannten Voraussetzungen erfüllt, kann unter Beachtung der Abrechnungsbestimmungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) die Arztpraxis weitere vertragsärztliche Leistungen in qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV) abrechnen, die mit den in der Euro-Gebührenordnung gem. § 87a Abs. 2 SGB V enthaltenen Preisen zu vergüten sind.
- (4) Die RLV und QZV werden je Arzt für das jeweilige Abrechnungsquartal gem. den Berechnungsvorgaben der Anlagen 7 und 8 ermittelt. Nicht ausgeschöpfte Anteile eines RLV und der QZV einer Praxis sind weder innerhalb des Abrechnungsquartals auf eine andere Praxis noch für die eigene Praxis auf das Folgequartal übertragbar.
- (5) Die Tätigkeit zugelassener Ärzte (§ 101 Abs. 1 Nr. 4 SGB V - Jobsharing-Junior-Partner) mit Leistungsbeschränkung fließt bei der RLV-Ermittlung des Jobsharing-Senior-Partners ein. Die Tätigkeit angestellter Ärzte (§ 101 Abs. 1 Nr. 5 SGB V) mit Leistungsbeschränkung sowie von Weiterbildungs-, Entlastungs- und Sicherstellungsassistenten fließt bei der RLV-Ermittlung des anstellenden Arztes ein.
- (6) Die das RLV und die QZV überschreitenden Leistungsmengen werden mit einem abgestaffelten Preis vergütet. Dieser wird wie folgt ermittelt:
 - a. Die im jeweiligen Quartal arztgruppenspezifisch über das RLV und die QZV hinausgehenden Vergütungen werden festgestellt.
 - b. In demselben Quartal wird arztgruppenspezifisch das Vergütungsvolumen für abgestaffelt zu vergütende Leistungen in Höhe von 2 % des arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumens ermittelt.
 - c. Die Vergütung nach b. wird durch die Vergütung nach a. dividiert. Es entsteht eine Quote für die abgestaffelt zu vergütenden Leistungen.
 - d. Die über die RLV und die QZV hinausgehenden Vergütungen werden mit der Quote nach c. multipliziert.
 - e. Bei fach- und schwerpunktübergreifenden BAG/Kooperationen werden die das RLV überschreitenden Leistungen der Praxis aus dem für diese Leistungen zur Verfügung stehenden arztgruppenspezifischen RLV-Vergütungsvolumen anteilig vergütet.
- (7) Bei der Ermittlung des RLV und der QZV eines Arztes ist der Umfang sowie der Zeitpunkt der Aufnahme seiner Tätigkeit laut Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid zu berücksichtigen.
- (8) Für Vertragsärzte, die außer in ihrer Arztpraxis auch in einer oder mehreren Teilberufsausübungsgemeinschaften tätig sind, wird ein gesamtes RLV für die vom jeweiligen Vertragsarzt in der Arztpraxis und in der(n) Teilberufsausübungsgemeinschaft(en) erbrachten Leistungen ermittelt. Dem so ermittelten RLV werden die Leistungen des Vertragsarztes in der Vertragsarztpraxis und in der(n) Teilberufsausübungsgemeinschaft(en) gegenübergestellt. Die Zuweisung des RLV erfolgt für die Gesamttätigkeit nur an die jeweilige Vertragsarztpraxis.
- (9) Die Zuweisung der RLV erfolgt praxisbezogen. Dabei ergibt sich die Höhe des RLV einer Arztpraxis aus der Addition der RLV je Arzt, der in der Arztpraxis tätig ist. Zur Förderung der kooperativen Behandlung von Patienten in der vertragsärztlichen Versorgung wird das praxisbezogene RLV entsprechend § 9 Absatz 5 erhöht.

Der Aufschlag auf das RLV bemisst sich nach dem Kooperationsgrad, der wie folgt definiert ist:

Kooperationsgrad (KG) je Abrechnungsquartal in Prozent = $((\text{RLV-relevante Arztfallzahl der Arztpraxis im Vorjahresquartal} / \text{Zahl der Behandlungsfälle (BHF) im Vorjahresquartal}) - 1) \times 100$.

- (10) Die Zuweisung der QZV erfolgt praxisbezogen, wenn mindestens einer der Ärzte, die in der Arztpraxis tätig sind, über die Voraussetzungen gem. § 11 i.V.m. Anlage 2a für das jeweilige QZV verfügt. Dabei ergibt sich die Höhe des jeweiligen QZV aus der Addition der QZV je zur Abrechnung der entsprechenden Leistungen berechtigtem Arzt, der in der Arztpraxis tätig ist.
- (11) Den einer Arztpraxis zugewiesenen RLV und QZV steht die in der Praxis abgerechnete Leistungsmenge insgesamt gegenüber. D.h. sofern das einer Arztpraxis zugewiesene RLV nicht ausgeschöpft ist, kann das noch zur Verfügung stehende Honorarvolumen mit Leistungen aus den zugewiesenen QZV ausgefüllt werden und umgekehrt.
- (12) Bei Ärzten, die in mehreren Praxen tätig sind, wird das für den jeweiligen Arzt ermittelte RLV und QZV auf diese Praxen grundsätzlich nach Maßgabe des Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheids aufgeteilt.
- (13) Für einen Vertragsarzt, der seine Tätigkeit unter mehreren Gebiets- oder Schwerpunktbezeichnungen ausübt, richtet sich die Höhe des RLV und QZV nach dem Versorgungsauftrag, mit dem er zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen ist, bzw. auf Antrag des Vertragsarztes nach dem Versorgungsbereich, in dem seine überwiegende Leistungserbringung der zurückliegenden Quartale lag. Änderungen des Schwerpunkts im Sinne von Satz 1 sind der KVBW spätestens einen Monat vor Beginn des Quartals, für das die Änderung gelten soll, mitzuteilen.
- (14) Die RLV und QZV werden der Arztpraxis vor Quartalsbeginn zugewiesen.

§ 4 Leistungen, die nicht dem RLV und dem QZV unterliegen

Folgende Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen unterliegen nicht dem RLV und den QZV:

- a. Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) nach der jeweils gültigen Vergütungsvereinbarung und eventuell ergänzenden Vereinbarungen der Partner der Gesamtverträge nach § 87a Abs. 3 Satz 5 SGB V (Einzelleistungen)
- b. Leistungen innerhalb der MGV jedoch außerhalb von RLV und QZV (sog. Freie Leistungen innerhalb der MGV - siehe Anlage 2b)
- c. Vorwegabzüge nach § 5

§ 5 Aufteilung der MGV

(1) Strukturfonds gem. § 105 Abs. 1a SGB V

Aus der MGV wird zur Finanzierung von Fördermaßnahmen in Gebieten, sofern Beschlüsse des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen nach § 100 Abs. 1 und 3 SGB V getroffen wurden, ein Strukturfonds gebildet, der 0,1 % der MGV beträgt. Über die konkrete Verwendung der Mittel entscheidet die KVBW. Das Nähere regelt der Vorstand.

Der Strukturfonds wird erstmalig im nächst möglichen Quartal nach Beschlussfassung des Landesausschusses gebildet.

(2) Bildung von Vergütungsvolumina

Auf Basis der Vorgaben der KBV nach Teil B. zur Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung (vgl. Anhang zu Anlage 4) in der jeweils gültigen Fassung werden Vergütungsvolumina für

- laboratoriumsmedizinische Leistungen
- den ärztlichen Bereitschaftsdienst
- den hausärztlichen Versorgungsbereich
- den fachärztlichen Versorgungsbereich

gebildet.

- a. Die Vergütung der laboratoriumsmedizinischen Leistungen erfolgt nach Teil E. der Vorgaben der KBV (vgl. Anhang zu Anlage 4) in der jeweils gültigen Fassung aus dem ermittelten Vergütungsvolumen unter Berücksichtigung des Saldo des Fremdkassenzahlungsausgleichs (FKZ-Saldo) aus dem Vorjahresquartal sowie unter Berücksichtigung der Bereinigung gem. § 6.
- b. Die Vergütung der Leistungen im organisierten Notfalldienst erfolgt aus dem ermittelten Vergütungsvolumen unter Berücksichtigung des Saldo des Fremdkassenzahlungsausgleichs (FKZ-Saldo) aus dem Vorjahresquartal zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung. Darüber hinaus fördert die KVBW zur Sicherstellung und Gewährleistung den organisierten ärztlichen Notfalldienst gemäß den Regelungen der Notfalldienstordnung der KVBW i.V.m. dem Statut zur Notfalldienstordnung in der jeweils gültigen Fassung.
- c. Zusätzlich wird ein Vergütungsvolumen gebildet

für die Vergütung der Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung (PFG) auf der Basis der Vorgaben der KBV nach Teil B. und H. zur Ermittlung des versorgungsbereichsspezifischen Grundbetrags für die Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung „PFG“ (vgl. Anhang zu Anlage 4) in der jeweils gültigen Fassung. Das Vergütungsvolumen wird um die für das Jahr 2014 zusätzlich von den Krankenkassen für die Stärkung der PFG zur Verfügung gestellten Finanzmittel gemäß der Empfehlungen des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 37. Sitzung vom 25. September 2013 erhöht.

Dieses Vergütungsvolumen wird unter Berücksichtigung des Saldo des Fremdkassenzahlungsausgleichs (FKZ-Saldo) aus dem Vorjahresquartal durch die abgerechneten und anerkannten Honoraranforderungen der betreffenden Ärzte im jeweiligen Abrechnungsquartal geteilt. Hieraus ergibt sich die ggf. quotierte Vergütung für diese Leistungen.

(3) Versorgungsbereichsspezifisches RLV-Verteilungsvolumen

Aus den ermittelten Vergütungsvolumina für den hausärztlichen und fachärztlichen Versorgungsbereich gem. Absatz 2 wird als weitere Ausgangsgröße das versorgungsbereichsspezifische RLV-Verteilungsvolumen gebildet. Hierbei werden folgende Vorwegabzüge vorgenommen:

A. Vorwegabzüge und deren Vergütung im hausärztlichen Versorgungsbereich:

- a. zu erwartende Zahlungen im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gem. § 75 Abs. 7 und 7a SGB V (Fremdkassenzahlungsausgleich).
- b. Rückstellungen gem. Anlage 3b dieser Vereinbarung
- c. für die Vergütung von kurativ-stationären Leistungen außerhalb Kapitel 36 EBM auf der Basis des ausbezahlten Honorars im jeweiligen Vorjahresquartal.

Die Vergütung dieser Leistungen erfolgt zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung. Bei Überschreitung dieses Vergütungsvolumens werden die fehlenden Beträge aus Rückstellungen ausgeglichen, bei Unterschreitung diesen zugeführt.

- d. für die Vergütung der zur Förderung der geriatrischen und palliativen Versorgung sowie der Versorgung von Kindern mit chronischen Erkrankungen und/oder Behinderungen in den EBM zum 01.10.2013 neu aufgenommenen Leistungen auf der Basis der Vorgaben der KBV nach Teil B 2.2.3 (vgl. Anhang zu Anlage 4) in der jeweils gültigen Fassung.

Dieses Vergütungsvolumen wird unter Berücksichtigung des Saldos des Fremdkassenzahlungsausgleichs (FKZ-Saldo) aus dem Vorjahresquartal durch die abgerechneten und anerkannten Honoraranforderungen der betreffenden Ärzte im jeweiligen Abrechnungsquartal geteilt. Hieraus ergibt sich die ggf. quotierte Vergütung für diese Leistungen.

Nicht verbrauchte Vergütungsvolumina können wieder dem RLV zugeführt werden.

- e. für die Vergütung der zur weiteren Stärkung der hausärztlichen Grundversorgung im EBM zum 01.10.2014 erfolgten Höherbewertung der Zusatzpauschale(n) für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrags (GOP 03040 / 04040 EBM) in Höhe der von den Krankenkassen zusätzlich für das Jahr 2014 zur Verfügung gestellten Finanzmittel gemäß der Empfehlungen des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 37. Sitzung vom 25. September 2013.

Die Vergütung der abgerechneten und anerkannten Honoraranforderungen der betreffenden Ärzte im jeweiligen Abrechnungsquartal für die Zusatzpauschale(n) für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrags (GOP 03040 / 04040 EBM) erfolgt im RLV in voller Höhe zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung. Die Finanzierung erfolgt aus dem hausärztlichen Vergütungsvolumen und den für die Höherbewertung zusätzlich reservierten Finanzmitteln.

B. Vorwegabzüge und deren Vergütung im fachärztlichen Versorgungsbereich:

- a. zu erwartende Zahlungen im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gem. § 75 Abs. 7 und 7a SGB V (Fremdkassenzahlungsausgleich).

- b. Rückstellungen gem. Anlage 3b dieser Vereinbarung

- c. für die Vergütung von pathologischen und zytologischen Leistungen des Kapitels 19 EBM auf der Basis des ausbezahlten Honorars im jeweiligen Vorjahresquartal.

Dieses Vergütungsvolumen wird durch die abgerechneten und anerkannten Honoraranforderungen der betreffenden Ärzte im jeweiligen Abrechnungsquartal geteilt. Hieraus ergibt sich die jeweilige Quotierung für diese Leistungen.

- d. für die Vergütung der GOP 12225 und 01701 EBM auf der Basis des ausbezahlten Honorars im jeweiligen Vorjahresquartal.

Dieses Vergütungsvolumen wird durch die abgerechneten und anerkannten Honoraranforderungen der betreffenden Ärzte im jeweiligen Abrechnungsquartal geteilt. Hieraus ergibt sich die jeweilige Quotierung für diese Leistung.

- e. für die Vergütung der Leistungen der Humangenetik (GOP 11220, 11320 bis 11322 und Abschnitt 11.4 EBM) auf der Basis der Vorgaben der KBV nach Teil B und G zur Vergütung von Leistungen der Humangenetik (genetisches Labor, vgl. Anhang zu Anlage 4) in der jeweils gültigen Fassung.

Dieses Vergütungsvolumen wird unter Berücksichtigung des Saldos des Fremdkassenzahlungsausgleichs (FKZ-Saldo) aus dem jeweiligen Vorjahresquartal durch die abgerechneten und anerkannten Honoraranforderungen der betreffenden Ärzte im jeweiligen Abrechnungsquartal geteilt. Hieraus ergibt sich die Quotierung für diese Leistungen.

- f. für die Vergütung von kurativ-stationären Leistungen außerhalb Kapitel 36 EBM auf der Basis des ausbezahlten Honorars im jeweiligen Vorjahresquartal.

Die Vergütung dieser Leistungen erfolgt zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung. Bei Überschreitung dieses Vergütungsvolumens werden die fehlenden Beträge aus Rückstellungen ausgeglichen, bei Unterschreitung diesen zugeführt.

(4) Arztgruppenspezifisches Verteilungsvolumen

Das versorgungsbereichsspezifische RLV-Verteilungsvolumen gem. Absatz 3 wird gem. Anlage 5 auf die Arztgruppen gem. Anlage 1a verteilt. Es entsteht jeweils ein arztgruppenspezifisches Verteilungsvolumen.

Dabei werden je arztgruppenspezifischem Verteilungsvolumen der Arztgruppen gem. Anlage 1b folgende Vorwegabzüge gebildet:

- a. für innerhalb der MGV finanzierte Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM in Höhe des jeweiligen Vorjahresquartals.

Die Kosten werden in voller Höhe erstattet. Bei einem Anstieg der Kosten gegenüber dem Vorjahresquartal werden die fehlenden Beträge aus Rückstellungen ausgeglichen und im nächstmöglichen Quartal dem arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen belastet.

- b. 2 % für abgestaffelt zu vergütende Leistungen

Aus den so reduzierten arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen der Arztgruppen gem. Anlage 1b werden folgende Leistungen vergütet:

- Praxisbesonderheiten
- Aufschlag bei BAG, MVZ und Arztpraxen mit angestellten Ärzten

Die verbleibenden arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen der Arztgruppen gem. Anlage 1b werden für jede Arztgruppe in

- einen Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der RLV gem. Anlage 6 und
- einen Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der QZV gem. Anlage 6 und
- einen Vergütungsbereich für Freie Leistungen gem. § 4 b.

aufgeteilt.

Für die Freien Leistungen gem. § 4 b. werden separate Vergütungsvolumen für die betroffenen Arztgruppen auf der Basis des ausbezahlten Honorars im jeweiligen Vorjahresquartal gebildet. Diese Vergütungsvolumen werden durch die abgerechneten und anerkannten Honoraranforderungen der betreffenden Ärzte im jeweiligen Abrechnungsquartal geteilt. Hieraus ergibt sich die jeweilige Quotierung für diese Leistungen, die für einzelne Leistungen/individuelle Leistungsbereiche mindestens 80 % beträgt (vgl. Anlage 2b). Die finanziellen Mittel zur Vergütung einer Mindestquote von 80 % werden aus Rückstellungen bereitgestellt und im nächstmöglichen Quartal dem arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen belastet.

Aus dem arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen für

- Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie andere ausschließlich psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte

werden zunächst die im Abrechnungsquartal abgerechneten und anerkannten Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM in voller Höhe vergütet.

Das verbleibende Verteilungsvolumen wird durch die abgerechneten und anerkannten Honoraranforderungen der betreffenden Vertragsärzte im jeweiligen Abrechnungsquartal dividiert. Hieraus ergibt sich die jeweilige Quotierung für die anerkannte Honoraranforderung dieser Vertragsärzte, mindestens 80%.

Aus den jeweiligen arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen für

- Ermächtigte (Krankenhaus-) Ärzte, Krankenhäuser, Einrichtungen und Institutionen
- Sonstige Ärzte (Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Nephrologie, Humangenetiker, Pathologen, Strahlentherapeuten, Laborärzte, Laborgemeinschaften, etc.)

werden jeweils zunächst die im Abrechnungsquartal abgerechneten und anerkannten Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM in voller Höhe vergütet. Die verbleibenden Verteilungsvolumen werden durch die abgerechneten und anerkannten Honoraranforderungen der betreffenden Ärzte im jeweiligen Abrechnungsquartal dividiert. Hieraus ergibt sich die jeweilige Quotierung für die anerkannte Honoraranforderung dieser Vertragsärzte, mindestens 80 %.

§ 6 Bereinigung aufgrund von Selektivverträgen

Die Bereinigung aufgrund von Selektivverträgen gem. §§ 73b, 73c, 140a ff. SGB V erfolgt nach Teil F. der Vorgaben der KBV (vgl. Anhang zu Anlage 4) in der jeweils gültigen Fassung sowie nach den Regelungen in Anlage 3a.

§ 7 (unbesetzt)

§ 8 Für Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundene Zusatzvolumen relevante Fälle

- (1) Für RLV und QZV relevante Fälle sind alle kurativ-ambulant Behandlungsfälle gem. § 21 Abs. 1, Abs. 1b Satz 1 und Abs. 2 BMV-Ä, ausgenommen Notfälle im organisierten Notfalldienst (Muster 19a der Vordruckvereinbarung) und Überweisungsfälle zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen oder zur Befundung von dokumentierten Untersuchungsergebnissen und Fälle, in denen ausschließlich Leistungen und Kostenerstattungen, die gem. § 4 nicht dem RLV unterliegen, abgerechnet werden.
- (2) Zur Umsetzung des Arztbezuges gem. § 3 Abs. 4 werden zur Bemessung des RLV die RLV-Fälle herangezogen.
 - a. In Einzelpraxen entspricht die Zahl der RLV-Fälle der Zahl der kurativ-ambulant Behandlungsfälle gem. Abs. 1.
 - b. In fach- und schwerpunktgleichen BAG, MVZ und Praxen mit angestellten Ärzten entspricht die Zahl der RLV-Fälle eines Arztes der Zahl der Behandlungsfälle gem. Abs. 1 der Arztpraxis, aufgeteilt auf die Praxisteilnehmer entsprechend dem jeweiligen Umfang der Tätigkeit laut Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid.
 - c. In fach- und schwerpunktübergreifenden BAG, MVZ und Praxen mit angestellten Ärzten entspricht die Zahl der RLV-Fälle eines Arztes der Zahl der Behandlungsfälle gem. Abs. 1 der Arztpraxis, multipliziert mit seinem Anteil an der RLV-relevanten Arztfallzahl der Praxis.

Die so ermittelte Summe der RLV-Fälle einer Arztpraxis entspricht der Anzahl der RLV-relevanten Behandlungsfälle der Arztpraxis gem. Satz 1.

§ 9 Ermittlung RLV je Arzt

- (1) Jeder Vertragsarzt einer Arztgruppe gem. Anlage 1b erhält ein arztgruppenspezifisches RLV. Die Höhe des RLV eines Arztes ergibt sich für die in Anlage 1b benannten Arztgruppen aus der Multiplikation des zum jeweiligen Zeitpunkt gültigen KV-bezogenen arztgruppenspezifischen Fallwertes (FW_{AG}) gem. Anlage 7 und der RLV-Fallzahl des Arztes gem. § 8 im entsprechenden Vorjahresquartal.
- (2) Hiervon abweichend wird für Teilnehmer in überörtlichen BAG, die ihren Sitz außerhalb des Bereichs der KVBW haben, die Fallzahl des Vorjahresquartals im Bereich der KVBW, jedoch höchstens 50 % der Fachgruppendurchschnittsfallzahl des Vorjahresquartals angesetzt. Dies

gilt für Ärzte, die aufgrund einer Ermächtigung gem. § 24 Abs. 3 Satz 3 Ärzte-ZV im Bereich der KVBW Leistungen erbringen, entsprechend.

- (3) Werden Ärzte aufgrund mehrerer Ermächtigungen gem. § 24 Abs. 3 Satz 3 Ärzte-ZV im Bereich der KVBW tätig, wird das RLV im gleichen Verhältnis auf alle Tätigkeitsorte in Baden-Württemberg verteilt. Das Aufteilungsverhältnis kann bis zum Ablauf des Quartals, für das die Erklärung abgegeben wird, in abweichender Höhe gegenüber der KVBW erklärt werden.
- (4) Zur Berücksichtigung des Morbiditätskriteriums Alter ist das RLV gem. Abs. 1 unter Berücksichtigung der Versicherten nach Altersklassen gem. Anlage 7 Nr. 3 zu ermitteln.
- (5) Zur Förderung der kooperativen Behandlung von Patienten in der vertragsärztlichen Versorgung wird das praxisbezogene RLV
 - a. bei nicht standortübergreifenden fach- und schwerpunktgleichen BAG und Praxen mit angestellten Ärzten der gleichen Arztgruppe gem. Anlage 1b um 10 % erhöht,
 - b. bei nicht standortübergreifenden fach- und schwerpunktübergreifenden BAG, MVZ und Praxen mit angestellten Ärzten, in denen mehrere Ärzte unterschiedlicher Arztgruppen gem. Anlage 1b tätig sind, um 10 % erhöht, höchstens jedoch um 20 %, wenn ein höherer Kooperationsgrad der Einrichtung oder Praxis entsprechend der in nachstehender Tabelle aufgeführten Werte nachgewiesen ist.

Kooperationsgrad (KG) in Prozent	Anpassungsfaktor in Prozent
0 bis unter 15	10
15 bis unter 20	15
20 und größer	20

Standortübergreifende BAG, MVZ und Praxen mit angestellten Ärzten, in denen mehrere Ärzte der gleichen oder unterschiedlicher Arztgruppen gem. Anlage 1b tätig sind, wurden nicht zur kooperativen Behandlung von Patienten gebildet und werden grundsätzlich nicht gefördert. Sofern jedoch an einem Vertragsarztsitz innerhalb einer standortübergreifenden BAG, MVZ und Praxis mit angestellten Ärzten mehrere Ärzte gleicher oder unterschiedlicher Arztgruppen gem. Anlage 1b niedergelassen sind, wird das RLV eines jeden Arztes an diesem Standort um 10 % erhöht.

§ 10 Fallzahlbedingte Abstufung des Regelleistungsvolumens

- (1) Der für einen Vertragsarzt einer fachärztlichen Arztgruppe gem. Anlage 1b zutreffende arztgruppenspezifische RLV-Fallwert gem. § 9 Abs. 1 Satz 2 wird für jeden über 200 % der durchschnittlichen RLV-Fallzahl der Arztgruppe hinausgehenden RLV-Fall um 50 % gemindert.

Für Arztgruppen, deren Ärzte bereits im Vorjahresquartal an Selektivverträgen gem. §§ 73b, 73c SGB V teilgenommen haben, wird hiervon abweichend die durchschnittliche RLV-Fallzahl des zutreffenden Quartals vor Beginn der Bereinigung zuzüglich einer jährlichen Steigerung von 1 % zugrunde gelegt.

Bei Vertragsärzten mit einem anteiligen Versorgungsauftrag wird die anteilige durchschnittliche RLV-Fallzahl der Arztgruppe zugrunde gelegt.

- (2) Für einen Vertragsarzt, der seine Tätigkeit unter mehreren Gebiets- oder Schwerpunktbezeichnungen ausübt, ergibt sich die Fallzahlobergrenze nach dem Versorgungsauftrag, mit dem er zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen ist bzw. auf Antrag des Vertragsarztes nach dem Versorgungsbereich, in dem seine überwiegende Leistungserbringung der zurückliegenden Quartale lag.

- (3) Hat der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen einen Beschluss gem. § 100 Abs. 1 oder 3 SGB V getroffen, finden vorgenannte Regelungen zur Fallwertabstaffelung für Ärzte der betroffenen Arztgruppe im betreffenden Gebiet keine Anwendung. Gem. § 87b Abs. 3 SGB V prüft die KVBW im Einzelfall, ob diese Maßnahme ausreichend ist, die Sicherstellung der medizinischen Versorgung zu gewährleisten. Sie ist ermächtigt, ggf. weitere Maßnahmen zu ergreifen.

Das Nähere regelt der Vorstand.

§ 11 Ermittlung der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen je Arzt

- (1) Jeder Vertragsarzt, der die entsprechenden Voraussetzungen erfüllt, erhält ein QZV gem. Anlage 2a.

Für die in Anlage 2a Abschnitt I. und II. aufgeführten Leistungsbereiche werden QZV gebildet. Ein Arzt hat Anspruch auf die arztgruppenspezifischen QZV, wenn 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 Berechnung der QZV gem. Anlage 2a Abschnitt I. erfolgt grundsätzlich je Behandlungsfall gem. Anlage 8 Abschnitt I.
- (3) Die Berechnung der QZV gem. Anlage 2a Abschnitt II. erfolgt in Form eines Honorarvolumens gem. Anlage 8 Abschnitt II.

§ 12 Sonderregelungen bei Neuaufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit, Praxen in der Anfangsphase, Praxisauflösungen, Praxisverlegungen und Übernahme einer Praxis

- (1) Für das erste Jahr der Neuaufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit (sog. Neupraxis) und in der Folgezeit auf Antrag für Praxen in der Anfangsphase (sog. Jungpraxen) sowie entsprechend bei Übernahme einer Praxis wird für diese Anfängerpraxen für einen Entwicklungszeitraum von 12 Quartalen seit Zulassungsbeginn bei der Bemessung des RLV die relevante Fallzahl gem. § 8 im Abrechnungsquartal zugrunde gelegt.
- (2) Ist ein Praxis-/Kooperationspartner einer BAG, eines MVZ oder einer Praxis mit angestelltem Arzt (ohne Leistungsbeschränkung) als Anfängerpraxis (Neupraxis oder nach Antragstellung als Jungpraxis) einzustufen, wird für die Gesamtpraxis die RLV-Fallzahl des Abrechnungsquartals angesetzt. Die Berechnung des Kooperationsgrads erfolgt auf der Basis der RLV-Fallzahlen des Abrechnungsquartals.
- (3) Bei Neuaufnahme einer Praxis wird ein QZV ausgelöst, sobald die Voraussetzungen für die Leistungserbringung erfüllt sind. Die Höhe ergibt sich für QZV gem. Anlage 2a Abschnitt I. aus der RLV-Fallzahl im jeweiligen Quartal. Für ein QZV in Form eines Honorarvolumens gem. Anlage 2a Abschnitt II. erfolgt die arztindividuelle Ermittlung des Honorarvolumens auf der Basis der tatsächlichen Leistungsanforderung im Abrechnungsquartal, multipliziert mit der Quote (Q) gem. Anlage 8 Abschnitt II.
- (4) Bei der Auflösung von arztgruppen- und schwerpunktgleichen BAG können die Vertragsärzte einvernehmlich eine Aufteilung der Fallzahlen vereinbaren und der KVBW mitteilen. Erfolgt bis zur Entscheidung des Zulassungsausschusses keine Mitteilung der beteiligten Ärzte, werden die Fallzahlen zu gleichen Teilen auf die Vertragsärzte aufgeteilt. Die Weiterführung der Arztpraxis ohne eine Praxisverlegung gilt nicht als Neuaufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit.

- (5) Praxisverlegungen, die mit einem Wechsel des Bedarfsplanungsbereichs oder der Arztgruppe verbunden sind, werden auf Antrag wie eine Neuaufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit behandelt.
- (6) Anträge gem. Abs. 1, Abs. 4 und Abs. 5 sind bis spätestens zum Ende des Quartals zu stellen, für das die Sonderregelung geltend gemacht wird.

§ 13 Sonderregelungen bei Unvergleichbarkeit von Bezugsquartal und Abrechnungsquartal

- (1) Auf Antrag eines Vertragsarztes prüft die KVBW nach pflichtgemäßem Ermessen, ob aus Sicherstellungsgründen anstelle der RLV-Fallzahl des Vorjahresquartals die RLV-Fallzahl des Abrechnungsquartals bei der Bemessung von RLV und QZV nach § 11 Abs. 1 herangezogen wird. Dies kommt insbesondere in Betracht
 - a. bei einer außergewöhnlich starken Erhöhung der Zahl der behandelten Versicherten im Abrechnungsquartal z. B. aufgrund
 - der urlaubs- oder krankheitsbedingten Vertretung eines anderen Arztes im Einzugsbereich der Praxis,
 - der Aufgabe einer Zulassung oder genehmigten Tätigkeit eines anderen Arztes in der näheren Umgebung der Praxis ohne Nachfolge,
 - der Wiederaufnahme der Praxistätigkeit nach Ruhen der Zulassung,
 - der Eröffnung einer Nebenbetriebsstätte aus Sicherstellungsgründen,
 - der Übernahme von Heimpatienten bei Neueröffnung/Erweiterung eines Heimes,
 - der Rückkehr aus einem Selektivvertrag.
 - b. bei Vorliegen eines außergewöhnlichen und/oder durch den Arzt unverschuldeten Grundes, der zu einer niedrigeren Fallzahl des Arztes im Aufsatzquartal geführt hat, z.B. aufgrund
 - einer (außergewöhnlichen) Praxisschließung von mindestens 10 Werktagen im Vorjahresquartal ohne Vertretung (in eigener Praxis) infolge von Urlaub, Fort-/Weiterbildung, Renovierung der Praxisräumlichkeiten, o.ä.,
 - einer (unverschuldeten) Praxisschließung von mindestens 10 Werktagen im Vorjahresquartal ohne Vertretung (in eigener Praxis) infolge von Krankheit, eingeschränkter Nutzbarkeit der Praxisräume durch äußere Einflüsse, o.ä.

Das Nähere regelt der Vorstand.

- (2) Anträge sind bis spätestens zum Ende des Quartals zu stellen, für das die Sonderregelung geltend gemacht wird.

§ 14 Fallzahlzuwachsbegrenzung

- (1) Die von einem Vertragsarzt einer fachärztlichen Arztgruppe gem. Anlage 1b zur Abrechnung eingereichte Behandlungsfallzahl gem. § 8 Abs. 1 unterliegt einer Fallzahlzuwachsbeschränkung. Zur Ermittlung der Fallzahlgrenze wird je Vertragsarzt auf die RLV-Fallzahl im Vorjahresquartal abgestellt. Ist diese Fallzahl niedriger als die durchschnittliche Fallzahl seiner Fachgruppe im Vorjahresquartal, wird diese durchschnittliche Fallzahl der Fachgruppe als Fallzahlgrenze zugrunde gelegt.
Sofern die RLV-Fallzahl im Vorjahresquartal die so ermittelte Fallzahlgrenze um mehr als 3 % (Zuwachstoleranz) der durchschnittlichen Fallzahl der Fachgruppe im Vorjahresquartal überschreitet, werden die überschreitenden Fälle nicht für die Bemessung von RLV und QZV herangezogen.
- (2) Bei Neuaufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit wird als Fallzahlgrenze der Durchschnitt der entsprechenden Arztgruppe gem. Anlage 1b im Vorjahresquartal zugrunde gelegt.

Bei Vertragsärzten mit einem anteiligen Versorgungsauftrag wird die anteilige durchschnittliche Fallzahl der Arztgruppe zugrunde gelegt.

Eine Praxisübernahme ist als Neuaufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit zu behandeln. Auf Antrag kann der Erwerber einer Praxis von der Fallzahlzuwachsbeschränkung ausgenommen werden, wenn die Fallzahl des Praxisübergebers die Fallzahlgrenze gem. Satz 1 überschritten hatte.

- (3) Nicht der Fallzahlzuwachsbeschränkung unterliegt ein Vertragsarzt, der einer fachärztlichen Arztgruppe angehört, deren aktuelle durchschnittliche Fallzahl unter 150 Fällen liegt. Die Fallzahlzuwachsbeschränkung kommt ebenfalls nicht zur Anwendung, wenn in der fachärztlichen Arztgruppe die durchschnittliche Fallzahl im Vorjahresquartal gegenüber dem Vorvorjahresquartal um weniger als 1 % angestiegen ist.

- (4) Hat der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen einen Beschluss nach § 100 Abs. 1 oder 3 SGB V getroffen, finden vorgenannte Regelungen zur Fallzahlzuwachsbeschränkung für Ärzte der betroffenen Arztgruppe im betreffenden Gebiet keine Anwendung. Gem. § 87b Abs. 3 SGB V prüft die KVBW, ob diese Maßnahme ausreichend ist, die Sicherstellung der medizinischen Versorgung zu gewährleisten. Sie ist ermächtigt, ggf. weitere Maßnahmen zu ergreifen.

Das Nähere regelt der Vorstand.

- (5) Auf Antrag eines Vertragsarztes prüft die KVBW nach pflichtgemäßem Ermessen, ob aus Sicherstellungsgründen von der Fallzahlzuwachsbeschränkung abgewichen werden kann. Dies kommt insbesondere in Betracht, wenn ein Ausnahmetatbestand gem. § 13 Abs. 1 festgestellt werden kann.

Ausgenommen von der Fallzahlzuwachsbeschränkung sind auf Antrag Praxen, deren Praxiskonstellation sich gegenüber dem Vergleichszeitraum geändert hat.

Das Nähere regelt der Vorstand.

- (6) Anträge gem. Abs. 2 und Abs. 5 sind bis spätestens zum Ende des Quartals zu stellen, für das die Ausnahme gewährt werden soll.

§ 15 Praxisbesonderheiten

- (1) Praxisbesonderheiten werden einem Vertragsarzt einer Arztgruppe gem. Anlage Ib von der KVBW auf Antrag gewährt. Der Antrag muss die Leistungen unter Angabe der EBM-Gebührenordnungspositionen benennen, in denen sich die Praxisbesonderheit ausdrücken soll.

- (2) Praxisbesonderheiten können sich grundsätzlich nur auf Leistungen beziehen, welche einer Mengengrenzung durch RLV oder einem QZV unterliegen. Praxisbesonderheiten ergeben sich aus einem besonderen Versorgungsauftrag oder einer besonderen, für die Versorgung bedeutsamen fachlichen Spezialisierung, die sich in einer bestimmten Patientenstruktur niederschlagen.

Voraussetzung für die Anerkennung von Praxisbesonderheiten ist ein aus den Praxisbesonderheiten resultierender Versorgungsschwerpunkt sowie eine aus den Praxisbesonderheiten resultierende Überschreitung des durchschnittlichen Fallwerts der Prüfgruppe für die entsprechenden Leistungen von mindestens 30 % im Referenzzeitraum. Es darf keine unwirtschaftliche und keine implausible Behandlungsweise vorliegen.

- (3) Die KVBW beurteilt nach pflichtgemäßem Ermessen, ob eine Praxisbesonderheit vorliegt und in welchem Umfang sowie für welche Dauer individuelle Zuschläge zu gewähren sind. Sie berücksichtigt hierbei die von den Beratenden Fachausschüssen und den Berufsverbänden unterbreiteten Vorschläge, für welche Leistungsbereiche einer Arztgruppe gem. Anlage Ib eine Praxisbesonderheit prinzipiell in Betracht kommen kann.

Das Nähere regelt der Vorstand.

- (4) Eine Zubilligung von Praxisbesonderheiten ist frühestens für das Quartal der Antragstellung möglich. Ein als Praxisbesonderheit ermittelter Mehrbedarf wird als individueller Zuschlag analog einem QZV gem. § 11 gewährt.
- (5) Anträge sind bis spätestens zum Ende des Quartals zu stellen, für das die Praxisbesonderheit gewährt werden soll.

§ 16 Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten

- (1) Die KVBW ist berechtigt, Arztgruppen, die aufgrund der neuen Honorarverteilungssystematik ab dem 01.07.2012 Honorarverluste hinnehmen mussten, durch entsprechende Maßnahmen zu stützen.
- (2) Verringert sich das Honorar einer Arztpraxis und das Honorar je Fall um mehr als 10 % gegenüber dem Vorjahresquartal, prüft die Kassenärztliche Vereinigung auf Antrag des Arztes, ggf. im Einzelfall aus Sicherstellungsgründen von Amts wegen, inwiefern eine befristete Ausgleichszahlung an die Arztpraxis erfolgen kann. Die Ausgleichszahlung erfolgt aus Rückstellungen gem. Anlage 3b. Sie wird geleistet bis 90 % des Fallwertes des Vorjahresquartals, maximal jedoch 90 % des Gesamthonorars des Vorjahresquartals erreicht sind.
- (3) Voraussetzung für eine Ausgleichszahlung ist, dass die Honorarminderung durch die Umstellung der Honorarverteilungssystematik auf diesen HVM, den EBM oder dadurch begründet ist, dass die Partner der Gesamtverträge bisherige Vereinbarungen nicht oder in veränderter Form fortgeführt haben. Die Honorarminderung darf nicht durch Faktoren verursacht sein, die im Verantwortungsbereich des Arztes liegen, wie z.B. ein Rückgang an Behandlungsfällen oder an erbrachten Leistungen.
- (4) Anträge sind bis spätestens zum Ende des Folgequartals zu stellen, für das die Ausgleichszahlung gewährt werden soll oder im Rahmen eines Widerspruchs gegen den entsprechenden Honorarbescheid einzubringen.

Das Nähere regelt der Vorstand.

§ 17 Unvorhersehbarer Anstieg der Morbidität

Nachzahlungen von Krankenkassen aufgrund des in § 87a Abs. 5 SGB V festgelegten Verfahrens zur Vereinbarung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs gem. § 87a Abs. 4 Satz 4 SGB V führen zu Nachzahlungen im Rahmen der Honorarbescheidung der Abrechnungsquartale nach den angeforderten Leistungen.

§ 18 Abrechnungsbescheid

- (1) Der Vertragsarzt erhält über seine Honorarabrechnung einen Abrechnungsbescheid. Gegen den Abrechnungsbescheid kann er innerhalb eines Monats nach Zugang Widerspruch bei der KVBW einlegen. Der Widerspruch bedarf der Schriftform und soll eine Begründung enthalten. Über den Widerspruch entscheidet, sofern ihm nicht abgeholfen werden kann, der Vorstand der KVBW.
- (2) Forderungen der Vertragsärzte stehen unter dem Vorbehalt nachträglicher sachlich-rechnerischer oder gebührenordnungsmäßiger Berichtigungen, Verfahren im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung und Verfahren auf Feststellung eines sonstigen Schadens.

§ 19 Inkrafttreten

Dieser HVM tritt zum 01.07.2014 in Kraft.

Anlage Ia

zum HVM gültig ab 01.07.2014

Das arztgruppenspezifische Verteilungsvolumen gem. § 5 Abs. 4 wird auf folgende Arztgruppen aufgeteilt:

- Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, hausärztlicher Versorgungsbereich
- Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin ohne Schwerpunkt
- Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder-Kardiologie
- Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie
- Fachärzte Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder-Hämatologie und -Onkologie
- Fachärzte Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung Kinder-Gastroenterologie
- Fachärzte Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie
- Fachärzte Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung Kinder-Rheumatologie
- Fachärzte Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung Kinder-Nephrologie
- Fachärzte Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie
- Fachärzte für Anästhesiologie
- Fachärzte für Augenheilkunde
- Fachärzte für Chirurgie, Kinderchirurgie, Plastische Chirurgie, Herzchirurgie
- Fachärzte für Neurochirurgie
- Fachärzte für Frauenheilkunde, Fachärzte für Frauenheilkunde / mit fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin
- Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde
- Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten
- Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, fachärztlicher Versorgungsbereich
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Endokrinologie
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/Onkologie
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie mit invasiver Tätigkeit
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie
- Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
- Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie mit Teilnahme an der Sozialpsychiatrischen Vereinbarung
- Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
- Fachärzte für Nervenheilkunde, Fachärzte für Neurologie
- Fachärzte für Nuklearmedizin (ohne Vorhaltung MRT)
- Fachärzte für Nuklearmedizin (mit Vorhaltung MRT)
- Fachärzte für Orthopädie
- Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie

- Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie
- Fachärzte für Diagnostische Radiologie (ohne Vorhaltung CT und MRT)
- Fachärzte für Diagnostische Radiologie (mit Vorhaltung CT)
- Fachärzte für Diagnostische Radiologie (mit Vorhaltung CT und MRT)
- Fachärzte für Diagnostische Radiologie (mit Vorhaltung MRT)
- Fachärzte für Urologie
- Fachärzte für Physikalisch-Rehabilitative Medizin
- Ärzte mit Teilnahme an der Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung für die Behandlung chronisch schmerzkranker Patienten (für maximal 400 Fälle)
- Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie andere ausschließlich psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte gem. den Kriterien der Bedarfsplanungsrichtlinien
- Ermächtigte (Krankenhaus-) Ärzte, Krankenhäuser, Einrichtungen und Institutionen
- Sonstige Ärzte (Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Nephrologie, Humangenetiker, Pathologen, Strahlentherapeuten, Laborärzte, Laborgemeinschaften, etc.)

Anlage Ib

zum HVM gültig ab 01.07.2014

Für Regelleistungsvolumen relevante Arztgruppen	Zuordnung der Arztgruppen in Bezug auf die kooperative Behandlung von Patienten (BAG-Aufschlag)
--	--

Hausärztliche Arztgruppen

Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, hausärztlicher Versorgungsbereich	Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, hausärztlicher Versorgungsbereich
Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin ohne Schwerpunkt	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin
Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder-Kardiologie	
Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie	
Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder-Hämatologie und -Onkologie	
Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung Kinder-Gastroenterologie	
Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie	
Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung Kinder-Rheumatologie	
Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung Kinder-Nephrologie	
Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie	

Fachärztliche Arztgruppen

Fachärzte für Anästhesiologie	Fachärzte für Anästhesiologie
Fachärzte für Augenheilkunde	Fachärzte für Augenheilkunde
Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie	Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie
Fachärzte für Frauenheilkunde, Fachärzte für Frauenheilkunde mit fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	Fachärzte für Frauenheilkunde, Fachärzte für Frauenheilkunde mit fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin
Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde
Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten	Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten

Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Endokrinologie	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Endokrinologie
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/ Onkologie	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/ Onkologie
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie, Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie mit invasiver Tätigkeit
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie mit invasiver Tätigkeit	
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie
Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie mit Teilnahme an der Sozialpsychiatrischen Vereinbarung
Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie mit Teilnahme an der Sozialpsychiatrischen Vereinbarung	
Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
Fachärzte für Nervenheilkunde, Fachärzte für Neurologie	Fachärzte für Nervenheilkunde Fachärzte für Neurologie, Fachärzte für Neurochirurgie
Fachärzte für Neurochirurgie	
Fachärzte für Nuklearmedizin (ohne Vorhaltung von MRT)	Fachärzte für Nuklearmedizin (mit/ohne Vorhaltung MRT)
Fachärzte für Nuklearmedizin (mit Vorhaltung von MRT)	
Fachärzte für Orthopädie	Fachärzte für Orthopädie
Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie	Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie

Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie	Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie
Fachärzte für Diagnostische Radiologie (ohne Vorhaltung CT und MRT)	Fachärzte für Diagnostische Radiologie (mit/ohne Vorhaltung CT und/oder MRT)
Fachärzte für Diagnostische Radiologie (mit Vorhaltung CT)	
Fachärzte für Diagnostische Radiologie (mit Vorhaltung CT und MRT)	
Fachärzte für Diagnostische Radiologie (mit Vorhaltung MRT)	
Fachärzte für Urologie	Fachärzte für Urologie
Fachärzte für Physikalisch-Rehabilitative Medizin	Fachärzte für Physikalisch-Rehabilitative Medizin

Hausärztliche / Fachärztliche Schmerztherapeuten

Ärzte mit Teilnahme an der Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung für die Behandlung chronisch schmerzkranker Patienten (für maximal 400 Fälle)	
--	--

Anlage 2a

zum HVM gültig ab 01.07.2014

I. Zuordnung der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen gem. § 11 Abs. 2

Für nachfolgende Arztgruppen werden qualifikationsgebundene Zusatzvolumen (QZV) für die im Folgenden genannten Leistungen gem. Anlage 8 Abschnitt I. ermittelt und festgesetzt.

Die berufsrechtlichen Bestimmungen zur Erbringung von Leistungen und die Abrechnungsbestimmungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) bleiben von der nachfolgenden Zuordnung der Gebührenordnungspositionen zu den Arztgruppen unberührt.

Arztgruppe	QZV	Gebührenordnungsposition des EBM
Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, hausärztlicher Versorgungsbereich	Allergologie (Zusatzbezeichnung)	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123, 30130, 30131
	Behandlung des diabetischen Fußes	02311
	Chirotherapie	30200, 30201
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092
	Sonographie III	33060, 33061, 33062
Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092
	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040
Fachärzte für Anästhesiologie	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
Fachärzte für Augenheilkunde	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie, für Herzchirurgie	Behandlung des diabetischen Fußes	02311
	Chirotherapie	30200, 30201
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120

	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503
Fachärzte für Neurochirurgie	Chirotherapie	30200, 30201
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503
Fachärzte für Frauenheilkunde, Fachärzte für Frauenheilkunde mit fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	Kurative Mammographie	34270, 34271, 34272, 34273
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	Chirotherapie	30200, 30201
	Otoakustische Emissionen	09324
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092

	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503
Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten	Allergologie	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123, 30130, 30131
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, fachärztlicher Versorgungsbereich	Behandlung des diabetischen Fußes	02311
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092
	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie	Behandlung des diabetischen Fußes	02311
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092
	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040

	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Endokrinologie	Behandlung des diabetischen Fußes	02311
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgung-) Schwerpunkt Hämato-/Onkologie	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Sonographie I	33000, 33001, 33002, 33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092

	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie mit invasiver Tätigkeit	Sonographie I	33000, 33001, 33002, 33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092
	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Sonographie I	33000, 33001, 33002, 33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092
	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040

	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503
Fachärzte für Nervenheilkunde, Fachärzte für Neurologie	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
Fachärzte für Nuklearmedizin (ohne Vorhaltung MRT)	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092
Fachärzte für Nuklearmedizin (mit Vorhaltung MRT)	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092
Fachärzte für Orthopädie	Chirotherapie	30200, 30201
	Osteodensitometrie	34600
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092

	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503
Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092
Fachärzte für Physikalisch-Rehabilitative Medizin	Chirotherapie	30200, 30201
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092
	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503
Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
Fachärzte für Diagnostische Radiologie (ohne Vorhaltung CT und MRT)	Nuklearmedizinische Leistungen	17310, 17311, 17312, 17320, 17321, 17330, 17331, 17332, 17333, 17340, 17341, 17350, 17351, 17360, 17361, 17362, 17363, 17372
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092
Fachärzte für Diagnostische Radiologie (mit Vorhaltung CT)	Nuklearmedizinische Leistungen	17310, 17311, 17312, 17320, 17321, 17330, 17331, 17332, 17333, 17340, 17341, 17350, 17351, 17360, 17361, 17362, 17363, 17372

	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092
Fachärzte für Diagnostische Radiologie (mit Vorhaltung CT und MRT)	Interventionelle Radiologie	01530, 01531, 34283, 34284, 34285, 34286, 34287
	MRT-Angiographie	34470, 34475, 34480, 34485, 34486, 34489, 34490, 34492
	Nuklearmedizinische Leistungen	17310, 17311, 17312, 17320, 17321, 17330, 17331, 17332, 17333, 17340, 17341, 17350, 17351, 17360, 17361, 17362, 17363, 17372
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
Fachärzte für Urologie	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503

II. Zuordnung der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen gem. § 11 Abs. 3

Für nachfolgende Arztgruppen wird ein qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen (QZV) für die im Folgenden genannten Leistungen gem. Anlage 8 Abschnitt II. ermittelt und in Form eines Honorarvolumens festgesetzt.

Die berufsrechtlichen Bestimmungen zur Erbringung von Leistungen und die Abrechnungsbestimmungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) bleiben von der nachfolgenden Zuordnung der Gebührenordnungspositionen unberührt.

Arztgruppe	QZV	Gebührenordnungsposition des EBM
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie	Polysomnographie	30901
Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	Polysomnographie	30901
Fachärzte für Nuklearmedizin (mit Vorhaltung MRT)	Nuklearmedizinische Leistungen	17310, 17311, 17312, 17320, 17321, 17330, 17331, 17332, 17333, 17340, 17341, 17350, 17351, 17360, 17361, 17362, 17363, 17372
	MRT-Leistungen	34410, 34411, 34420, 34421, 34422, 34430, 34431, 34440, 34441, 34442, 34450, 34451, 34452, 34460, 34470, 34475, 34480, 34485, 34486, 34489, 34490, 34492

Anlage 2b

zum HVM gültig ab 01.07.2014

Für nachfolgende Arztgruppen werden die im Folgenden aufgeführten Leistungen (sog. Freie Leistungen) innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV), jedoch außerhalb Regelleistungsvolumen (RLV) und qualifikationsgebundene Zusatzvolumen (QZV) ermittelt und festgesetzt.

Arztgruppe	Leistungen innerhalb MGV, jedoch außerhalb RLV und QZV	Gebührenordnungsposition des EBM
Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, hausärztlicher Versorgungsbereich	Akupunktur	30790, 30791
	Kleinchirurgie*	02300, 02301, 02302, 02310
	Langzeit-EKG*	03241, 03322, 01600, 01601, 01602
	Phlebologie*	30500, 30501
	Proktologie*	03331, 03332, 30600, 30601, 30610, 30611
	Richtlinienpsychotherapie*	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150
	Sonographie II*	33020, 33021, 33022, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075
Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	Teilradiologie*	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34270, 34271, 34272, 34273, 34280, 34281, 34282
	Richtlinienpsychotherapie*	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150
Fachärzte für Anästhesiologie	Hyposensibilisierung*	30130, 30131
	Akupunktur	30790, 30791
Fachärzte für Augenheilkunde	Narkosen bei zahnärztlicher Behandlung	05330, 05331, 05340, 05341, 05350
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512
	Elektroophtalmologie	06312
Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie, für Herzchirurgie	Fluoreszenzangiographie	06331
	Kontaktlinsenanpassung	06340, 06341, 06342, 06343
	Strukturpauschale für konservative Augenärzte*	06225
	Akupunktur	30790, 30791
Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie, für Herzchirurgie	Gastroenterologie, Bronchoskopie	13400, 13401, 13402, 13410, 13411, 13412, 13420, 13662, 13663, 13664, 13670
	Phlebologie	30500, 30501
	Proktologie	30600, 30601

Fachärzte für Neurochirurgie	Akupunktur	30790, 30791
Fachärzte für Frauenheilkunde, Fachärzte für Frauenheilkunde mit fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	Empfängnisregelung, Sterilisation oder Schwangerschaftsabbruch	01820, 01821, 01822, 01825, 01826, 01827, 01828, 01830, 01831, 01832, 01835, 01836, 01837, 01838, 01839, 01840, 01850, 01851, 01852, 01853, 01854, 01855, 01856, 01857, 01900, 01901, 01902, 01903, 01904, 01905, 01906, 01910, 01911, 01912, 01913, 01915
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512
	Richtlinienpsychotherapie*	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150
	Stanzbiopsie*	08320
	Sonographie Brustdrüsen	33041
Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	Kardiorespiratorische Polygraphie	30900
Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten	Dermatologische Lasertherapie	10320, 10322, 10324
	Phlebologie	30500, 30501
	Proktologie	30600, 30601, 30610, 30611
	Besuche	01410, 01413, 01415
Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	Gastroenterologie	13400, 13401, 13402, 13410, 13411, 13412
	Langzeit-EKG	13253, 01600, 01601, 01602
	Nuklearmedizinische Leistungen	17310, 17311, 17312, 17320, 17321, 17330, 17331, 17332, 17333, 17340, 17341, 17350, 17351, 17360, 17361, 17362, 17363
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Endokrinologie	Nuklearmedizinische Leistungen	17310, 17311, 17312, 17320, 17321, 17330, 17331, 17332, 17333, 17340, 17341, 17350, 17351, 17360, 17361, 17362, 17363
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie	Gastroenterologie*	13400, 13401, 13402, 13410, 13411, 13412
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/ Onkologie	Gastroenterologie	13400, 13401, 13402, 13410, 13411, 13412
	Nuklearmedizinische Leistungen	17310, 17311, 17312, 17320, 17321, 17330, 17331, 17332, 17333, 17340, 17341, 17350, 17351, 17360, 17361, 17362, 17363
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512

Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie	Kardiorespiratorische Polygraphie	30900
	Langzeit-EKG	13253, 01600, 01601, 01602
	Nuklearmedizinische Leistungen	17310, 17311, 17312, 17320, 17321, 17330, 17331, 17332, 17333, 17340, 17341, 17350, 17351, 17360, 17361, 17362, 17363
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie mit invasiver Tätigkeit	Langzeit-EKG	13253, 01600, 01601, 01602
	Herzkatheteruntersuchung inkl. Beobachtungs- und Betreuungsleistungen*	34291, 34292, 01520, 01521
	Serienangiographie inkl. Beobachtungs- und Betreuungsleistungen	34283, 34284, 34285, 34286, 34287, 01530, 01531
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie	Bronchoskopie	13662, 13663, 13664, 13670
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie	Akupunktur	30790, 30791
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512
Fachärzte für Diagnostische Radiologie (mit Vorhaltung CT)	CT-gesteuerte Intervention	34504, 34505
Fachärzte für Diagnostische Radiologie (mit Vorhaltung CT und MRT)	CT-gesteuerte Intervention	34504, 34505
Fachärzte für Nuklearmedizin (ohne Vorhaltung MRT)	Zuschlag SPECT	17362, 17363
Fachärzte für Nervenheilkunde, Fachärzte für Neurologie	Akupunktur	30790, 30791
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512
Fachärzte für Urologie	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512
	Zystoskopie	26310, 26311
	Urodynamik	26312, 26313
	ESWL (Stoßwellenlithotripsie)*	26330
Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie	Phoniatrisch-pädaudiologische Leistungen	20314, 20327, 20330, 20331, 20332, 20335, 20336, 20340, 20370, 35300, 35301, 35302
Fachärzte für Orthopädie	Akupunktur	30790, 30791
Fachärzte für Physikalisch-Rehabilitative Medizin	Akupunktur	30790, 30791
Ärzte mit schmerztherapeutischem Fallwert gem. Anlage Ib	Zuschlag schmerztherapeutische Einrichtungen	30704
	Akupunktur im Rahmen der Schmerztherapie	30790, 30791

* Mindestquote in Höhe von 80 %

Anlage 3a

zum HVM gültig ab 01.07.2014

Bereinigung aufgrund von Selektivverträgen gem. §§ 73b, 73c, 140a ff. SGB V

Für die Bereinigung von Vorwegabzügen, Freien Leistungen und arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen (RLV) nach § 87b SGB V sowie der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV) aufgrund von Selektivverträgen nach §§ 73b, 73c, 140a ff. SGB V gelten folgende Grundsätze:

I. Ex-ante Einschreibung

1. Ermittlung des MGV-Bereinigungsvolumens

- 1.1. Grundlage für die Bereinigung ist die je Quartal und je zu bereinigenden Vertrag nach §§ 73b, 73c oder 140a ff. SGB V gesonderte Feststellung des zu bereinigenden Behandlungsbedarfs der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) für Versicherte mit ex-ante Einschreibung. Diese Feststellung basiert auf den zwischen den Gesamtvertragspartnern vereinbarten Regelungen zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 3 Satz 2 SGB V.
- 1.2. Der MGV-Bereinigungsbetrag wird auf die am zu bereinigenden Vertrag teilnehmenden Arztgruppen entsprechend der tatsächlichen Inanspruchnahme der Leistungen des Bereinigungsziffernkranzes - gem. MGV-Bereinigungsvertrag - im jeweiligen Vorjahresquartal aufgeteilt. Die Aufteilung in Vorwegabzüge, RLV-Leistungen (RLV-Bereinigungsvolumen), QZV-Leistungen (QZV-Bereinigungsvolumen) und Freie Leistungen erfolgt entsprechend.

2. Ermittlung des bereinigten RLV-Fallwertes je Arztgruppe

- 2.1. Zur Ermittlung des bereinigten RLV-Fallwertes wird das RLV-Bereinigungsvolumen vom RLV-Vergütungsvolumen der Arztgruppe abgezogen. Diese Differenz wird durch die Summe aller bereinigten Fallzahlen über alle Ärzte der Arztgruppe dividiert. Zur Ermittlung der bereinigten Fallzahlen werden die Fallzahlen des Vorjahresquartals um die Summe der Bereinigungsfallzahlen gemindert. Bereinigungsfallzahlen sind die Vorjahresquartalsfallzahlen der im jeweiligen Abrechnungsquartal in einen Selektivvertrag ex-ante eingeschriebenen Versicherten, bei denen eine Leistung des Bereinigungsziffernkranzes gem. MGV-Bereinigungsvertrag abgerechnet wurde. Nehmen Ärzte an einem Selektivvertrag selbst nicht teil (Nicht-Selektivvertrags-Ärzte), werden die diesbezüglichen Fälle nicht gezählt.
- 2.2. Der bereinigte RLV-Fallwert darf vom RLV-Fallwert der Arztgruppe für das Abrechnungsquartal höchstens 2,5 % abweichen. Über- oder unterschreitet der bereinigte RLV-Fallwert gem. Nr. 2.1 den RLV-Fallwert um mehr als 2,5 %, entspricht die Höhe des bereinigten RLV-Fallwertes 2,5 % über oder unter dem RLV-Fallwert der Arztgruppe für das Abrechnungsquartal.

3. Ermittlung des Bereinigungsvolumens der Arztgruppe aufgrund des bereinigten RLV-Fallwertes

Der bereinigte RLV-Fallwert gem. Nr. 2.2 wird dem RLV-Fallwert der Arztgruppe für das Abrechnungsquartal gegenübergestellt. Die Differenz wird mit der RLV-Fallzahl der Arztgruppe im Vorjahresquartal multipliziert.

4. Ermittlung des Bereinigungsfallwertes je Selektivvertrags-Arzt

Das RLV-Bereinigungsvolumen der Arztgruppe wird mit dem QZV-Bereinigungsvolumen der Arztgruppe gem. Nr. 1.2 addiert. Hiervon wird das Bereinigungsvolumen aufgrund des bereinig-

ten RLV-Fallwertes gem. Nr. 3. abgezogen. Es entsteht das Restbereinigungsvolumen der Arztgruppe. Dieses Restbereinigungsvolumen wird durch die Bereinigungsfallzahlen gem. Nr. 2.1 dividiert.

5. Ermittlung Bereinigungsvolumen RLV/QZV je Selektivvertrags-Arzt

Das Bereinigungsvolumen von RLV und QZV eines Selektivvertrags-Arzttes ergibt sich aus der Multiplikation des Bereinigungsfallwertes gem. Nr. 4 mit der jeweiligen individuellen Bereinigungsfallzahl des aktuellen Quartals.

6. Bereinigtes RLV/QZV je Arzt und Praxis

Das bereinigte RLV für sämtliche Ärzte einer Arztgruppe mit Teilnehmern am Selektivvertrag ergibt sich im ersten Schritt aus der Multiplikation des bereinigten Fallwertes gem. Nr. 2 mit der Fallzahl des Vorjahresquartals. Im zweiten Schritt werden von diesem RLV einer Praxis die individuellen Bereinigungsvolumen je am Selektivvertrag teilnehmenden Arztes einer Praxis gem. Nr. 5 abgezogen.

7. Bereinigung von Vorwegabzügen und Freien Leistungen im Abrechnungsquartal

7.1. Die in Nummer 1.2 ermittelten MGV-Bereinigungsbeträge für Vorwegabzüge und Freie Leistungen werden vom hierfür im Abrechnungsquartal zur Verfügung stehenden Vergütungsvolumen abgezogen.

7.2. Bei Psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie anderen ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Vertragsärzten wird das arztgruppenspezifische Verteilungsvolumen (§ 5 Abs. 4) entsprechend der Höhe der Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung reduziert.

8. Nicht vertragskonforme Inanspruchnahme (NVI) bei Verträgen nach § 73c SGB V

8.1. Vergütung der NVI

Gemäß Bereinigungsvertrag entrichtet die jeweilige Kasse bei NVI ihrer in Verträgen nach § 73c SGB V eingeschriebenen Versicherten ein Vergütungsvolumen in Höhe der abgerechneten Leistungen zu den Preisen der Euro-GO an die KVBW.

8.2. Honorierung von NVI

Die Honorierung der im Rahmen der NVI abgerechneten und anerkannten Leistungen bei in Verträge nach § 73c SGB V eingeschriebenen Versicherten erfolgt gemäß den jeweils zutreffenden Regelungen der Honorarverteilung für Leistungen der MGV.

8.3. Berechnung der Bereinigungsfallwerte nach Nr. 4 für Ärzte von Arztgruppen aus dem fachärztlichen Versorgungsbereich, welche an Verträgen nach § 73c SGB V teilnehmen
Ergeben sich infolge der Berechnung nach Nr. 4 Bereinigungsfallwerte oberhalb der RLV-/QZV-Fallwerte einer Facharztgruppe, werden für die Bereinigung des RLV-/QZV-(Grenzvolumen) nur Fallwerte in Höhe der durchschnittlich bereinigten RLV-/QZV-Fallwerte mit Leistungen des Ziffernkranzes herangezogen. Die hierfür benötigten Finanzmittel werden dem Finanzvolumen nach Nr. 8.1 entnommen.

II. Situative Bereinigung

1. Grundlage der Bereinigung

- 1.1. Grundlage für die Bereinigung sind die zwischen den Gesamtvertragspartnern abgeschlossenen Vereinbarungen zur situativen Bereinigung eines in die hausarztzentrierte Versorgung (HzV) nach § 73b SGB V eingeschriebenen Versicherten, der durch Ärzte, die an einem Vertrag nach § 73c SGB V teilnehmen, situativ abgerechnet wird.
- 1.2. Die situative Bereinigung bei einem an einem Selektivvertrag nach § 73c SGB V teilnehmenden Arzt ist abhängig von der im jeweiligen Selektivvertrag erbrachten Leistung.

2. RLV/QZV-Bereinigung

Bei einer selektivvertraglichen Abrechnung wird das RLV und QZV der Praxis des abrechnenden Arztes um den entsprechenden Bereinigungsbetrag gem. Nr. 5 bereinigt, sofern es sich hierbei um eine RLV/QZV relevante Leistung handelt.

3. Bereinigung von Vorwegabzügen und Freien Leistungen

Bei allen weiteren Leistungen erfolgt die Bereinigung gem. Nr. 5.

4. Bereinigung bei Psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie anderen ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Vertragsärzten

Bei einer selektivvertraglichen Abrechnung wird das arztgruppenspezifische Verteilungsvolumen (§ 5 Abs. 4) um den entsprechenden Bereinigungsbetrag gem. Nr. 5 bereinigt.

5. Bereinigungsbeträge situativ ab dem Quartal I/2014

5.1. Gastroenterologie

Bereinigungsposition	Bereinigungsbetrag	Leistungsbereich
Gastroenterologie-Grundkomplex	35,00 €	RLV/QZV
Gastroskopie	72,28 €	FL

5.2. Kardiologie

Bereinigungsposition	Bereinigungsbetrag	Leistungsbereich
Kardiologie-Grundkomplex	65,00 €	RLV/QZV
Linksherzkatheter	509,17 €	FL/Kosten
PCI Ein-Gefäß mit/ohne Stent	1.770,20 €	FL/Kosten
PCI Mehr-Gefäß mit/ohne Stent	2.356,87 €	FL/Kosten
PCI Ein-/Mehr-Gefäß mit medikamentös beschichtetem Stent	870,56 €	FL/Kosten

5.3. PNP

Bereinigungsposition	Bereinigungsbetrag	Leistungsbereich
Grundkomplex für ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte: <ul style="list-style-type: none"> - Psychologische Psychotherapeuten - Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten - Fachärzte f. psychosomatische Medizin Psychotherapie - Ärzte, die mind. 90% psychotherapeutisch tätig sind 	14,93 €	PT-Vergütungsvolumen
Grundkomplex für Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie	122,23 €	RLV/QZV
Grundkomplex für Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie	72,54 €	RLV/QZV
Grundkomplex für Fachärzte für Nervenheilkunde und Fachärzte für Neurologie	66,64 €	RLV/QZV
Akute Einzeltherapie (ggf. nach Vorstellung Sozialdienst) oder Erstbehandlung Einzeltherapie gemäß Modul C der Anlage 12 des PNP-Vertrages (nur Hausärzte)	48,96 €	FL

5.4. Orthopädie

Bereinigungsposition	Bereinigungsbetrag	Leistungsbereich
Grundkomplex Facharztebene	42,00 €	RLV/QZV
Grundkomplex Schmerztherapie	94,00 €	RLV/QZV
Akupunktur	3,75 €	FL
Proktologie ¹	8,65 €	FL
Pauschale fachärztliche Grundversorgung	1,40 €	FL

5.5. IVR-Vertrag der Barmer GEK

Bereinigungsposition	Bereinigungsbetrag	Leistungsbereich
Grundkomplex Facharztebene	34,76 €	RLV/QZV
Grundkomplex Schmerztherapie	137,36 €	RLV/QZV
Grundkomplex Schmerztherapie nach Facharztebene	102,60 €	RLV/QZV

FL = Freie Leistungen, PT = Psychotherapie

¹ Der Bereinigungsbetrag wird nur bei Arztgruppen mit FL bereinigt.

Anlage 3b

zum HVM gültig ab 01.07.2014

Bildung und Auflösung von versorgungsbereichsspezifischen Rückstellungen

- I. Von der von den Partnern der Gesamtverträge gem. § 87a Abs. 3 Satz I SGB V vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung können nach Berechnung der vorläufigen haus- und fachärztlichen RLV-Verteilungsvolumen versorgungsbereichsspezifische Rückstellungen
 - zur Berücksichtigung einer Zunahme von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten,
 - für Sicherstellungsaufgaben (u. a. nachträglich erfolgende Honorarkorrekturen aus Vorquartalen),
 - zum Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten,
 - zum Ausgleich von Fehlschätzungen für Vorwegabzüge gem. § 5 gebildet werden.
2. Grundlage für die Höhe der Rückstellungen sind die im Vorjahr für die unter I. genannten Sachverhalte aufgewendeten Vergütungen. Zudem sind die im Jahr 2014 zu erwartenden Änderungen des damit verbundenen Vergütungsbedarfs zu berücksichtigen. Die Aufteilung der Rückstellungen auf die Quartale des Jahres 2014 orientiert sich an der quartalsweise ermittelten MGV.
3. Eine Über- oder Unterdeckung wird zum nächstmöglichen Zeitpunkt berücksichtigt.
4. Die KVBW kann darüber hinaus angemessene Rückstellungen für eventuelle Ausgleichszahlungen an Krankenkassen, andere Kassenärztliche Vereinigungen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und Vertragsärzte bilden.

Anlage 4

zum HVM gültig ab 01.07.2014

Bestandteil dieses HVM sind die Vorgaben der KBV vom 15.12.2011 (Teil A – D), vom 10.01.2012 (Teil E), vom 11.06.2012 (Teil F) sowie vom 26./27.05.2013 (Teil G – H) in der jeweils aktuell gültigen Fassung (vgl. Anhang).

Anhang zu Anlage 4 (KBV-Vorgaben gem. § 87b Abs. 4 SGB)

Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß § 87b Abs. 4 SGB V

mit Wirkung ab 1. Oktober 2013

- | | |
|---------------|--|
| Teil A | Vorgaben zu den Honorarverteilungsmaßstäben der Kassenärztlichen Vereinigungen gem. § 87b Abs. 2 Satz 1 SGB V |
| Teil B | Vorgabe zur Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung |
| Teil C | Vorgaben zur angemessenen Vergütung psychotherapeutischer Leistungen |
| Teil D | Vorgaben zur Berücksichtigung kooperativer Behandlung von Patienten in dafür gebildeten Versorgungsformen |
| Teil E | Vorgaben zur Vergütung laboratoriumsmedizinischer Leistungen |
| Teil F | Vorgaben zu den Grundsätzen der Bereinigung des zu erwartenden Honorars gem. § 87b Abs. 4 Satz 2 SGB V |
| Teil G | Vorgaben zur Vergütung von Leistungen der Humangenetik (genetisches Labor) |
| Teil H | Vorgabe zur Ermittlung des versorgungsbereichsspezifischen Grundbetrags für die Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung „PFG“ |

Teil A

im Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband

Vorgaben zu den Honorarverteilungsmaßstäben der Kassenärztlichen Vereinigungen gemäß § 87b Abs. 2 Satz 1 SGB V (GKV-VStG)

1. Die Kassenärztlichen Vereinigungen verteilen gemäß § 87b Abs. 1 SGB V (GKV-VStG) die vereinbarten Gesamtvergütungen an die Ärzte, Psychotherapeuten, Medizinischen Versorgungszentren sowie ermächtigte Einrichtungen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, gemäß einem im Benehmen mit den Verbänden der Krankenkassen auf Landesebene festgelegten Verteilungsmaßstab.
2. Dieser hat gemäß § 87b Abs. 2 Satz 1 SGB V (GKV-VStG) Regelungen vorzusehen, die verhindern, dass die Tätigkeit der Ärzte, Psychotherapeuten, Medizinischen Versorgungszentren sowie ermächtigten Einrichtungen über den zugestandenen Versorgungsauftrag oder den Ermächtigungsumfang hinaus übermäßig ausgedehnt wird.
3. Dabei soll den Ärzten, Psychotherapeuten, Medizinischen Versorgungszentren und ermächtigten Einrichtungen eine Kalkulationssicherheit hinsichtlich der Höhe des zu erwartenden Honorars ermöglicht werden.
4. Ausgangsgröße der Honorarverteilung ist die jeweils für das Abrechnungsquartal von den Krankenkassen mit befreiender Wirkung zu entrichtende morbiditätsbedingte Gesamtvergütung gemäß § 87a Abs. 3 Satz 1 SGB V (GKV-VStG), die unter Berücksichtigung von Teil B der Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung getrennt wird.
5. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat gemäß § 87b Abs. 4 Satz 2 SGB V (GKV-VStG) Vorgaben für die Honorarverteilungsmaßstäbe im Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband zu bestimmen.
6. Sofern die Kassenärztliche Vereinigung keinen Honorarverteilungsmaßstab festgelegt hat, der
 - a. den gesetzlichen Vorgaben in § 87b Abs. 2 Satz 1 SGB V (GKV-VStG),
 - b. den Vorgaben Teil A, Nr. 2. bis 5., und
 - c. den Vorgaben in Teil B bis H, einschließlich Anhang entspricht,werden die im Folgenden gelisteten Regelungen aus Abschnitt I. des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 218. Sitzung am 26. März 2010 zu Teil F zur Berechnung und zur Anpassung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen nach § 87b Abs. 2 und 3 SGB V (GKV-VStG), geändert durch Beschlüsse in der 239., 242., 245., 248. und 256. Sitzung des Bewertungsausschusses, analog durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung festgelegt:
 - d. Regelung nach den Nrn. 1.1, 1.2, 1.3.1 unter Berücksichtigung der sich ggf. aus der Umsetzung der Vorgaben gemäß Teil D ergebenden Aufschläge für die kooperative Behandlung von Patienten in dafür gebildeten Versorgungsformen, 1.3.2, 1.4, 2.1,
 - e. 2.2, 2.3, 2.4, 2.5,
 - f. 2.6, 3 (3.1.1 bis 3.9), einschließlich der Anlagen 1 bis 3 und 5 bis 8.
7. Bei der Festlegung des Honorarverteilungsmaßstabs ab dem 4. Quartal 2013 ist die Einführung der Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung „PFG“ zu berücksichtigen.

Teil B

im Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenverband

Vorgabe zur Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung

beschlossen am 11. März 2014 mit Wirkung zum 1. Oktober 2013¹

I. Definition von Kategorien der Trennungsbeträge je Versicherten und Vorwegabzüge

Diese Vorgabe zur Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung sieht die Bildung verschiedener **Grundbeträge je Versicherten** sowie **bedarfsabhängige Vorwegabzüge** und die Art deren Bestimmung – sofern die entsprechenden Leistungen gemäß den regionalen Gesamtverträgen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu vergüten sind – verpflichtend vor:

- I.1. Vorwegabzüge** sind für gesetzliche und vertragliche Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigung **bedarfsabhängig** aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu bildende Vergütungsvolumina, die insbesondere auch zur Sicherstellung der Versorgung und Erfüllung gesetzlicher Aufgaben nach der Festlegung der haus- und fachärztlichen Grundbeträge innerhalb des haus- und fachärztlichen Versorgungsbereichs gebildet werden können, sofern nicht Rückstellungen im Grundbetrag „Labor“ oder Grundbetrag „ärztlicher Bereitschaftsdienst“ zu bilden sind.
- I.2. Grundbeträge** sind **je Versicherten** zu bildende Beträge, die für laboratoriumsmedizinische Leistungen (Grundbetrag „Labor“), den ärztlichen Bereitschaftsdienst (Grundbetrag „ärztlicher Bereitschaftsdienst“) sowie für den haus- (hausärztlicher Grundbetrag) und fachärztlichen Versorgungsbereich (fachärztlicher Grundbetrag) **verpflichtend** bestimmt werden. Zum Zeitpunkt der erstmaligen Festsetzung ist die Höhe dieser Grundbeträge abschließend bestimmt.
- I.3. Versorgungsbereichsspezifische Grundbeträge** sind **je Versicherten verpflichtend** im fachärztlichen Versorgungsbereich zu bestimmende Beträge, die für den Leistungsbereich Humangenetik gemäß KBV-Vorgaben, Teil G (Grundbetrag „genetisches Labor“) und für die Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung gemäß KBV-Vorgaben, Teil H (Grundbetrag „PFG“) zu bilden sind. Die Bereitstellung der Finanzmittel für die versorgungsbereichsspezifischen Grundbeträge erfolgt aus fachärztlichen Finanzmitteln. Zum Zeitpunkt der erstmaligen Festsetzung ist die Höhe dieser versorgungsbereichsspezifischen Grundbeträge abschließend bestimmt.

Damit sind die zu bildenden Vergütungsbereiche abschließend beschrieben.

¹ Die Änderung der KBV-Vorgaben erfolgt rückwirkend zum 1. Oktober 2013. Soweit diese Vorgaben von einer Kassenärztlichen Vereinigung nicht mehr bei der Honorarverteilung für das 4. Quartal 2013 und/oder 1. Quartal 2014 berücksichtigt werden können, sind die Vorgaben spätestens mit Wirkung zum 1. April 2014 umzusetzen. Eine nachträgliche Korrektur für bereits vorgenommene Trennungen ist nicht vorzunehmen, für diese gelten die jeweils zum Zeitpunkt der Berechnungen gültigen Versionen der KBV-Vorgaben. Für die Zertifizierung der Grundbeträge ab dem 1. Oktober 2013 und damit der Ausgangswerte für die nachfolgenden Perioden sind die rückwirkend angepassten Vorgaben maßgeblich.

Festlegung der Ausgangswerte für die Grundbeträge (Zeitraum 1. Oktober 2013 bis 30. September 2014)

2. Erstmalige Berechnung der Höhe und Feststellung der Ausgangswerte und Grundbeträge

2.1. Feststellung der Ausgangswerte für die Grundbeträge

Die Ausgangswerte für die Bildung der **Grundbeträge „Labor“** und **„ärztlicher Bereitschaftsdienst“** in einem Abrechnungsquartal stellen die gemäß den im jeweiligen Vorjahresquartal gültigen KBV-Vorgaben, Teil B unter Berücksichtigung der im Vorjahresquartal tatsächlich verwendeten Anzahl der Versicherten bestimmten Vorwegabzüge für laboratoriumsmedizinische Leistungen (TVG₂ gemäß der bis zum 30. September 2013 gültigen KBV-Vorgaben, Teil B, Schritt 18.) und den von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung organisierten Not(fall)dienst (TVG₃ gemäß der bis zum 30. September 2013 gültigen KBV-Vorgaben, Teil B, Schritt 19.) dar.

Die Ausgangswerte für die Bildung der **haus- und fachärztlichen Grundbeträge** in einem Abrechnungsquartal sind das gemäß den im jeweiligen Vorjahresquartal gültigen KBV-Vorgaben, Teil B auf Basis der von den Krankenkassen tatsächlich gezahlten Gesamtvergütungen bestimmte hausärztliche Verteilungsvolumen (VV_{HÄ} gemäß der bis zum 30. September 2013 gültigen KBV-Vorgaben, Teil B, Schritt 22.) und das fachärztliche Verteilungsvolumen (VF_Ä gemäß der bis zum 30. September 2013 gültigen KBV-Vorgaben, Teil B, Schritt 23.) jeweils zzgl. des Anteils der im Vorjahresquartal vor Trennung in den Versorgungsbereichen gebildeten Rückstellungen in Höhe des Betrages, der nach den im Vorjahresquartal angewandten Trennungsfaktoren auf den Versorgungsbereich entfällt. Ggf. gebildete versorgungsbereichsspezifische Rückstellungen sind Bestandteil des jeweiligen Verteilungsvolumens. Zusätzlich sind im fachärztlichen Versorgungsbereich für die Quartale 1/2014 bis 3/2014 die Finanzmittel aus der Erhöhung des bereinigten Behandlungsbedarfs zur Förderung der fachärztlichen Grundversorgung gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 295. Sitzung² sowie in 3/2014 der quartalweise bereitgestellte Betrag gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 302. Sitzung in Abzug zu bringen.

Es werden zudem in jedem Abrechnungsquartal die **versorgungsbereichsspezifischen Grundbeträge für „genetisches Labor“** und **„PFG“** verpflichtend im fachärztlichen Versorgungsbereich gebildet. Die Bestimmung der Ausgangswerte erfolgt für den Grundbetrag „genetisches Labor“ gemäß den KBV-Vorgaben, Teil G, wobei die Finanzmittel für den Grundbetrag „genetisches Labor“ dem Ausgangswert für den fachärztlichen Grundbetrag zu entnehmen sind, und für den Grundbetrag „PFG“ gemäß den KBV-Vorgaben, Teil H.

2.2. Korrektur der Ausgangswerte der Grundbeträge im aktuellen Abrechnungsquartal

2.2.1. Es ist folgende Korrektur bezogen auf die Vergütung von antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM der in § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppe vorzunehmen:

Übersteigt der im 4. Quartal 2012 für die betroffenen Ärzte für die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM der in § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppen gebildete Vorwegabzug „Psychotherapie“ gemäß Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 218. Sitzung am 26. März 2010, Teil F, Anhang I zu Anlage 4, Schritt 17.) den entsprechend des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 218. Sitzung am 26. März 2010, Teil F, Anhang

² Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 295. Sitzung am 18. Dezember 2012 zur Anpassung der kassenspezifischen Aufsatzwerte des bereinigten Behandlungsbedarfs mit Wirkung zum 18. Dezember 2012

I zu Anlage 4, Schritt 17.) im 4. Quartal 2010 gebildeten Vorwegabzug "Psychotherapie", gesteigert um die vereinbarten Veränderungsraten der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für die Jahre 2011 und 2012, wird der Anteil in Höhe des Betrages, der nach dem im Vorjahresquartal (4. Quartal 2012) angewandten Trennungsfaktor gemäß KBV-Vorgaben, Teil B, Schritt 15.) auf den hausärztlichen Versorgungsbereich entfällt, dem Ausgangswert für den fachärztlichen Grundbetrag entnommen und dem Ausgangswert für den hausärztlichen Grundbetrag zugeführt.

Unterschreitet der im 4. Quartal 2012 an die betroffenen Ärzte für die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM der in § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppen gebildete Vorwegabzug „Psychotherapie“ gemäß Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 218. Sitzung am 26. März 2010, Teil F, Anhang I zu Anlage 4, Schritt 17.) den entsprechend des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 218. Sitzung am 26. März 2010, Teil F, Anhang I zu Anlage 4, Schritt 17.) im 4. Quartal 2010 gebildeten Vorwegabzug „Psychotherapie“, gesteigert um die vereinbarten Veränderungsraten der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für die Jahre 2011 und 2012, wird der Anteil in Höhe des Betrages, der nach dem im Vorjahresquartal (4. Quartal 2012) angewandten Trennungsfaktor gemäß KBV-Vorgaben, Teil B, Schritt 15.) auf den hausärztlichen Versorgungsbereich entfällt, dem Ausgangswert für den hausärztlichen Grundbetrag entnommen und dem Ausgangswert für den fachärztlichen Grundbetrag zugeführt.

Übersteigt im 1. bis 3. Quartal 2013 das Ausdeckungsvolumen³ der antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM der in § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppen den entsprechend des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 218. Sitzung am 26. März 2010, Teil F, Anhang I zu Anlage 4, Schritt 17.) im jeweiligen Quartal (1. Quartal 2011, 2. Quartal 2011 und 3. Quartal 2010) gebildeten Vorwegabzug „Psychotherapie“, gesteigert um die vereinbarten Veränderungsraten der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für die Jahre 2011 (nur 3. Quartal 2010), 2012 und 2013, wird der Anteil in Höhe des Betrages, der nach dem im Vorjahresquartal (1. bis 3. Quartal 2013) angewandten Trennungsfaktor gemäß KBV-Vorgaben, Teil B, Schritt 15.) auf den hausärztlichen Versorgungsbereich entfällt, dem Ausgangswert für den fachärztlichen Grundbetrag entnommen und dem Ausgangswert für den hausärztlichen Grundbetrag zugeführt.

Unterschreitet im 1. bis 3. Quartal 2013 das Ausdeckungsvolumen der antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM der in § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppen den entsprechend des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 218. Sitzung am 26. März 2010, Teil F, Anhang I zu Anlage 4, Schritt 17.) im jeweiligen Quartal (1. Quartal 2011, 2. Quartal 2011 und 3. Quartal 2010) gebildeten Vorwegabzug „Psychotherapie“, gesteigert um die vereinbarten Veränderungsraten der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für die Jahre 2011 (nur 3. Quartal 2010), 2012 und 2013, wird der Anteil in Höhe des Betrages, der nach dem im Vorjahresquartal (1. bis 3. Quartal 2013) angewandten Trennungsfaktor gemäß KBV-Vorgaben, Teil B, Schritt 15.) auf den hausärztlichen Versorgungsbereich entfällt, dem Ausgangswert für den hausärztlichen Grundbetrag entnommen und dem Ausgangswert für den fachärztlichen Grundbetrag zugeführt.

- 2.2.2. Die Finanzmittel, die aufgrund des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 297. Sitzung zur Änderung des Wirtschaftlichkeitsbonus nach der Gebührenordnungsposition 3200I eingespart werden, sind nach dem jeweiligen Anteil, der ent-

³ Das Ausdeckungsvolumen ist der für das jeweilige Quartal (1/2013 bis 3/2013) gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses, Teil A, Vorgaben für ein Verfahren zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs und zur Ermittlung der Aufsatzwerte und der Anteile der einzelnen Krankenkassen sowie Empfehlungen zur Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für das Jahr 2013 in seiner 288. Sitzung am 22. Oktober 2012, Nr. 2.2.1 ermittelte abziehende Behandlungsbedarf multipliziert mit dem für das Jahr 2013 regional vereinbarten Punktwert. Für den Fall, dass die Ausdeckung nicht in allen Quartalen erfolgte, ist in diesen analog das Verfahren, wie für das 4. Quartal beschrieben, anzuwenden.

sprechend dem angewandten Trennungsfaktor gemäß der bis zum 30. September 2013 gültigen KBV-Vorgaben, Teil B, Schritt 15.) auf den hausärztlichen bzw. fachärztlichen Versorgungsbereich entfällt, dem hausärztlichen Grundbetrag und dem versorgungsbereichsspezifischen Grundbetrag „PFG“ gemäß den KBV-Vorgaben, Teil H zuzuführen. Der Ausgangswert für den Grundbetrag „Labor“ wird entsprechend verringert.

- 2.2.3. Für das 4. Quartal 2013 ist der Ausgangswert für den hausärztlichen Grundbetrag um den Anteil an dem je KV-Bezirk bereitgestellten Betrag gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 295. Sitzung zu erhöhen, der gemäß dem im Vorjahresquartal angewandten Trennungsfaktor gemäß KBV-Vorgaben, Teil B, Schritt 15.) auf den hausärztlichen Versorgungsbereich entfallen ist.

Im 4. Quartal 2013 ist dieser dem hausärztlichen Grundbetrag zugeführte Betrag von der Steigerung nach 3.1 und 3.2 ausgenommen.

- 2.2.4. Für die Bereitstellung von Finanzmitteln für den Grundbetrag „PFG“ auf Basis der auf den fachärztlichen Versorgungsbereich entfallenden nachfolgend genannten Zuwächse des Jahres 2013 ist der Ausgangswert des fachärztlichen Versorgungsbereichs für das 1. Bis 3. Quartal 2014 um die gesamten Finanzmittel zu reduzieren, die sich aus der quartalsweisen Anwendung der Veränderungsrate gemäß § 87a Abs. 4 Satz 3 SGB V und gegebenenfalls nach § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr.3 bis 5 SGB V im jeweiligen Quartal des Jahres 2013 ergeben haben.

- 2.3** Die gemäß 2.1. und 2.2. festgelegten Ausgangswerte für die Grundbeträge des aktuellen Abrechnungsquartals werden, mit Ausnahme der Grundbeträge „genetisches Labor“ und „PFG“, für die die Regelungen in Teil G bzw. Teil H gelten, durch die bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs im Vorjahresquartal tatsächlich verwendete Anzahl der Versicherten dividiert, sodass sich versichertenbezogene Grundbeträge ergeben.

Anpassung der Grundbeträge

3. Fortschreibung der Grundbeträge

Nach der Ermittlung der Grundbeträge für das aktuelle Abrechnungsquartal gemäß 2. erfolgt die Fortschreibung der haus- und fachärztlichen Grundbeträge sowie der Grundbeträge „Labor“ und „Ärztlicher Bereitschaftsdienst“ nach folgendem Verfahren.

Für die Fortschreibung der Grundbeträge „genetisches Labor“ und „PFG“ gelten die Regelungen in Teil G und H.

- 3.1.** Die Grundbeträge „Labor“ und „ärztlicher Bereitschaftsdienst“ sowie der haus- und fachärztliche Grundbetrag des aktuellen Abrechnungsquartals werden unter Verwendung der vereinbarten Veränderungsrate gemäß § 87a Abs. 4 Satz 3 SGB V und einer gegebenenfalls zusätzlich erfolgten Steigerung gemäß § 87a Abs. 4 Satz 4 SGB V gesteigert. Die Veränderungsrate gemäß § 87a Abs. 4 Satz 3 SGB V ist vom 1. Oktober bis 31. Dezember 2013 nicht auf den fachärztlichen Grundbetrag anzuwenden. Die Veränderungsrate gemäß § 87a Abs. 4 Satz 3 SGB V ist im Zeitraum vom 1. Oktober 2013 bis 30. September 2014 nicht auf den Grundbetrag „Labor“ anzuwenden. Gegebenenfalls zusätzlich erfolgte Steigerungen gemäß § 87a Abs. 4 Satz 4 SGB V werden nicht auf den Grundbetrag „Labor“ angewendet, es sei denn, gesamtvertragliche Regelungen stehen dem entgegen.

Eine Anpassung des regionalen Punktwerts gemäß § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V ist bei den Grundbeträgen „Labor“ und „ärztlicher Bereitschaftsdienst“ sowie dem haus- und fachärztliche Grundbetrag entsprechend den Regelungen in den regionalen Gesamt- bzw. Vergütungsverträgen zu berücksichtigen.

Im 4. Quartal 2013 sind diese Fortschreibungen nicht auf die dem hausärztlichen Grundbetrag zugeführten Finanzmittel gemäß 2.2.3 anzuwenden.

- 3.2.** Zusätzliche spezifische Veränderungen der Grundbeträge „Labor“ und „ärztlicher Bereitschaftsdienst“ sowie des haus- und fachärztlichen Grundbetrags des aktuellen Abrechnungsquartals ergeben sich aufgrund der entsprechend für den jeweiligen Grundbetrag vereinbarten Anpassungen gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 bis 5 SGB V. Diese Regelung ist im Zeitraum vom 1. Oktober 2013 bis 31. Dezember 2013 nicht auf den fachärztlichen Grundbetrag anzuwenden, ausgenommen gesamtvertraglich für bestimmte Verwendungen vereinbarte Steigerungen bzw. Beträge.

Eine Anpassung des regionalen Punktwerts gemäß § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V ist bei den Grundbeträgen „Labor“ und „ärztlicher Bereitschaftsdienst“ sowie dem haus- und fachärztlichen Grundbetrag entsprechend den Regelungen in den regionalen Gesamt- bzw. Vergütungsverträgen zu berücksichtigen.

Im 4. Quartal 2013 sind diese Fortschreibungen nicht auf die dem hausärztlichen Grundbetrag zugeführten Finanzmittel gemäß 2.2.3 anzuwenden.

- 3.3.** Der Betrag aus der Multiplikation der Veränderungsrate gemäß § 87a Abs. 4 Satz 3 SGB V mit dem Grundbetrag „Labor“ wird im Zeitraum vom 1. Oktober 2013 bis 30. September 2014 nach dem jeweiligen Anteil, der entsprechend dem angewandten Trennungsfaktor gemäß der bis zum 30. September 2013 gültigen KBV-Vorgaben, Teil B, Schritt 15.) auf den hausärztlichen bzw. fachärztlichen Versorgungsbereich entfällt, dem hausärztlichen und dem fachärztlichen Grundbetrag zugeführt.

Der Betrag aus der Multiplikation gegebenenfalls zusätzlich erfolgter Steigerungen gemäß § 87a Abs. 4 Satz 4 SGB V mit dem Grundbetrag „Labor“ wird nach dem jeweiligen Anteil, der entsprechend dem angewandten Trennungsfaktor gemäß der bis zum 30. September 2013 gültigen KBV-Vorgaben, Teil B, Schritt 15.) auf den hausärztlichen bzw. fachärztlichen Versorgungsbereich entfällt, dem hausärztlichen und dem fachärztlichen Grundbetrag zugeführt.

- 3.4.** Der Betrag aus der Multiplikation gegebenenfalls zusätzlich erfolgter Steigerung gemäß § 87a Abs. 4 Satz 4 SGB V mit dem Grundbetrag „genetisches Labor“ wird dem fachärztlichen Grundbetrag zugeführt.

Ab dem 1. Oktober 2014 wird der Betrag aus der Multiplikation gegebenenfalls zusätzlich erfolgter Steigerung gemäß § 87a Abs. 4 Satz 4 SGB V mit dem Grundbetrag „PFG“ dem fachärztlichen Grundbetrag zugeführt.

- 3.5.** Für das 1. bis 4. Quartal 2014 ist der hausärztliche Grundbetrag um die Hälfte des Betrags basiswirksam zu erhöhen, der sich quartalsweise aufgrund der Steigerungsrate gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 319. Sitzung⁴ ergibt, dividiert durch die Anzahl der Versicherten, die im aktuellen Abrechnungsquartal bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs verwendet werden.

Diese Finanzmittel sind im 1. bis 4. Quartal 2014 von den Anpassungen in 3.1 und 3.2 ausgenommen.

- 3.6.** Aus der Multiplikation der Grundbeträge „Labor“ und „ärztlicher Bereitschaftsdienst“ sowie des haus- und fachärztlichen Grundbetrags mit der Anzahl der Versicherten, die im aktuellen Abrechnungsquartal bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs verwendet werden, entstehen die jeweiligen Vergütungsvolumina. Für die Grundbeträge „genetisches Labor“ und „PFG“ gelten die Regelungen in Teil G bzw. Teil H.

⁴ Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 SGB V in seiner 319. Sitzung am 18. Dezember 2013 zur Änderung des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 314. Sitzung am 29. August 2013, Teil A, zu Vorgaben für ein Verfahren zur Ermittlung der Aufsatzwerte nach § 87a Abs. 4 Satz 1 SGB V und der Anteile der einzelnen Krankenkassen nach § 87a Abs. 4 Satz 2 SGB V für das Jahr 2014 mit Wirkung zum 18. Dezember 2013

Bei der Bildung des hausärztlichen Vergütungsvolumen im 4. Quartal 2013 werden die dem hausärztlichen Grundbetrag zugeführten Finanzmittel gemäß 2.2.3 abweichend von der Regelung im vorherigen Absatz mit der bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs im Vorjahresquartal tatsächlich verwendeten Anzahl der Versicherten multipliziert.

- 3.7.** In den Vergütungsvolumina der jeweiligen Grundbeträge sind im aktuellen Abrechnungsquartal die notwendigen Bereinigungen, die durch das SGB V vorgesehen sind, sowie Änderungen in der Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu berücksichtigen. Die Umsetzung erfolgt anteilig aus dem bzw. in den jeweiligen betroffenen Vergütungsvolumen des jeweiligen Grundbetrags in der Höhe der gemäß dem gesamtvertraglich vereinbarten Verfahren der Bereinigung bzw. Ein- oder Ausdeckelung bestimmten Beträge. Mit Ausnahme der Bereinigung aufgrund von Ausdeckelungen oder der Addition aufgrund von Eindeckelung bleiben die Bereinigungen in den Ausgangswerten gemäß 8. der jeweiligen Grundbeträge für das Folgejahr unberücksichtigt.

4. Angleichung an die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung

Soweit die Summe der gemäß 2. bis 3. sowie gemäß KBV-Vorgaben, Teil G und Teil H gebildeten Vergütungsvolumina aller Grundbeträge, die die gemäß 6. ermittelten Vorwegabzüge beinhalten, nicht der Summe der vereinbarten bereinigten morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen des aktuellen Abrechnungsquartals entspricht, wird folgende Korrektur vorgenommen: Die Differenz zwischen der vereinbarten bereinigten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und der Summe der Vergütungsvolumina aller Grundbeträge wird ermittelt und entsprechend den Anteilen der gemäß 2. bestimmten Ausgangswerte eines jeden Grundbetrags dem jeweiligen Grundbetrag zugeführt oder entnommen.

5. Berücksichtigung von Wechsel zwischen den Versorgungsbereichen

Beim Wechsel des Versorgungsbereichs durch einen Vertragsarzt sind die Vergütungsvolumina der haus- und fachärztlichen Grundbeträge mit Ausnahme der nachfolgenden Regelung nicht anzupassen:

- 5.1.** Vertragsärzte, die gemäß § 73 SGB V dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören und aus Gründen der Sicherstellung nach dem 1. Juli 2010 eine Genehmigung erhalten haben, in den Vereinbarungen gemäß § 6 Abs. 2 des Vertrages über die hausärztliche Versorgung genannte Leistungen abzurechnen, erhalten die Vergütungen für den abgerechneten Leistungsbedarf dieser Leistungen aus dem Vergütungsvolumen des fachärztlichen Grundbetrags.
- 5.2.** Für Vertragsärzte, die gemäß § 73 SGB V dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören, aus Gründen der Sicherstellung eine Genehmigung besitzen, nach dem 1. Januar 2003 in den Vereinbarungen gemäß § 6 Abs. 2 des Vertrages über die hausärztliche Versorgung genannte Leistungen abzurechnen, und den Versorgungsbereich wechseln, sind basiswirksam die Vergütungen für den abgerechneten Leistungsbedarf dieser Leistungen, soweit sie im Zeitraum vom 1. Januar 2009 bis zum 30. Juni 2010 infolge des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschuss in seiner 7. Sitzung vom 27. und 28. August 2008 aus dem versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumen des hausärztlichen Vergütungsbezirks gezahlt werden, quartalsweise auf der Basis des Vorjahresquartals im Vergütungsvolumen des hausärztlichen Grundbetrags zu bereinigen und dem Vergütungsvolumen des fachärztlichen Grundbetrags zuzuführen.

6. Ermittlung von Vorwegabzügen für gesetzliche und vertragliche Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigung

Die Bereitstellung der benötigten Vergütungsvolumen für Vorwegabzüge gemäß 1.1 erfolgt aus dem jeweiligen Vergütungsvolumen des betroffenen Grundbetrags.

Ausgleich von Unter- und Überschüssen

7. Ausgleich von Unter- und Überschüssen in Bezug auf die Vergütungsvolumina der Grundbeträge „Labor“, „ärztlicher Bereitschaftsdienst“, „genetisches Labor“ und „PFG“

Soweit in der Quartalsabrechnung Unter- und Überschüsse in Bezug auf die gemäß 2. bis 6. abschließend bestimmten Vergütungsvolumina der Grundbeträge „Labor“ und „ärztlicher Bereitschaftsdienst“ sowie der versorgungsbereichsspezifischen Grundbeträge „genetisches Labor“ und „PFG“ festgestellt werden, werden diese wie nachfolgend dargestellt angepasst und die dafür notwendigen Finanzmittel wie folgt bereitgestellt:

- 7.1.** Eine ggf. notwendige quartalsbezogene Finanzierung eines Unterschusses gemäß KBV-Vorgaben, Teil E, Nr. 3.5 erfolgt nach dem jeweiligen Anteil, der entsprechend dem angewandten Trennungsfaktor gemäß der bis zum 30. September 2013 gültigen KBV-Vorgaben, Teil B, Schritt 15.) auf den hausärztlichen bzw. fachärztlichen Versorgungsbereich entfällt. Im Falle von Überschüssen erfolgt die Aufteilung auf die Vergütungsvolumina des haus- und fachärztlichen Grundbetrags nach dem gleichen Verfahren gemäß Satz 1. Diese ggf. erfolgenden Anpassungen bleiben im Ausgangswert des Grundbetrags „Labor“ sowie den Ausgangswerten der haus- und fachärztlichen Grundbeträge für das Folgejahr unberücksichtigt.
- 7.2.** Eine ggf. notwendige quartalsbezogene Finanzierung eines Unterschusses im Vergütungsvolumen des Grundbetrags „ärztlicher Bereitschaftsdienst“ erfolgt entsprechend der Anzahl der Vertragsärzte entsprechend in den jeweiligen Versorgungsbereichen im Abrechnungsquartal der Zählung gemäß der bis zum 30. September 2013 gültigen KBV-Vorgaben, Teil B, Schritt 11.). Im Falle von Überschüssen erfolgt die Aufteilung auf die Vergütungsvolumina des haus- und fachärztlichen Grundbetrags nach dem gleichen Verfahren gemäß Satz 1. Diese ggf. erfolgenden Anpassungen bleiben im Ausgangswert des Grundbetrags „ärztlicher Bereitschaftsdienst“ sowie in den Ausgangswerten der haus- und fachärztlichen Grundbeträge für das Folgejahr unberücksichtigt.
- 7.3.** Eine ggf. notwendige quartalsbezogene Finanzierung eines Unterschusses im Vergütungsvolumen des Grundbetrags „genetisches Labor“ erfolgt aus dem Vergütungsvolumen des fachärztlichen Grundbetrags. Im Falle von Überschüssen erfolgt die Zuführung dieses Überschusses zum Vergütungsvolumen des fachärztlichen Grundbetrags. Diese ggf. erfolgenden Anpassungen bleiben in den Ausgangswerten des Grundbetrags „genetisches Labor“ sowie des fachärztlichen Grundbetrags für das Folgejahr unberücksichtigt.
- 7.4.** Eine ggf. notwendige quartalsbezogene Finanzierung eines Unterschusses im Vergütungsvolumen des Grundbetrags „PFG“ erfolgt aus dem Vergütungsvolumen des fachärztlichen Grundbetrags. Im Falle von Überschüssen erfolgt die Zuführung dieses Überschusses zum Vergütungsvolumen des fachärztlichen Grundbetrags. Diese ggf. erfolgenden Anpassungen bleiben in den Ausgangswerten des Grundbetrags „PFG“ sowie des fachärztlichen Grundbetrags für das Folgejahr unberücksichtigt.

Darüber hinausgehende Anpassungen dürfen nicht durchgeführt werden.

Festlegung der Ausgangswerte für die Grundbeträge (Zeitraum ab 1. Oktober 2014)

8. Regelverfahren zur Ermittlung der Ausgangswerte für Grundbeträge

Ab dem 1. Oktober 2014 bilden die Grundbeträge nach 3. bis 6. im Vorjahresquartal die Ausgangswerte für die Anpassung der Grundbeträge. Dabei sind Beträge aus dem Vorjahresquartal, die gemäß den Ziffern 3.7. und 7 nicht basiswirksam sind, entsprechend nicht zu berücksichtigen. Auf der Basis dieser Ausgangswerte werden in jedem aktuellen Abrechnungsquartal die entsprechenden Grundbeträge gemäß den Verfahren gemäß 3. bis 6. festgelegt.

9. Überprüfung der Umsetzung

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung wird zeitnah, jedoch spätestens 6 Monate nach Ablauf des entsprechenden Quartals im Zeitraum vom 1. Oktober 2013 bis zum 30. September 2014, die Umsetzung dieser Vorgaben in den Honorarverteilungsmaßstäben der Kassenärztlichen Vereinigungen in Zusammenarbeit mit einer Arbeitsgruppe der Kassenärztlichen Vereinigungen überprüfen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen die hierfür erforderlichen Daten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Verfügung.

Anmerkungen:

- 1. Zum jetzigen Zeitpunkt sind keine wissenschaftlich evaluierten Indikatoren zur Berücksichtigung von Leistungsverlagerungen zwischen dem haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich bekannt. Sobald diese vorliegen, werden diese Vorgaben entsprechend angepasst.*
- 2. Bis zum 30. September 2015 ist zu überprüfen, ob der Grundbetrag „Labor“ anteilig in den hausärztlichen und fachärztlichen Grundbetrag überführt werden kann.*

Teil C

im Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband

Vorgaben zur angemessenen Vergütung psychotherapeutischer Leistungen

Die mit Beschluss des Bewertungsausschusses empfohlene Vergütung der Leistungen der antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapie sowie der probatorischen Sitzungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung setzt die angemessene Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen gemäß § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V um. Soweit die hierfür notwendige gesamtvertragliche Vereinbarung nicht vorliegt, erfolgt die Vergütung und Steuerung der psychotherapeutischen Leistungen nach Maßgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen.

Teil D

im Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband

Vorgaben zur Berücksichtigung kooperativer Behandlung von Patienten in dafür gebildeten Versorgungsformen

- I. Die Kassenärztliche Vereinigung prüft, ob Tatbestände für eine angemessene Berücksichtigung der kooperativen Behandlung Patienten in dafür vorgesehenen Versorgungsformen bei der Honorarverteilung vorliegen.
2. Liegen Tatbestände für eine Berücksichtigung vor, kann zur Förderung der gemeinsamen vertragsärztlichen Versorgung in dafür vorgesehenen Versorgungsformen das zu erwartende praxisbezogene Honorar
 - a. bei nicht standortübergreifenden fach- und schwerpunktgleichen Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten der gleichen Arztgruppe um 10 Prozent erhöht werden,
 - b. bei standortübergreifenden fach- und schwerpunktgleichen Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten der gleichen Arztgruppe um 10 Prozent erhöht werden, soweit ein Kooperationsgrad von mindestens 10 % erreicht wird und
 - c. in fach- und schwerpunktübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten, in denen mehrere Ärzte unterschiedlicher Arztgruppen tätig sind, unter Berücksichtigung des Kooperationsgrades der Einrichtung oder Praxis um die in nachstehender Tabelle in Prozent ausgewiesenen Anpassungsfaktoren erhöht werden.

Kooperationsgrad in Prozent	Anpassungsfaktor in Prozent
0 bis unter 10	0
10 bis unter 15	10
15 bis unter 20	15
20 bis unter 25	20
25 bis unter 30	25
30 bis unter 35	30
35 bis unter 40	35
40 und größer	40

- d. Dabei ist der Kooperationsgrad wie folgt definiert: Kooperationsgrad (KG) je Abrechnungsquartal in Prozent = $(\text{relevante Arztfallzahl der Arztpraxis im Vorjahresquartal} / \text{Zahl der relevanten Behandlungsfälle im Vorjahresquartal}) - 1) * 100$.
- e. Die Kassenärztliche Vereinigung kann ergänzende Regelungen zur Erleichterung der Ermittlung des Kooperationsgrades, zum Beispiel durch Kennzeichnung der Arztfälle, festlegen.
- f. Die Kassenärztliche Vereinigung kann für förderungswürdige fach- und schwerpunktübergreifende Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinische Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten gemäß c. mit weit überwiegend fach- bzw. schwerpunktgleicher ärztlicher Besetzung einen Anpassungsfaktor in Höhe von 10 % für deren fach- bzw. schwerpunktgleiche Tätigkeit festlegen, auch wenn der Kooperationsgrad den Wert von 10 % unterschreitet.

3. Von den in dem Vorschlag gemäß 2. zur Förderung der gemeinsamen vertragsärztlichen Versorgung in dafür vorgesehenen Versorgungsformen angegebenen Werten kann nach Maßgabe der Kassenärztlichen Vereinigung abgewichen werden.
4. Die Regelung in 2. ist auch nur in einzelnen Punkten anwendbar.
5. Von den vorgeschlagenen Zuschlägen gemäß 2. kann die Kassenärztliche Vereinigung abweichende Regelungen festlegen, um der kooperativen Behandlung von Patienten in dafür vorgesehenen Versorgungsformen angemessen Rechnung zu tragen.

Teil E

im Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband

Vorgaben zur Vergütung laboratoriumsmedizinischer Leistungen mit Wirkung zum 1. Oktober

Die Vergütung von Leistungen und Kostenpauschalen der Laboratoriumsmedizin erfolgt innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV). Im Rahmen der Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung ist unter anderem ein Grundbetrag je Versicherten für die Vergütung von Leistungen und Kostenpauschalen der Laboratoriumsmedizin (Grundbetrag „Labor“) vorgesehen. Zur bundesweiten Vereinheitlichung der Vergütung von Leistungen und Kostenpauschalen der Laboratoriumsmedizin gibt die Kassenärztliche Bundesvereinigung mit dem Folgenden Regelungen vor.

I. Bundeseinheitliche Vorgaben

I.1. Ermittlung der Abstufungsquote für Laboratoriumsuntersuchungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM

Die Ermittlung der Abstufungsquote Q für Laboratoriumsuntersuchungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM erfolgt nach den folgenden Berechnungsschritten bundeseinheitlich durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung auf der Basis der Abrechnungen und von den Kassenärztlichen Vereinigungen zu diesem Zweck zur Verfügung gestellten Daten.

I.1.1. Bei der Bereitstellung des Vergütungsvolumen wird in den Quartalen 4/2013 bis 3/2014 wie folgt verfahren: Ermittlung der Summe der gemäß den im jeweiligen Vorjahresquartal gültigen KBV-Vorgaben, Teil B, bestimmten Vorwegabzüge für laboratoriumsmedizinische Leistungen (TVG₂ gemäß Schritt 18.) über alle Kassenärztliche Vereinigungen. Bei wirksamer Bereinigung aufgrund des Beitritts von Versicherten zu einem Vertrag gemäß §§ 73b, 73c und 140d SGB V wird der entsprechende Bereinigungsbetrag für das Vorjahresquartal in Abzug gebracht.

Ab dem Quartal 4/2014 gilt für die Bereitstellung des Vergütungsvolumen Folgendes: In den Quartalen 4/2014 bis 3/2015 erfolgt die Ermittlung des Vergütungsvolumens auf Basis der Summe der für das jeweilige Vorjahresquartal gemäß Teil B, Nrn. 2.1 bis 4. gebildeten Vergütungsvolumina für den Grundbetrag „Labor“ über alle Kassenärztliche Vereinigungen. Ab dem Quartal 4/2015 wird die Summe der gemäß Teil B, Nr. 8. gebildeten Vergütungsvolumina für den Grundbetrag „Labor“ aller Kassenärztlichen Vereinigungen zugrunde gelegt.

I.1.2. Vom Vergütungsvolumen gemäß I.1.1 werden folgende Beträge abgezogen:

- Das angeforderte Honorarvolumen des Vorjahresabrechnungsquartals für 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) multipliziert mit einem Anpassungsfaktor in Höhe von 1,4458. Dabei ist für das Jahr 2012 die Änderung der Abrechnungsbestimmungen für die zur Abrechnung von Kostenerstattungen und Leistungen des Kapitels 32 EBM ermächtigte Laborärzte, Einrichtungen, Krankenhäuser und Institutionen angemessen zu berücksichtigen.
- Das angeforderte Honorarvolumen des Vorjahresabrechnungsquartals für die wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen des Kapitels 32 EBM (GOP 32001 EBM) nach Anwendung der Regelungen in den Ziffern I. ff. zu den Abschnitten 32.2 und 32.3 EBM.

- Das angeforderte Honorarvolumen des Vorjahresabrechnungsquartals der Gebührenordnungsposition 32025, 32026, 32027, 32035, 32036, 32037, 32038, 32039, 32097 und 32150.
- I.1.3. Ermittlung des für das Vorjahresabrechnungsquartal insgesamt angeforderten Honorarvolumens für Kostenerstattungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM abzüglich des angeforderten Honorarvolumens der Gebührenordnungspositionen 32025, 32026, 32027, 32035, 32036, 32037, 32038, 32039, 32097 und 32150.
- I.1.4. Ermittlung der Abstafelungsquote Q durch Division des gemäß I.1.2 reduzierten Vergütungsvolumens nach I.1.1 durch das Volumen nach I.1.3.
- I.1.5. Auf Basis von Halbjahreswerten wird entsprechend der Rechensystematik gemäß I.1.1 bis I.1.4 eine Abstafelungsquote für das jeweilige Halbjahr ermittelt.
- I.1.6. Die für die Berechnung gemäß I.1.5 benötigten Werte gemäß I.1.1, I.1.2 und I.1.3 werden durch die Kassenärztlichen Vereinigungen für das Abrechnungshalbjahr jeweils am 15. Arbeitstag des 2. Monats vor Halbjahresbeginn an die Kassenärztliche Bundesvereinigung übermittelt. Die Übermittlung dieser Daten wird in einer technischen Vorgabe durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung festgelegt.

1.2. Bekanntgabe der bundeseinheitlichen Vorgaben

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung gibt die bundeseinheitlich anzuwendende Abstafelungsquote „Q“ gemäß I.1.5 jedoch mindestens in Höhe von 0,9158 für die beiden Abrechnungsquartale des jeweiligen Halbjahres in einem Rundschreiben spätestens am 8. des Vormonats vor Halbjahresbeginn an die Kassenärztlichen Vereinigungen bekannt.

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 I. ff. zu den Abschnitten 32.2 und 32.3 EBM und
- der Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM
wird das wie folgt zu ermittelnde Vergütungsvolumen je Kassenärztlicher Vereinigung zur Verfügung gestellt:

2.1. Im Zeitraum von 4. Quartal 2013 bis 3. Quartal 2014 wird das Vergütungsvolumen für den Grundbetrag „Labor“ gemäß Teil B, Nrn. 2.1 bis 4. zugrunde gelegt. Ab dem 4. Quartal 2014 wird das Vergütungsvolumen für den Grundbetrag „Labor“ gemäß Teil B, Nr. 8. verwendet. (=VG₁)

2.2. Dem gemäß 2.1. gebildeten Vergütungsvolumen für den Grundbetrag „Labor“ wird der voraussichtliche Saldo des Fremdkassenzahlungsausgleichs (FKZ-Saldo) für die Gebührenordnungspositionen 12210 und 12220 EBM sowie Leistungen und Kostenpauschalen des Kapitels 32 EBM hinzugefügt, um das für bereichseigene Ärzte zur Verfügung stehende Finanzvolumen zu bestimmen.

$$VG_2 = VG_1 + LFKZ_{\text{voraussichtlich}}$$

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_2 gemäß 2.2 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 1,4458 aus dem zur Verfügung stehenden Vergütungsvolumen VG_2 gemäß 2.2 vergütet.

3.3. 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 VG_2 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. 3.4 mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung multipliziert mit der bundeseinheitlichen Abstaffelungsquote Q gemäß 1.1.5 aus dem Vergütungsvolumen VG_2 gemäß 2.2 vergütet. Für Abschnitt 32.2 ist die Regelung für Laborgemeinschaften in Ziffer 1 Satz 2 zum Abschnitt 32.2 EBM zu berücksichtigen.

3.4. Vergütung der speziellen Laboratoriumsuntersuchungen bei „Nicht-Laborärzten“

3.4.1. 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. 3.3 zu vergüten.

3.4.2. Die Höhe der Budgets ergibt sich aus dem Produkt des für die Arztgruppe vorgegebenen, mit der bundeseinheitlichen Abstaffelungsquote 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.

3.4.3. Referenz-Fallwerte für die Ermittlung des Budgets nach 3.4.2

Arztgruppe	Referenz-Fallwert in Euro
Rheumatologen, Endokrinologen	40
Nuklearmediziner, Hämatologen	21
Dermatologen, Gynäkologen, Pneumologen, Urologen	4

Die Kassenärztliche Vereinigung kann für jede der genannten Arztgruppen einen KV-spezifischen Referenzfallwert festsetzen, maximal jedoch in Höhe des für die jeweilige Arztgruppe genannten Wertes.

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 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.

3.4.4. Die Kassenärztliche Vereinigung kann darüber hinaus Praxen mit Ärzten aus nicht in 3.4.3 genannten Arztgruppen einer Referenz-Fallwertgruppe nach 3.4.3 zuordnen und eine entsprechende Budgetierung nach 3.4.1 durchführen.

3.4.5. Die Regelungen nach 3.4.1 bis 3.4.3 sind für alle Nicht-Laborärzte verbindlich anzuwenden, es sei denn, betroffene Ärzte weisen der Kassenärztlichen Vereinigung nach, dass sie die Anforderungen der Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen erfüllen. In diesem Fall kann die Kassenärztliche Vereinigung das Budget nach 3.4.2 erweitern, aussetzen oder bedarfsgerecht anpassen.¹

3.5. Finanzierung der Leistungen

Im Falle eines Unter- oder Überschusses des Vergütungsvolumens VG₂ durch die Vergütungen nach 3.1 bis 3.4 ist die Regelung nach Teil B, Nr. 7.1 anzuwenden.

Anmerkung:

Der Mindestwert für die Abstufungsquote in Höhe von 0,9158 gemäß Nr. 1.2 entspricht der zum Zeitpunkt des Beschlusses zur Anpassung des Teils E der Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zuletzt bekanntgegebenen Quote für das zweite Halbjahr 2013. Bis zum 30. September 2015 ist in Zusammenhang mit der Prüfung des Grundbetrages „Labor“ gemäß KBV-Vorgabe, Teil B auch die Mindestquote zu überprüfen.

¹ Mit Beschluss der Vertreterversammlung vom 03.07.2013 sind die Laborbudgets nach 3.4.2 in Baden-Württemberg für die Ärzte bis auf weiteres ausgesetzt, die der Kassenärztlichen Vereinigung nachweisen, dass sie die Anforderungen der Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen erfüllen.

Teil F

im Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband

Vorgaben zu den Grundsätzen der Bereinigung des zu erwartenden Honorars gemäß § 87b Abs. 4 Satz 2 SGB V

mit Wirkung zum 1. Oktober 2013 bis 31. Dezember 2013

Gemäß §§ 73b Abs. 7, 73c Abs. 6 und 140d Abs. 2 SGB V haben die Partner der Gesamtverträge nach § 83 Abs. 1 SGB V ab dem 1. Januar 2009 den Behandlungsbedarf nach § 87a Abs. 3 Satz 2 SGB V entsprechend der Zahl und der Morbiditätsstruktur der teilnehmenden Versicherten sowie dem vereinbarten Versorgungsauftrag zu bereinigen.

Erfolgt eine Bereinigung nach diesen Vorschriften haben die Kassenärztlichen Vereinigungen in der Honorarverteilung nach § 87b Abs. 2 Satz 1 SGB V (nach GKV-VStG) folgende Grundsätze einzuhalten:

1. Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben das Verfahren zur Bereinigung der (zu erwartenden) Honorare innerhalb der Honorarverteilungsmaßstäbe (im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen) zu regeln.
2. Bei der Bereinigung des (zu erwartenden) Honorars ist sicherzustellen, dass für die gleichen Quartale und in der Höhe der Summe der Bereinigung der morbiditätsbedingte Gesamtvergütung bereinigt wird.
3. Die Bereinigung des (zu erwartenden) Honorars erfolgt ausschließlich für bereinigungsrelevante selektivvertragliche Leistungen (Ziffernkranz des Selektivvertrages).
4. Für die Ermittlung der Höhe der Bereinigung des zu erwartenden Honorars sind ausschließlich die kollektivvertraglichen Honorarregelungen nach §§ 83, 85 und 87a SGB V zur morbiditätsbedingten Gesamtvergütung der Partner der Gesamtverträge heranzuziehen.
5. Auswirkungen der Selektivverträge auf die Höhe der Rückstellungen sowie der Vergütungsvolumen der (versorgungsbereichsspezifischen) Grundbeträge werden entsprechend den jeweiligen Anteilen berücksichtigt.
6. Mehrfachbereinigungen bei einem Versicherten bei Abschluss von mehreren Selektivverträgen durch eine Krankenkasse werden vermieden.
7. Die Bereinigung des (zu erwartenden) Honorars betrifft nur Ärzte, Praxen und Arztgruppen, welche an einem Selektivvertrag teilnehmen. Bei einer nachgewiesenen Auswirkung auf die (verbleibende) Morbidität im Kollektivvertrag darf auch eine Bereinigung von maximal 2,5 v. H. des (zu erwartenden) Honorars von Ärzten, Praxen und Arztgruppen vorgenommen werden, welche nicht am Selektivvertrag teilnehmen.
8. Bei Ärzten und Psychotherapeuten, die einer Kapazitätsgrenze unterliegen wird abweichend von den vorherigen Regelungen wie folgt bereinigt.
 - a. Zunächst werden die für eine betroffene Arztgruppe zur Verfügung stehenden Finanzmittel entsprechend der Höhe der auf die psychotherapeutischen Leistungen entfallenden Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung reduziert.
 - b. Um die Auswirkung der quartalsbezogenen Bereinigung innerhalb des Quartals und auch quartalsversetzt für die nicht am Selektivvertrag teilnehmenden Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten von maximal 2,5 Prozentpunkte zu gewährleisten, darf die Veränderung der Auszahlungsquote für die sonstigen psychotherapeutischen Leistungen (nicht antrags- und genehmigungspflichtige Psychotherapie) diesen Wert nicht überschreiten.

- c. Sofern eine Überschreitung bei der Veränderung der Auszahlungsquote der sonstigen psychotherapeutischen Leistungen von 2,5 Prozentpunkte erfolgt, ist das Überschreitungs-volumen ausschließlich von den an den Selektivverträgen teilnehmenden Ärzten und Psychotherapeuten durch Absenkung derer Auszahlungsquote für alle psychotherapeutischen Leistungen zu tragen.
 - d. Die Kassenärztliche Vereinigung kann darüber hinaus eine Bereinigung der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze vornehmen.
9. Die Kassenärztlichen Vereinigungen können die Finanzierung ihrer gesetzlichen Aufgaben entsprechend berücksichtigen.

Teil G

im Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband

Vorgaben zur Vergütung von Leistungen der Humangenetik (genetisches Labor)

**beschlossen am 11. März 2014 mit Wirkung zum 1. Oktober 2013¹
sowie angepasst am 21. Oktober 2014 mit Wirkung zum Quartal 3/2014²**

Die Vergütung der Leistungen der Humangenetik (GOP 11220 sowie 11320 bis 11322 und Abschnitt 11.4 EBM), erfolgt – sofern die entsprechenden Leistungen gemäß den regionalen Gesamtverträgen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) zu vergüten sind – wie folgt: Jede Kassenärztliche Vereinigung bildet jeweils einen versorgungsbereichsspezifischen Grundbetrag „genetisches Labor“ (aus Finanzmitteln des fachärztlichen Versorgungsbereichs), aus dem das Vergütungsvolumen für bereichseigene Versicherte für genetisches Labor bestimmt wird.

Für die Vergütung der Leistungen des genetischen Labors (GOP 11220 sowie 11320 bis 11322 und Abschnitt 11.4 EBM) wird durch die Kassenärztliche Vereinigung der Grundbetrag „genetisches Labor“ und das Vergütungsvolumen wie folgt ermittelt.

Auswirkungen der Selektivverträge auf die Höhe des Vergütungsvolumens des Grundbetrages „genetisches Labor“ werden entsprechend berücksichtigt.

I. Erstmalige Bestimmung des Ausgangswertes und des Vergütungsvolumens für genetisches Labor (im Zeitraum vom 4. Quartal 2013 bis 3. Quartal 2014)

I.1 Für die erstmalige Bestimmung des Ausgangswertes für den Grundbetrag „genetisches Labor“ werden im Zeitraum vom 4. Quartal 2013 bis zum 3. Quartal 2014 die folgenden Werte auf Basis des jeweiligen Vorjahresquartals bestimmt:

- die zutreffende morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV für die entsprechende Behandlung bzw. Untersuchung von Material bereichseigener Versicherter durch bereichseigene und bereichsfremde Vertragsärzte) für die Leistungen des genetischen Labors (GOP 11320 bis 11322 und Abschnitt 11.4 EBM) und
- der für die Behandlung und Untersuchung bereichseigener Versicherter angeforderte Leistungsbedarf gemäß Euro-Gebührenordnung multipliziert mit dem Faktor 0,85.

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

Abweichend davon ist bei der Bestimmung des versorgungsbereichsspezifischen Grundbetrags „genetisches Labor“ des 3. Quartals 2014 als Ausgangswert für das 3. Quartal 2015 eine Trendfortschreibung der zugrunde zu legenden Kennzahlen Honorar und Leistungsbedarf gemäß Euro-Gebührenordnung vorzunehmen. Dazu werden die Werte der beiden Kennzahlen des 3. Quartals 2012 jeweils mit einem Faktor, der die Veränderungen der jeweiligen Kennzahl für die Summe der Quartale 1, 2 und 4 des Jahres 2012 gegenüber der Summe der Quartale 1, 2 und 4 des Jahres 2013 abbildet, multipliziert. Die so bestimmten Werte für Honorar und Leistungsbedarf gemäß Euro-Gebührenordnung sind in der Berechnung gemäß Satz 1 zu verwenden.

¹ Die Änderung der KBV-Vorgaben erfolgt rückwirkend zum 1. Oktober 2013. Soweit diese Vorgaben von einer Kassenärztlichen Vereinigung nicht mehr bei der Honorarverteilung für das 4. Quartal 2013 und/oder 1. Quartal 2014 berücksichtigt werden können, sind die Vorgaben spätestens mit Wirkung zum 1. April 2014 umzusetzen. Eine nachträgliche Korrektur für bereits vorgenommene Trennungen ist nicht vorzunehmen, für diese gelten die jeweils zum Zeitpunkt der Berechnungen gültigen Versionen der KBV-Vorgaben. Für die Zertifizierung der Grundbeträge ab dem 1. Oktober 2013 und damit der Ausgangswerte für die nachfolgenden Perioden sind die rückwirkend angepassten Vorgaben maßgeblich.

² Eine nachträgliche Korrektur für bereits vorgenommene Trennungen ist nicht vorzunehmen, für diese gelten die jeweils zum Zeitpunkt der Berechnungen gültigen Versionen der KBV-Vorgaben. Für die Zertifizierung der Grundbeträge ab dem 1. Juli 2014 und damit der Ausgangswerte für die nachfolgenden Perioden sind die rückwirkend angepassten Vorgaben maßgeblich.

- 1.2 Im Zeitraum vom 4. Quartal 2013 bis 3. Quartal 2014 ist eine Anpassung des regionalen Punktwerts gemäß § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V und im Zeitraum vom 1. Quartal 2014 bis 3. Quartal 2014 die vereinbarte Veränderungsrate gemäß § 87a Abs. 4 Satz 3 SGB sowie zusätzliche spezifische Steigerungen aufgrund der entsprechend für Leistungen des Grundbetrags „genetisches Labor“ vereinbarten Anpassungen gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 bis 5 SGB V zu berücksichtigen.
 - 1.3 Aus der Division des gemäß 1.1 und 1.2 bestimmten Ausgangswertes durch die im Vorjahresquartal tatsächlich verwendete Anzahl der Versicherten ergibt sich je Abrechnungsquartal der Grundbetrag „genetisches Labor“.
 - 1.4 Aus der Multiplikation des Grundbetrags „genetisches Labor“ mit der Anzahl der Versicherten, die im aktuellen Abrechnungsquartal bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs verwendet werden, entsteht das Vergütungsvolumen für die Leistungen des genetischen Labors.
- 2. Regelhafte Bestimmung des Ausgangswertes und Bildung des Vergütungsvolumens für genetisches Labor (ab dem Quartal 4/2014)**
- 2.1 Nach der erstmaligen Bestimmung des Grundbetrags und des Vergütungsvolumens „genetisches Labor“ im Zeitraum vom 4. Quartal 2013 bis 3. Quartal 2014 gemäß 1. erfolgt ab dem 4. Quartal 2014 die Bestimmung durch Fortschreibung des Grundbetrags „genetisches Labor“ des Vorjahresquartals mittels Multiplikation mit der vereinbarten Veränderungsrate gemäß § 87a Abs. 4 Satz 3 SGB. Für den Fall einer Anpassung des regionalen Punktwerts gemäß § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V ist diese zu berücksichtigen.
 - 2.2 Zusätzliche spezifische Steigerungen des Grundbetrags „genetisches Labor“ für das aktuelle Abrechnungsquartal ergeben sich aufgrund der entsprechend für Leistungen dieses Grundbetrags vereinbarten Anpassungen gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 bis 5 SGB V.
 - 2.3 Aus der Multiplikation des Grundbetrages „genetisches Labor“ mit der Anzahl der Versicherten, die im aktuellen Abrechnungsquartal bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs verwendet werden, entsteht das Vergütungsvolumen für die Leistungen des genetischen Labors.

Anmerkung:

Die gemäß Nr. 1.1 für die Leistungen des genetischen Labors zutreffende morbiditätsbedingte Gesamtvergütung entspricht dem diesen Bereich zugeordneten Honorar abzüglich des Saldos aus den Forderungen für Leistungen dieses Bereichs bei bereichsfremden Versicherten durch bereichseigene Vertragsärzte und den Verbindlichkeiten für Leistungen dieses Bereichs bei bereichseigenen Versicherten durch bereichsfremde Vertragsärzte.

Teil H

im Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband

Vorgabe zur Ermittlung des versorgungsbereichsspezifischen Grundbetrags für die Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung „PFG“

beschlossen am 11. März 2014 mit Wirkung zum 1. Oktober 2013¹

I. Erstmalige Bestimmung des versorgungsbereichsspezifischen Grundbetrags „PFG“ (Zeitraum 1. Oktober 2013 bis 30. September 2014)

Für die erstmalige quartalsweise Bestimmung des versichertenbezogenen versorgungsbereichsspezifischen Grundbetrags im fachärztlichen Versorgungsbereich für die Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung (Grundbetrag „PFG“) werden vom 1. Oktober 2013 bis 30. September 2014 die folgenden Finanzmittel verwendet:

- I.1.** Für den Zeitraum vom 1. Oktober 2013 bis 30. September 2014 das 4. Quartal 2013 wird die Höhe des auf den fachärztlichen Versorgungsbereich entfallenden Anteils an dem je KV-Bezirk im jeweiligen Quartal des Jahres 2013 bereitgestellten Betrags gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses zur Anpassung der kassenspezifischen Aufsatzwerte des bereinigten Behandlungsbedarfs in seiner 295. Sitzung² verwendet. Der sich ergebende Betrag wird im Zeitraum vom 1. Januar 2014 bis 30. September 2014 mit der Veränderungsrate gemäß § 87a Abs. 4 Satz 3 SGB V, gegebenenfalls zusätzlich erfolgter Steigerungen gemäß § 87a Abs. 4 Satz 4 SGB V, der Anpassung des regionalen Punktwertes gemäß § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V und der Veränderungsrate gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 bis 5 SGB V des aktuellen Abrechnungsquartals multipliziert sowie durch die bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs im Vorjahresquartal tatsächlich verwendete Anzahl der Versicherten dividiert und mit der im aktuellen Abrechnungsquartal verwendete Anzahl der Versicherten multipliziert.
- I.2.** Die Höhe des je KV-Bezirk quartalsweise bereitgestellten Betrags gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 302. Sitzung³. Für das 3. Quartal 2014 ist der Betrag des 3. Quartals 2013 zu verwenden. Der sich ergebende Betrag wird im Zeitraum vom 1. Juli 2014 bis 30. September 2014 mit der Veränderungsrate gemäß § 87a Abs. 4 Satz 3 SGB V, gegebenenfalls zusätzlich erfolgter Steigerungen gemäß § 87a Abs. 4 Satz 4 SGB V, der Anpassung des regionalen Punktwertes gemäß § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V und der Veränderungsrate gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 bis 5 SGB V des aktuellen Abrechnungsquartals multipliziert sowie durch die bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs im Vorjahresquartal tatsächlich verwendete Anzahl der Versicherten dividiert und mit der im aktuellen Abrechnungsquartal verwendete Anzahl der Versicherten multipliziert.
- I.3.** Die Finanzmittel, die aufgrund des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 297. Sitzung zur Änderung des Wirtschaftlichkeitsbonus nach der Gebührenordnungsposition 32001 eingespart werden, soweit sie gemäß Teil B (gültig ab dem 1. Oktober 2013), Nr. 2.2.2 dem Grundbetrag „PFG“ zugeführt werden. Der sich ergebende Betrag wird mit

¹ Die Änderung der KBV-Vorgaben erfolgt rückwirkend zum 1. Oktober 2013. Soweit diese Vorgaben von einer Kassenärztlichen Vereinigung nicht mehr bei der Honorarverteilung für das 4. Quartal 2013 und/oder 1. Quartal 2014 berücksichtigt werden können, sind die Vorgaben spätestens mit Wirkung zum 1. April 2014 umzusetzen. Eine nachträgliche Korrektur für bereits vorgenommene Trennungen ist nicht vorzunehmen, für diese gelten die jeweils zum Zeitpunkt der Berechnungen gültigen Versionen der KBV-Vorgaben. Für die Zertifizierung der Grundbeträge ab dem 1. Oktober 2013 und damit der Ausgangswerte für die nachfolgenden Perioden sind die rückwirkend angepassten Vorgaben maßgeblich.

² Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1. Satz 1 SGB V in seiner 295. Sitzung am 18. Dezember 2012 zur Anpassung der kassenspezifischen Aufsatzwerte des bereinigten Behandlungsbedarfs mit Wirkung zum 18. Dezember 2012.

³ Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 302. Sitzung zu Empfehlungen gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 SGB V und § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V i. V. m. § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 SGB V sowie zur Anpassung der kassenspezifischen Aufsatzwerte des bereinigten Behandlungsbedarfs gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 SGB V und der Anteile der einzelnen Krankenkassen gemäß § 87a Abs. 4 Satz 2 SGB V.

der Veränderungsrate gemäß § 87a Abs. 4 Satz 3 SGB V, gegebenenfalls zusätzlich erfolgter Steigerungen gemäß § 87a Abs. 4 Satz 4 SGB V, der Anpassung des regionalen Punktwertes gemäß § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V und der Veränderungsrate gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 bis 5 SGB V des aktuellen Abrechnungsquartals multipliziert sowie durch die bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs im Vorjahresquartal tatsächlich verwendete Anzahl der Versicherten dividiert und mit der im aktuellen Abrechnungsquartal verwendete Anzahl der Versicherten multipliziert.

- 1.4.** Aus dem fachärztlichen Versorgungsbereich sind im Zeitraum vom 1. Oktober 2013 bis 30. September 2014 die gesamten Finanzmittel, die sich aus der quartalsweisen Anwendung der Veränderungsrate gemäß § 87a Abs. 4 Satz 3 und § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 bis 5 SGB V des Jahres 2013 auf die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung des fachärztlichen Versorgungsbereichs (VV_{FÄ} gemäß der bis zum 30. September 2013 gültigen KBV-Vorgaben, Teil B, Schritt 23 unter Abzug der Finanzmittel gemäß Teil B, 2.1, 2. Absatz, letzter Satz in der MGV-Abgrenzung des aktuellen Quartals ggf. zzgl. Rückstellungen unter Berücksichtigung der Korrekturen in Teil B, 2.2.1 und Teil B, 3.7) des jeweiligen Quartals des Jahres 2013 ergeben haben, zu verwenden. Der sich ergebende Betrag wird im Zeitraum vom 1. Januar 2014 bis 30. September 2014 mit der Veränderungsrate gemäß § 87a Abs. 4 Satz 3 SGB V, gegebenenfalls zusätzlich erfolgter Steigerungen gemäß § 87a Abs. 4 Satz 4 SGB V, der Anpassung des regionalen Punktwertes gemäß § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V und der Veränderungsrate gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 bis 5 SGB V des aktuellen Abrechnungsquartals multipliziert. Im Zeitraum vom 1. Oktober 2013 bis 30. September 2014 wird dieser Betrag durch die bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs im Vorjahresquartal tatsächlich verwendete Anzahl der Versicherten dividiert und mit der im aktuellen Abrechnungsquartal verwendete Anzahl der Versicherten multipliziert.
- 1.5.** Es besteht die Möglichkeit, zusätzliche Finanzmittel aus gesamtvertraglichen Regelungen für die Bestimmung des Grundbetrags „PFG“ zu verwenden. Soweit diese Finanzmittel im Rahmen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und nicht ausdrücklich für die Finanzierung der PFG vereinbart werden, erfolgt die Verwendung ausschließlich zu Lasten des fachärztlichen Grundbetrags.
- 1.6.** Für das 1. bis 3. Quartal 2014 basiswirksam die Hälfte des Betrags, der sich quartalsweise aufgrund der Steigerungsrate gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 319. Sitzung ergibt.

Das sich ergebene Vergütungsvolumen wird durch die bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs im aktuellen Abrechnungsquartal verwendete Anzahl der Versicherten dividiert, sodass sich der versichertenbezogene Grundbetrag „PFG“ ergibt.

2. Fortschreibung des Grundbetrags „PFG“ (ab 1. Oktober 2014)

Der Grundbetrag „PFG“ wird ab dem 1. Oktober 2014 nach dem folgenden Verfahren basiswirksam fortgeschrieben:

- 2.1.** Der Grundbetrag „PFG“ des Vorjahresquartals wird unter Verwendung der vereinbarten Veränderungsrate gemäß § 87a Abs. 4 Satz 3 SGB V gesteigert. Für den Fall einer Anpassung des regionalen Punktwertes gemäß § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V ist diese zu berücksichtigen.
- 2.2.** Zusätzliche spezifische Steigerungen des Grundbetrags „PFG“ des aktuellen Abrechnungsquartals ergeben sich aufgrund der entsprechend für den Grundbetrag vereinbarten Anpassungen gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 bis 5 SGB V.

- 2.3. Das Vergütungsvolumen ergibt sich durch die Multiplikation des Grundbetrags „PFG“ mit der bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs im aktuellen Abrechnungsquartal verwendeten Anzahl der Versicherten.
- 2.4. Auswirkungen der Selektivverträge auf die Höhe des Vergütungsvolumens des versorgungsbereichsspezifischen Grundbetrags „PFG“ werden entsprechend berücksichtigt.

3. Korrektur des Grundbetrags „PFG“ (Zeitraum 1. Oktober 2014 bis 31. Dezember 2014)

Für das 4. Quartal 2014 ist der Grundbetrag „PFG“ um die Hälfte des Betrags basiswirksam zu erhöhen, der sich aufgrund der Steigerungsrate gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 319. Sitzung ergibt, dividiert durch die Anzahl der Versicherten, die im aktuellen Abrechnungsquartal bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs verwendet werden.

Diese Finanzmittel sind erst ab dem 1. Januar 2015 gemäß 2. fortzuschreiben.

Anlage 5

zum HVM gültig ab 01.07.2014

Berechnung des arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumens gem. § 5 Absatz 4

Berechnung des arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumens (VV_{AG})

$$VV_{AG} = \frac{HV_{AG}}{HV_{VB}} \times VV_{VB}^{RLV}$$

HV_{VB} Honorarvolumen auf der Basis des - bereinigten - zugewiesenen Honorarvolumens im jeweiligen Vorjahresquartal (abzüglich von Leistungen die außerhalb der MGV vergütet werden) aller Arztgruppen gem. Anlage Ia, ohne Leistungen, für die ein Vorwegabzug gem. § 5 Abs. 2 - 3 HVM gebildet wird.

HV_{AG} Honorarvolumen auf der Basis des - bereinigten - zugewiesenen Honorarvolumens im jeweiligen Vorjahresquartal (abzüglich von Leistungen die außerhalb der MGV vergütet werden) in der Arztgruppe gem. Anlage Ia, ohne Leistungen, für die ein Vorwegabzug gem. § 5 Abs. 2 - 3 HVM gebildet wird.

AG Arztgruppe gem. Anlage Ia

VV_{VB}^{RLV} Haus- und fachärztliches RLV-Verteilungsvolumen gem. § 5 Abs. 3.

Es kann hinsichtlich der Verwendung der Anzahl der RLV-Fälle aus dem jeweiligen Vorjahresquartal bei der Berechnung des RLV je Arzt gem. Anlage 7 für Arztgruppen mit kleinen Besetzungszahlen ein Verfahren gewählt werden, um Veränderungen in der Arztzahl der Arztgruppe zum Vorjahr zu berücksichtigen. Das Nähere regelt die KVBW.

Der Vorstand ist berechtigt, im Einzelfall aus Sicherstellungsgründen und Gründen der Kalkulationsunsicherheit gem. § 87b Abs. 2 Satz 1 SGB V Anpassungen des Honorarvolumens einer Arztgruppe in der laufenden Abrechnung vorzunehmen, sofern die Maßnahme dazu dient, eine Mindestquote für eine angemessene und rechtssichere Honorierung festzulegen.

Anlage 6

zum HVM gültig ab 01.07.2014

Berechnung der arztgruppenspezifischen Vergütungsbereiche gem. § 5 Absatz 4

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

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

HV_{AG}^{RLV} Ausbezahltes Honorarvolumen im jeweiligen Vorjahresquartal (abzüglich von Leistungen die außerhalb der MGV vergütet werden) einer Arztgruppe für diejenigen Leistungen, die innerhalb der Regelleistungsvolumen vergütet werden.

HV_{AG} Ausbezahltes Honorarvolumen im jeweiligen Vorjahresquartal (abzüglich von Leistungen die außerhalb der MGV vergütet werden) einer Arztgruppe, ohne Leistungen, für die ein Vorwegabzug gem. § 5 Abs. 2 - 4 HVM gebildet wird.

AG Arztgruppen gem. Anlage 1b

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

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

VV_{AG} Arztgruppenspezifisches Verteilungsvolumen gem. Anlage 5

RLV_{AG} Arztgruppenspezifischer Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der Regelleistungsvolumen gem. I.

Stellt die KVBW bei der Festsetzung der Regelleistungsvolumen fest, dass mit den praxisbezogenen Regelleistungsvolumen in einer Arztgruppe die arztgruppenspezifischen Versicherten- bzw. Grundpauschalen nicht in ausreichendem Umfang vergütet werden können, kann sie innerhalb der arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen geeignete Maßnahmen treffen, um dies sicherzustellen.

Anlage 7
zum HVM gültig ab 01.10.2014

Berechnung des Regelleistungsvolumens (RLV) je Arzt gem. § 9

I. Berechnung des arztgruppenspezifischen Fallwertes

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

RLV_{AG} Arztgruppenspezifischer Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der RLV gem. Anlage 6, Ziffer 1.

FZ_{AG} Anzahl der RLV-Fälle gem. § 8 einer Arztgruppe im jeweiligen Vorjahresquartal.

2. Berechnung des arzt- und praxisbezogenen RLV im Sinne von § 87b Abs. 2 Satz 1 SGB V

$$RLV_{Arzt} = FW_{AG} \times FZ_{Arzt}$$

FW_{AG} Arztgruppenspezifischer Fallwert gem. I.

FZ_{Arzt} Anzahl der RLV-Fälle gem. § 8 eines Arztes im jeweiligen Vorjahresquartal unter Berücksichtigung der Fallzahlsteuerung gem. § 14

Das ermittelte RLV je Arzt ist gegebenenfalls entsprechend den nach gem. § 15 festgestellten Praxisbesonderheiten anzupassen.

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

3. Morbiditätsbezogene Differenzierung des RLV nach Altersklassen gem. § 9 Abs. 4

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

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

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

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

Anlage 8

zum HVM gültig ab 01.07.2014

I. Berechnung der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen gem. § 11 Abs. 2

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

I. Berechnung des Vergütungsbereichs je qualifikationsgebundenem Zusatzvolumen für jede Arztgruppe gem. Anlage 2a Abschnitt I.

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

QZV_{AG} Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen in qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen einer Arztgruppe gem. Anlage 6, Ziffer 2

HV_{AG}^i Honorarvolumen auf der Basis des ausbezahlten Honorars im jeweiligen Vorjahresquartal (abzüglich von Leistungen die außerhalb der MGV vergütet werden) einer Arztgruppe derjenigen Leistungen, die innerhalb eines qualifikationsgebundenen Zusatzvolumens i vergütet werden.

HV_{AG}^{QZV} Honorarvolumen auf der Basis des ausbezahlten Honorars im jeweiligen Vorjahresquartal (abzüglich von Leistungen die außerhalb der MGV vergütet werden) derjenigen Leistungen, die innerhalb der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen einer Arztgruppe vergütet werden.

i Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen einer Arztgruppe gem. Anlage 2a Abschnitt I.

AG Arztgruppe gem. Anlage 2a Abschnitt I.

2. 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 gem. I.

FZ_{AG}^i Anzahl der RLV-Fälle im jeweiligen Vorjahresquartal gem. § 8 derjenigen Ärzte einer Arztgruppe, die Anspruch auf das qualifikationsgebundene Zusatzvolumen i haben

3. Berechnung des qualifikationsgebundenen Zusatzvolumens eines Arztes

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

FZ_{Arzt}^i Anzahl der RLV-Fälle gem. § 8 eines Arztes im jeweiligen Vorjahresquartal, der Anspruch auf das arztgruppenspezifische qualifikationsgebundene Zusatzvolumen i hat, unter Berücksichtigung der Fallzahlsteuerung gem. § 10

II. Berechnung der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen in Form eines Honorarvolumens gem. § 11 Abs. 3

Entsprechend Anlage 2a Abschnitt II. werden je Arztgruppe und je qualifikationsgebundenem Zusatzvolumen die Berechnungen je Arzt wie folgt durchgeführt.

I. Berechnung des Vergütungsbereichs je QZV für jede Arztgruppe gem. Anlage 2a II.

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

QZV_{AG} Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen in qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen einer Arztgruppe gem. Anlage 6, Ziffer 2

HV_{AG}^i Honorarvolumen auf der Basis des ausbezahlten Honorars im jeweiligen Vorjahresquartal (abzüglich von Leistungen die außerhalb der MGV vergütet werden) einer Arztgruppe derjenigen Leistungen, die innerhalb eines qualifikationsgebundenen Zusatzvolumens i vergütet werden

$HV_{\text{AG}}^{\text{QZV}}$ Honorarvolumen auf der Basis des ausbezahlten Honorars im jeweiligen Vorjahresquartal (abzüglich von Leistungen die außerhalb der MGV vergütet werden) derjenigen Leistungen, die innerhalb der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen einer Arztgruppe vergütet werden

i Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen einer Arztgruppe gem. Anlage 2a Abschnitt II.

AG Arztgruppe gem. Anlage 2a Abschnitt II.

2. Berechnung der durchschnittlichen Quote für die Arztgruppe gem. Anlage 2a II.

$$Q_{\text{AG}}^i = \frac{QZV_{\text{AG}}^i}{LB_{\text{AG}}^i}$$

QZV_{AG}^i Vergütungsbereich für ein qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen einer Arztgruppe gem. I.

LB_{AG}^i Abgerechnete und anerkannte Honoraranforderung im jeweiligen Vorjahresquartal für die im qualifikationsgebundenen Honorarvolumen enthaltenen Leistungen

3. Berechnung des QZV in Form eines Honorarvolumens gem. § 11 Abs. 3

$$QZV_{\text{Arzt}}^i = LB_{\text{Arzt}}^i \times Q_{\text{AG}}^i$$

LB_{Arzt}^i Abgerechnete und anerkannte Honoraranforderung im jeweiligen Vorjahresquartal für die im qualifikationsgebundenen Honorarvolumen enthaltenen Leistungen

Die Ermittlung des qualifikationsgebundenen Honorarvolumens je Arzt erfolgt bei Vertragsärzten ohne Honoraranforderung aus dem jeweiligen Vorjahresquartal für die in Anlage 2a Abschnitt II. aufgeführten QZV auf der Basis der abgerechneten und anerkannten Honoraranforderung im Abrechnungsquartal multipliziert mit der Quote Q .