

Honorarverteilungsmaßstab der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

Soweit sich die nachfolgenden Vorschriften auf Ärzte beziehen, gelten sie entsprechend für deren Gemeinschaften, Psychotherapeuten, Angestellte und Medizinische Versorgungszentren, sofern nichts Abweichendes bestimmt ist.

§ 1 Abrechnung

1) Abrechnungsfähigkeit von Leistungen

Abrechnungsfähig sind alle zur ärztlichen Behandlung und Betreuung gehörenden Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 73 Abs. 2 SGB V mit Ausnahme der Nrn. 2 und 2a. Die Leistungen müssen nach den für die Durchführung maßgeblichen Bestimmungen des SGB V und der darauf gründenden Regelungen, insbesondere im Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) inklusive seiner Anlagen, Einheitlichen Bewertungsmaßstab/Euro-Gebührenordnung (EBM) sowie der Richtlinien erbracht worden sein.

Nicht abrechnungsfähig sind insbesondere

- Leistungen, für die eine Genehmigung durch oder auf Grund eines Gesetzes oder eines Gesamtvertrages vorgeschrieben ist, wenn eine solche nicht erteilt wurde,
- fachfremde Leistungen, es sei denn, dass sie zur Erstversorgung eines Notfalles notwendig sind,
- Leistungen, die unmittelbar zwischen Leistungserbringern, deren Zusammenschlüssen und/oder deren Trägern mit den Krankenkassen vereinbart wurden, auch wenn sie Leistungsinhalt einer Leistung nach dem EBM sind, sofern keine abweichenden Regelungen getroffen sind,
- Untersuchungen und Behandlungen aus betriebsärztlicher Tätigkeit,
- Schutzimpfungen, die nicht zur unmittelbaren Krankheitsbehandlung gehören, es sei denn, es bestehen insoweit besondere vertragliche Regelungen,
- badeärztliche Behandlung,
- Atteste und Untersuchungen zum Zwecke der Einleitung eines Heil- oder Rentenverfahrens für alle Kostenträger, außer wenn die Primärkrankenkassen, die Knappschaft sowie die Ersatzkassen selbst die Kostenträger sind,
- Bescheinigungen für Arbeitgeber und Behörden,
- Leistungen im Auftrag des medizinischen Dienstes sowie die Ausstellung von Bescheinigungen und Erstellung von Berichten, welche die Krankenkassen oder der medizinische Dienst zur Durchführung ihrer gesetzlichen Aufgaben oder welche die Versicherten für den Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts nicht benötigen,
- Behandlung von Unfallverletzten oder Berufskrankheiten im Auftrag der Berufsgenossenschaften,
- Leistungen nach dem Infektionsschutzgesetz im Auftrag der Gesundheitsämter,
- Besuchsgebühren bei Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern, die mit gewisser Regelmäßigkeit am selben Ort (z.B. Krankenhaus, Entbindungsanstalt) durchgeführt werden,
- Besuchsgebühren, wenn sich ein an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmender Arzt im Rahmen der ambulanten vertragsärztlichen Behandlung zur Vornahme einer vereinbarten ärztlichen Verrichtung (z.B. Anästhesie/Narkose) in die Praxis eines anderen Vertragsarztes oder in ein OP-Zentrum begibt,
- die Selbstbehandlung sowie die Behandlung von Familienangehörigen,
- Leistungen in Heimen, für die ein Betreuungsvertrag besteht.

Die ärztlichen Leistungen sind mit der jeweiligen Gebührenordnungsposition (GOP) des EBM oder sonstiger Bestimmungen einzutragen. Die Eintragungen haben individuell zu erfolgen.

2) Rechnungslegung

a) Abrechnung

Die Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen ist quartalsweise auf der Grundlage der Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für den Einsatz von IT-Systemen in der Arztpraxis zum Zwecke der Abrechnung gemäß § 295 Abs. 4 SGB V in der jeweils geltenden Fassung, veröffentlicht im Deutschen Ärzteblatt, grundsätzlich mittels Informationstechnologie (IT) vorzunehmen. Dabei hat die Übermittlung der Abrechnungsdaten leitungsgebunden und die der abrechnungsbegründenden Daten einschließlich Dokumentationen und Qualitätsindikatoren sowie der zu übermittelnden Statistikdaten nach Maßgabe der vom Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein erlassenen Richtlinie zur IT-gestützten Quartalsabrechnung (IT-Rtl. KVNo) in der jeweils geltenden Fassung, veröffentlicht im offiziellen Veröffentlichungsorgan, zu erfolgen. Mehrere dieser Abrechnungsübermittlungen während eines Quartals für denselben Versicherten zu Lasten derselben Krankenkasse bei demselben Arzt/derselben Praxis sind für die Abrechnung als ein Behandlungsfall zu führen. Dies gilt nicht, wenn der Versicherte während des Behandlungsquartals die Krankenkasse gewechselt hat bzw. bei Leistungen im organisierten ärztlichen Notfalldienst bei eigenen Patienten.

Für die Abrechnung mittels IT ist die Anzeige gegenüber der zuständigen Bezirksstelle der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein erforderlich; sie ist an den Einsatz einer von der KBV zertifizierten Software gebunden. Die Voraussetzungen für eine derartige Abrechnungslegung sowie weitere Voraussetzungen für eine ordnungsgemäße Abrechnungslegung sind in der IT-Rtl. KVNo geregelt.

b) Persönliche Rechnungslegung

Die Rechnungslegung ist persönlich – ohne die Einschaltung von Dritten, insbesondere sog. Verrechnungsstellen, soweit nicht ausdrücklich gesetzlich oder vertraglich vorgesehen – vorzunehmen. Die aufgrund unzulässiger Datenverarbeitung erstellte Abrechnung darf nicht verwendet werden und wird zurückgewiesen.

3) Kennzeichnungspflichten

Bei der Abrechnung der vertragsärztlichen Leistungen ist eine arztbezogene Kennzeichnung unter Angabe der Arztnummer (LANR) und der Betriebs- und Nebenbetriebsstättennummern (BSNR/NBSNR) vorzunehmen. Die Erfüllung der Kennzeichnungspflicht ist Voraussetzung dafür, dass die von der jeweiligen Praxis zur Abrechnung gebrachten Leistungen vergütet werden.

4) Sammelerklärung

Voraussetzung der Abrechnung ist, dass alle Leistungserbringer die vom Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein für die Abrechnung festgesetzten Erklärung(en) auf Vordruck (Sammelerklärung) ordnungsgemäß und vollständig abgeben. Dabei sind von den Leistungserbringern die für das jeweilige Quartal von der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein zur Verfügung gestellten Vordrucke zu benutzen. In der Sammelerklärung ist durch Unterschrift zu bestätigen, dass der Unterzeichner die Verantwortung für die Erfüllung der Abrechnungsvoraussetzungen trägt, weil er sie selbst erfüllt oder sich von deren Erfüllung persönlich überzeugt hat. Im letzten Fall genügt bei einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) die Unterschrift eines Partners. Bei einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) und bei Krankenhäusern ist die Unterschrift des ärztlichen Leiters erforderlich. Bei Abrechnung von Leistungen im organisierten ärztlichen Notfalldienst unter einer speziellen BSNR/NBSNR für Notfallpraxen ist die Abrechnung von dem oder den für die Ordnungsgemäßheit der Abrechnung jeweils verantwortlichen Arzt/Ärztinnen zu unterzeichnen. Die Erklärung kann auch in elektronischer Form mit ent-

sprechender qualifizierter Signatur abgegeben werden. Eine Veränderung des Erklärungstextes führt zur Unwirksamkeit.

5) Abrechnungsfristen

a) Fristen

Die Abrechnungsunterlagen sind innerhalb der in der IT-Rtl. KVNo genannten Abgabefristen einzureichen. Abrechnungsscheine, die der Arzt erst nach Ablauf dieser erhält, können in den Fällen des § 18 Abs. 8 Nr. 1 BMV-Ä mit der nächsten Quartalsabrechnung eingereicht werden. Nachträglich eingereichte Abrechnungsscheine nehmen an der Honorarverteilung im Einreichungsquartal teil. Bei verspäteter Einreichung von Abrechnungsunterlagen finden die Regelungen nach Abs. 5b) Anwendung. Eine nachträgliche Berichtigung oder Ergänzung einer unvollständigen Abrechnung für eingereichte Abrechnungsscheine, auch in elektronischer Form, kann der Arzt nach Abgabe der Abrechnungsunterlagen grundsätzlich nicht mehr geltend machen. Ausnahmsweise kann unter der Voraussetzung, dass die nachträgliche Korrektur nicht als geringfügig erscheint, eine Nachbearbeitung nur mit der Folge aus Abs. 5b) verlangt werden.

Die Einreichung von Abrechnungsunterlagen nach Ablauf eines Jahres, vom Ende des Kalendervierteljahres an gerechnet, in dem die Leistungen erbracht worden sind, ist ausgeschlossen.

b) Folgen bei verspäteter Abrechnung

Bei verspäteter Abrechnung gilt – außer bei Geringfügigkeit (z. B. Einreichung vor Bearbeitung der Arztgruppe, Einreichung von in der Regel bis zu 50 Fällen usw.) – folgendes:

- (1) Vorauszahlungen werden bis zur Vorlage der Abrechnungsunterlagen eingestellt bzw. ermäßigt.
- (2) Von dem anerkannten Honoraranspruch für die verspätet eingereichte Abrechnung werden 10%, jedoch maximal Euro 10.000,00 pauschaliert zur Deckung des zusätzlich entstehenden Aufwandes in Abzug gebracht.

Von den vg. Maßnahmen kann auf Antrag ganz oder teilweise abgesehen werden, wenn der Arzt nachweist, dass er die Einreichungsfrist ohne sein Verschulden versäumt hat. Die Regelung unter (2) wird auch zu Grunde gelegt, wenn zwei oder mehr Abrechnungen wegen eines Statuswechsels/einer Änderung der Kooperationsform während eines Quartals durchgeführt werden müssen und der Statuswechsel/die Änderung der Kooperationsform während des Quartals aus Gründen erfolgt, die die Praxis zu vertreten hat.

6) Einzelne Abrechnungsregeln

a) Organisierter Notfalldienst und Urlaubs- bzw. Krankheitsvertretung

Abrechnungsscheine für den ärztlichen Notfalldienst, Urlaubs- bzw. Krankheitsvertretung (Muster 19) berechtigen nur zur Abrechnung von Vertretungsleistungen und im Notfall von Leistungen der Erstversorgung.

Vertretungsleistungen kommen nur dann in Betracht, wenn es sich um eine mindestens halbtägige Vertretung im Sinne des § 32 Abs. 1 Ärzte-ZV handelt, die eine Abwesenheit des vertretenen Arztes voraussetzt.

Bei Vertretungen im organisierten Notfalldienst durch einen Vertragsarzt, d.h. ohne Austausch des zum Notdienst Verpflichteten, hat der Vertreter die erbrachten Leistungen über Muster 19 unter seiner BSNR abzurechnen, sofern er den Notfalldienst in seiner eigenen Praxis wahrnimmt; dagegen sind die Leistungen bei Vertretung in den Praxisräumen des vertretenen Arztes oder in einer von der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein und Ärztekammer Nordrhein genehmigten Notfallpraxis unter dessen BSNR abzurechnen. Bei Vertretungen im organisierten Notfalldienst durch einen Nichtvertragsarzt sind die erbrachten Leistungen über Muster 19 unter der BSNR/NBSNR des vertretenen Arztes abzurechnen. Sofern Nichtvertragsärzten eine eigene BSNR/NBSNR zugeteilt wurde, ist diese nur bei persönlicher Einteilung zum

organisierten ärztlichen Notfalldienst verwendbar. Sofern spezielle BSNR/NBSNR für Notfallpraxen vergeben wurden, sind diese bei der Ableistung des organisierten Notfalldienstes in den Notfallpraxen zu verwenden.

Bei Vertretungen im Urlaubs- bzw. Krankheitsfall durch einen Vertragsarzt hat der Vertreter die erbrachten Leistungen über Muster 19 unter seiner BSNR abzurechnen, sofern er den Dienst in seiner eigenen Praxis wahrnimmt; dagegen sind die Leistungen bei Vertretung in den Praxisräumen des vertretenen Arztes unter dessen BSNR abzurechnen.

b) MKG-Chirurgen

Im Falle der Leistungserbringung auf Überweisung gilt für MKG-Chirurgen, die sowohl zur vertragsärztlichen als auch zur vertragszahnärztlichen Versorgung zugelassen sind, dass die Leistungen bei einer Behandlung aufgrund einer Überweisung durch einen Vertragsarzt ausschließlich über die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein abzurechnen sind, hingegen über die Kassenzahnärztliche Vereinigung bei einer Überweisung durch einen Vertragszahnarzt.

c) Krankenhäuser und/oder ermächtigte Krankenhausärzte

(1) Eine Abrechnung ambulanter Notfalleistungen erfolgt durch das Krankenhaus; die Abrechnung derartiger Leistungen durch den ermächtigten Krankenhausarzt ist nicht zulässig. Dabei sind sämtliche Leistungen eines Krankenhauses bei ambulanter Notfallbehandlung bei einem Patienten auf demselben Behandlungsschein abzurechnen; Datum und Uhrzeit der Behandlung sind als Abrechnungsvoraussetzung anzugeben. Während der üblichen Praxiszeiten können grundsätzlich keine ambulanten Notfalleistungen abgerechnet werden.

Nicht abrechnungsfähig sind ambulante Notfalleistungen eines Krankenhauses, wenn sich die Notwendigkeit einer stationären Aufnahme ergibt und diese am gleichen Tage erfolgt.

(2) Ebenfalls nicht abrechnungsfähig sind Leistungen, die aufgrund einer Krankenhauseinweisung im Rahmen der Aufnahmeuntersuchung von einem an diesem Krankenhaus tätigen Krankenhausarzt erbracht werden. Gleiches gilt für vor- und nachstationäre Behandlungen im Sinne von § 115a SGB V.

(3) Ambulant ausgeführte vertragsärztliche Leistungen sind von einem Krankenhausarzt bzw. einem ermächtigten Institut dann nicht abrechnungsfähig, wenn der Kranke an demselben Tage wegen derselben Krankheit in die stationäre Behandlung desselben Krankenhauses aufgenommen wird.

§ 2

Sachlich-rechnerische Berichtigung

Die Bezirksstellen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein überprüfen durch automatisierte Verfahren oder repräsentative Stichproben die Abrechnungsunterlagen des Arztes u.a. auf sachlich-rechnerische Richtigkeit. Dabei sind sich ergebende sachlich-rechnerische Berichtigungen (z.B. unrichtige Anwendung des EBM, Abrechnung fachfremder Leistungen, Abrechnung von Leistungen außerhalb der Ermächtigung) dem Arzt, soweit sie diesen beschweren, mitzuteilen. Dies gilt nicht, wenn insbesondere zwingende Bestimmungen des EBM und/oder Bestimmungen des Regelwerks außer Acht gelassen wurden und/oder die sachlich-rechnerische Berichtigung pro Quartalsabrechnung unter EUR 200 liegt.

§ 3 Vergütungsgrundsätze

1) Grundsätze

Zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen gegenüber den Leistungserbringern werden die Preise der regionalen Euro-Gebührenordnung (§ 87a SGB V) herangezogen, sofern nichts Abweichendes bestimmt ist. Die regionale Euro-Gebührenordnung ist der EBM für ärztliche Leistungen gemäß § 87 Abs. 1 SGB V, dessen Punktzahlen mit dem regional vereinbarten Punktwert multipliziert werden. Dieser regionale Punktwert wird von den Partnern der Gesamtverträge in Höhe des Orientierungswertes vereinbart, da regionale Anpassungen nicht bestehen, sodass als regionale Gebührenordnung die Euro-Gebührenordnung, veröffentlicht im Deutschen Ärzteblatt, in ihrer jeweils geltenden Fassung gilt. Zusätzlich werden Strukturzuschläge, sofern diese im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein oder aufgrund von Strukturverträgen vereinbart sind, gezahlt.

2) Leistungen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV)

Die Verteilung der zwischen den Partnern der Gesamtverträge vereinbarten MGV wird entsprechend den nachfolgenden Regelungen durch Regelleistungsvolumina (RLV) und qualifikationsgebundene Zusatzvolumina (QZV) begrenzt sowie einer Steuerung durch Kontingentierung bzw. Quotierung unterzogen, soweit sie außerhalb der arzt- und praxisbezogenen RLV und QZV vergütet bzw. von Arztgruppen, die nicht dem RLV unterliegen, erbracht werden. Dabei kann die Kontingentierung bzw. Quotierung zu einer geringeren Vergütung als nach der regionalen Euro-Gebührenordnung führen.

Für Vertragsärzte, die zur Abrechnung von Laboratoriumsuntersuchungen berechtigt und in der Tabelle in § 7 Abs. 2b) aufgeführt sind, unterliegen die Kostenerstattungen für spezielle Laboratoriumsuntersuchungen des Abschnitts 32.3 EBM einer fallwertbezogenen Budgetierung.

3) Leistungen außerhalb der MGV

Die arztseitige Vergütung von Leistungen außerhalb der MGV erfolgt nach den getroffenen Vereinbarungen in der jeweils gültigen Fassung. Dazu werden der jeweils geltende regional vereinbarte Punktwert und vereinbarte Strukturzuschläge bzw. die jeweils vereinbarten Euro-Beträge herangezogen.

§ 4 Rückstellungen

Rückstellungen werden nach den Prognosen des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein quartalsweise in der angenommenen ausreichenden Höhe aus der MGV gebildet. Die Rückstellungsbereiche sind untereinander ausgleichsfähig.

§ 5 Arzt- und praxisbezogene Regelleistungsvolumina und qualifikationsgebundene Zusatzvolumina

1) Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung

Zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der vertragsärztlichen Tätigkeit werden für die Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen arzt- und praxisbezogene RLV und QZV vorgegeben. Die Berechnung und Anpassung der RLV und QZV ergibt sich aus den nachfolgenden Bestimmungen.

Die RLV werden quartalsweise je Arzt für die in der Anlage 1 benannten Arztgruppen ermittelt und festgesetzt. Hierbei, wie auch bei den QZV ist der Umfang der Tätigkeit des

einzelnen Arztes in der Regel laut Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid zu berücksichtigen. Angestellte Ärzte erhalten ein RLV/QZV mit dem Prozentsatz, mit dem der Angestellte in der Bedarfsplanung berücksichtigt wird. Für die arztbezogene Ermittlung und Festsetzung eines QZV muss der einzelne Arzt mindestens eine Leistung des entsprechenden QZV im jeweiligen Vorjahresquartal erbracht haben und die zutreffende Gebiets- bzw. Schwerpunktbezeichnung führen und nachweisen, dass er im Abrechnungsquartal die Qualifikationsgenehmigung nach §§ 135 Abs. 2, 137 SGB V besitzt oder eine Zusatzbezeichnung führt.

Für Vertragsärzte, die außer in ihrer Arztpraxis auch in einer oder mehreren Teil-BAG tätig sind, wird ein gesamtes RLV für die vom jeweiligen Vertragsarzt in der Arztpraxis und in der(n) Teil-BAG erbrachten Leistungen ermittelt.

Im Falle des Abschlusses von Verträgen nach den §§ 63 ff., 73b, 73c und 140 ff. SGB V erfolgt die Bereinigung der arzt- und praxisbezogenen RLV/QZV u.a. nach den auf Bundesebene und/oder Landesebene hierzu vereinbarten Regelungen.

2) Bildung der RLV und QZV

Zu den Einzelheiten der Bildung der RLV und QZV wird auf die Anlage 2, die in der jeweils geltenden Fassung Bestandteil dieses Honorarverteilungsmaßstabes ist, verwiesen.

Die arztgruppenspezifisch je Versorgungsbereich ermittelten QZV sind in Anlage 3, die in ihrer jeweils geltenden Fassung ebenfalls Bestandteil dieses Honorarverteilungsmaßstabes ist, aufgeführt.

3) Praxisbezogene Mitteilung und Verrechnung der RLV und QZV

a) Mitteilung RLV incl. Kooperationszuschlägen und QZV

Die Mitteilung der RLV erfolgt praxisbezogen. Dabei ergibt sich die Höhe des RLV einer Arztpraxis aus der Addition der RLV je Arzt, die in der Arztpraxis tätig sind, sofern sich aus den übrigen Bestimmungen nichts Abweichendes ergibt.

Die Höhe des zutreffenden RLV für BAG, MVZ und Praxen mit angestellten Ärzten wird unter Berücksichtigung eines Aufschlages in Höhe von 10% je Standort berechnet (Kooperationszuschlag), soweit dort mindestens zwei Ärzte zugelassen und/oder als Angestellte an der vertragsärztlichen Versorgung im Rahmen ihrer Zulassung und/oder Genehmigung zur Anstellung teilnehmen; andere Tätigkeiten, z.B. in Zweigpraxen bleiben unberücksichtigt. Bei den Zuschlägen werden Jobsharing-Ärzte i.S.d. § 101 Abs. 1 Nr. 4 und 5 SGB V in keinem Fall berücksichtigt. Bei Änderung der Praxiskonstellation seit dem Vorjahresquartal wird der Zuschlag auf Basis des aktuellen Abrechnungsquartals vorgenommen.

Die Mitteilung der QZV erfolgt ebenfalls praxisbezogen, wenn und soweit einer oder mehrere der Ärzte, die in der Arztpraxis tätig sind, die in Abs. 1 benannten Voraussetzungen für das jeweilige QZV erfüllen. Auch hierbei ergibt sich die Höhe eines QZV aus der Addition der QZV je Arzt einer Praxis. Wird die Genehmigung nach Ablauf des Vorjahresquartals und vor Beginn des aktuellen Abrechnungsquartals erteilt, kann das entsprechende QZV zuerkannt werden bis ein jeweiliges Vorjahresquartal für die Mitteilung zugrunde gelegt werden kann. Sofern besondere Hinderungsgründe der Erbringung mindestens einer Leistung des Leistungskatalogs des entsprechenden QZV im Vorjahresquartal – ausschließlich in diesem einen Quartal – nachweisbar entgegengestanden haben, können diese ggf. berücksichtigt werden. Die Anwendung der Kooperationszuschläge erfolgt nicht auf die QZV.

Die Information an den Arzt oder die Arztpraxis erfolgt durch Mitteilung der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein vor Beginn der Geltungsdauer der RLV/QZV, um dem Arzt eine Kalkulationssicherheit hinsichtlich der Höhe seines zu erwartenden

Honorars zu ermöglichen (§ 87b Abs. 2 Satz 1 SGB V).

b) Verrechnung

Dem einer Arztpraxis mitgeteilten RLV und ggf. QZV steht die in der Arztpraxis abgerechnete Leistungsmenge insgesamt gegenüber, d.h. sofern das RLV und/oder QZV nicht ausgeschöpft ist, kann das noch zur Verfügung stehende Honorarvolumen mit Leistungen aus dem RLV und/oder QZV ausgefüllt werden und umgekehrt. Hierbei sind auch die Leistungen zu berücksichtigen, die von den beteiligten Vertragsärzten ggf. in Teil-BAG erbracht werden.

4) RLV bei Neuzulassung und Umwandlung der Kooperationsform

Ärzten, die erstmalig im Planungsbereich zugelassen sind, wird für die Dauer von 16 Quartalen das RLV nachträglich berechnet und bei der Abrechnung zugrunde gelegt. Hierbei werden die aktuellen Fallzahlen mit dem entsprechenden Fallwert der Arztgruppe – unter Berücksichtigung der allgemeinen Berechnungsvorschriften – multipliziert. Dabei erhält die Praxis insgesamt maximal die aktuell abgerechnete Fallzahl. Das kann dazu führen, dass weniger Fälle bei der Quartalsabrechnung berücksichtigt werden, als in der Mitteilung über das RLV/QZV ausgewiesen wurden. Für Ärzte, die nicht erstmalig neu zugelassen sind, ist ein eventueller Fallzahlenanstieg jedoch auf ihre Vorjahresquartalswerte beschränkt. Die erstmalige Anstellung im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein – mit Ausnahme der Anstellung i.S.d. § 101 Abs. 1 Nr. 5 SGB V – steht der Neuzulassung gleich. Die Umwandlung einer Zulassung in ein Angestelltenverhältnis ist keine Neuzulassung im vorgenannten Sinne.

Bei Umwandlung der Kooperationsform sowie Bildung und Trennung von BAG gelten die Gesamtwerte grundsätzlich fort.

Die Regelung findet auf die Mitteilung von QZV entsprechende Anwendung.

5) Praxisverlegung

Ist anzunehmen, dass bei einer Praxisverlegung im Wesentlichen nicht mehr die gleichen Patienten des bisherigen Zulassungsortes versorgt werden, kann von einer Neuzulassung ohne Praxisvorgänger im Sinne von Abs. 4 ausgegangen werden. Die Annahme gilt grundsätzlich bei Praxisverlegungen von Hausärzten außerhalb von 5 km Radius um die bisherige Praxis; bei Fachärzten beträgt der Radius 20 km. Eine Reduktion von RLV/QZV kann auch später für die Zukunft erfolgen, insbesondere wenn von Praxen in der Nachbarschaft des bisherigen Praxisortes dargelegt wird, dass die ehemaligen Patienten der verlegten Praxis von ihnen versorgt werden.

§ 6

Härtefallregelungen

1) Härteklausele

Auf Antrag können die arzt- und/oder praxisbezogenen Fallzahlen auf die aktuelle Fallzahl des Abrechnungsquartals angehoben werden. Voraussetzung ist ein vom Antragsteller aus den folgenden Gründen nicht zu vertretender außergewöhnlicher Fallzahlenrückgang in der Vergangenheit oder ein aktueller außergewöhnlicher Fallzahlenanstieg.

Eine außergewöhnliche Änderung der Fallzahl (Rückgang bzw. Erhöhung) liegt vor, wenn diese 20% der Fallzahl der Praxis im Vorjahresquartal (Rückgang) bzw. im Vorjahresquartal (Anstieg) beträgt. Dabei gilt, dass Praxen unterhalb der durchschnittlichen arztgruppenspezifischen Fallzahl lediglich 20% der Fallzahl der Praxis und Praxen oberhalb der durchschnittlichen arztgruppenspezifischen Fallzahl 20% des Durchschnitts nachweisen müssen, um eine außergewöhnliche Fallzahländerung belegen zu können. Für BAG, MVZ und Praxen mit angestellten Ärzten werden für das Vorliegen des 20%-Kriteriums die Arztgruppendurchschnitte je Arzt additiv betrachtet. Die Bewilligung erfolgt

je nach Dauer des Vorliegens des Grundes für bis zu vier aufeinanderfolgende Quartale. Die Antragstellung ist nur bis zum Ende des Quartals, für das die Härtefallregelung erstmals beantragt ist, zulässig; ein erneuter Antrag kann frühestens nach Ablauf von vier Quartalen für die Zukunft gestellt werden. Lässt sich das Vorliegen dieser Voraussetzung noch nicht feststellen, weil der Grund nicht in der Vergangenheit liegt, ist diese Voraussetzung der Bewilligung der aktuellen Fallzahlen als Bedingung beizufügen.

a) Die Bewilligung kann nur aus folgenden Gründen erfolgen:

aa. Gründe, die zu einem Fallzahlrückgang in der Vergangenheit geführt haben

- Erziehung eines Kindes bis zur Vollendung des 3. Lebensjahres (§ 32 Abs. 2 Nr. 2 Ärzte-ZV)
- Pflege eines pflegedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung bis zu einer Dauer von sechs Monaten (§ 32 Abs. 2 Nr. 3 Ärzte-ZV)
- schwere Erkrankung/Todesfälle im unmittelbaren familiären Umfeld
- eigene Krankheit des Arztes, die zur Arbeitsunfähigkeit führt
- uneigennütziges Engagement des Arztes, insbesondere nachgewiesenes soziales Engagement durch ärztliche Tätigkeit im Rahmen eines Hilfsprojektes
- Sicherstellung in einer anderen Praxis im KV-Bezirk bei akuter, schwerer Erkrankung oder Tod des dort tätigen Vertragsarztes
- nachgewiesener Ausfall eines für die Leistungserbringung notwendigen medizinisch-technischen Gerätes

bb. Gründe, die im aktuellen Quartal liegen und zu einem Fallzahlenanstieg führen

- urlaubs- und krankheitsbedingte Vertretung eines Arztes der eigenen BAG oder einer Arztpraxis in der näheren Umgebung der Arztpraxis.
Angegebene Zeiten von Vertretung oder Krankheit werden nur berücksichtigt, wenn sie zusammenhängend länger als eine Woche dauern und die Anzahl der Vertreterfälle des entsprechenden Vorjahresquartals überschritten ist. Die anerkannten Mehrfälle werden im entsprechenden Quartal des nächsten Jahres nicht fortgeschrieben.
- Aufgabe einer Zulassung oder genehmigten angestellten Tätigkeit eines Arztes der eigenen BAG oder in der näheren Umgebung der Arztpraxis.
Die Aufgabe einer Zulassung in o.g. Sinn liegt vor, wenn die Praxis nicht durch einen Nachfolger fortgeführt oder die Zulassung nicht in ein Angestelltenverhältnis umgewandelt wird.
- gravierende Verwerfungen der regionalen Versorgungsstruktur
- Verlegung einer Praxis im Umfeld aus dem Einzugsbereich hinaus
- Eröffnung einer Zweigpraxis, die nicht nur die Versorgungslage verbessert, sondern der Sicherstellung dient, weil in ihr Leistungen angeboten werden, die ansonsten in zumutbarer Entfernung nicht erbracht werden.

b) Die Bewilligung ist ausgeschlossen bei:

- Umbau in der Praxis oder von Teilen und/oder Umzug der Praxis
- räumliche oder personelle Umstrukturierung der Praxis
- verlängerte bzw. veränderte Öffnungszeiten
- persönliche Fort- und/oder Weiterbildung zusammenhängend von weniger als einer Woche
- in Fällen höherer Gewalt (Witterungsbedingungen, etc.)
- Ausfall von nichtärztlichen Mitarbeitern.

Durch die Fallzahlerhöhung bleibt eine für den Fall des sog. Job Sharing bestehende Leistungsbeschränkung unberührt, soweit nicht bei Aufgabe einer Zulassung oder einer Anstellung eine Erhöhung aus Gründen der Sicherstellung der medizinischen Versorgung im Sinne des Abs. 2 notwendig ist.

2) Ausnahme von der Abstufung

Auf Antrag kann im Einzelfall von der Regelung zur Anwendung der Fallzahlabstufung beim RLV (Anlage 2 Schritt 6 Abs. 1) ausschließlich dann abgewichen werden, wenn dies aus Gründen der Sicherstellung der medizinischen Versorgung notwendig ist. Letzteres wird angenommen, wenn mindestens die doppelte Fallzahl der Arztgruppe zur Abrechnung gebracht wird und im Einzugsbereich nicht mehr als zwei weitere Praxen vorhanden sind, die unter 150% der durchschnittlichen Fallzahlen der Arztgruppe zur Abrechnung bringen. Bei Vorliegen der Voraussetzung beginnt die Abstufung erst bei der doppelten Fallzahl.

§ 6a Praxisbesonderheiten

Zur Sicherstellung eines besonderen Versorgungsbedarfs kann im Einzelfall auf Antrag eine Anpassung des arztgruppenspezifischen Fallwertes gewährt werden, wenn der Antragsteller aus objektiven Gründen gehindert ist, mit dem durchschnittlichen arztgruppenspezifischen Fallwert eine an § 12 Abs. 1 SGB V orientierte Versorgung der GKV-Versicherten zu gewährleisten.

Voraussetzung ist eine im Leistungsumfang der Praxis zum Ausdruck kommende Spezialisierung sowie eine von der Typik der Arztgruppe abweichende Praxisausrichtung mit auffalldem und messbarem signifikanten Anteil der im Spezialisierungsbereich abgerechneten Punkte im Verhältnis zum Gesamtpunktzahlvolumen der Praxis.

- Ein signifikanter Anteil des Spezialisierungsbereichs liegt vor, wenn hierauf in vier aufeinander folgenden Quartalen mindestens 20% des Gesamtpunktzahlvolumens entfallen. Für die Ermittlung des Punktzahlanteils im jeweiligen Spezialisierungsbereich sind ggf. einzelne GOP additiv zu betrachten, wenn ein Sachzusammenhang besteht.
- Indiz für die Atypik der Praxisausrichtung im Vergleich zur Arzt-/Fachgruppe ist, wenn im Verhältnis zum Fachgruppendurchschnitt eine signifikant überdurchschnittliche Leistungshäufigkeit in einem Spezialgebiet vorliegt. Zur Begründung einer versorgungsrelevanten Besonderheit genügt es nicht, lediglich ein „Mehr“ an arzt-/fachgruppentypischen Leistungen abzurechnen. Die Überschreitung muss entweder auf arztgruppenübergreifend erbrachten speziellen Leistungen nach dem EBM beruhen, die eine besondere (Zusatz-) Qualifikation und eine besondere Praxisausstattung erfordern, oder auf arztgruppentypischen Leistungen nach dem EBM, die im Verhältnis zur Arzt-/Fachgruppe mit mindestens 5-facher Häufigkeit im Anwendervergleich zur Sicherstellung erbracht werden müssen.

Die Berücksichtigung als Praxisbesonderheit ist ausgeschlossen, wenn die Spezialisierung ganz oder teilweise in einem leistungsfallbezogenen QZV Ausdruck gefunden hat.

Nach Feststellung der tatbestandlichen Voraussetzungen, die kumulativ erfüllt sein müssen, steht der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein ein Ermessen bei der Höhe der Festsetzung eines Fallwertzuschlages zu. Über den Fallwertzuschlag wird für vier Quartale entschieden; ein erneuter Antrag ist erst für einen Anschlusszeitraum zulässig.

§ 6b Auffangregelung

Soweit weitere Umstände vorliegen, die der Arzt nicht zu vertreten hat, und die dazu führen, dass das nach den Bestimmungen dieses HVM berechnete RLV im Einzelfall zu einer nachweislichen Gefährdung der wirtschaftlichen Existenz der Praxis und zu einem spezifischen Sicherstellungsbedarf führt, können auf Antrag nach Ermessen Anpassungen gewährt werden. Die Gefährdung der wirtschaftlichen Existenz der gesamten Praxis ist durch geeignete Unterlagen, insbesondere solchen, die von Dritten erstellt wurden, vollständig glaubhaft zu machen.

Die Entscheidungen über die Anträge trifft, ebenso wie nach den Regelungen der §§ 6 bis 6a, der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein nach Anhörung des HVM-Ausschusses der Vertreterversammlung.

§ 7 Verteilung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

1) Vergütung von Leistungen, die dem RLV und dem QZV unterliegen

Die von der Arztpraxis abgerechnete Leistungsmenge wird mit dem regional vereinbarten Punktwert in Höhe von 10 Cent bewertet und bis zur Höhe des mitgeteilten RLV sowie ggf. QZV mit diesem Punktwert vergütet.

Die das RLV und ggf. QZV einer Arztpraxis insgesamt überschreitenden Leistungen werden mit einem abgestaffelten Preis vergütet. Dieser wird quartalsweise je Versorgungsbereich aus dem Vergütungsvolumen von 2% nach Anlage 2 Schritt 2, Abs. 1a) bzw. Abs. 2a) und dem überschreitenden Leistungsbedarf je Versorgungsbereich ermittelt, jedoch begrenzt auf max. 7,5 Cent.

Die Vergütung einer versorgungsbereichsübergreifenden BAG/MVZ bzw. einer Praxis/MVZ mit versorgungsbereichsübergreifender Anstellung erfolgt aus dem versorgungsbereichsspezifischen Vergütungsvolumen, in dem der Schwerpunkt der Praxis/des MVZ gemessen am Gesamtleistungsbedarf der jeweils zuletzt abgerechneten vier aufeinander folgenden Quartale liegt.

Mit den Partnern der Gesamtverträge zusätzlich vereinbarte Vergütungsanteile werden vertragsgemäß, ggf. auch rückwirkend, verwendet.

2) Vergütung von Leistungen, die nicht dem RLV sowie dem QZV unterliegen

- a) Die Leistungen der ambulanten Notfallversorgung im organisierten ärztlichen Notfalldienst bzw. der Krankenhäuser werden nach der jeweils geltenden regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet, wobei die Vergütung der ambulanten Notfalleistungen der Krankenhäuser abzüglich des Investitionskostenabschlages von 10% erfolgt. Dabei erfolgt die Vergütung dieser Leistungen aus dem nach Teil B der Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß § 87b Abs. 4 SGB V zur Honorarverteilung der Kassenärztlichen Vereinigungen in ihrer jeweils gültigen Fassung (im Folgenden Vorgaben KBV genannt) gebildeten Vergütungsvolumen des Grundbetrages „ärztlicher Bereitschaftsdienst“.
- b) Die Vergütung der laboratoriumsmedizinischen Leistungen erfolgt aus dem nach Teil E, Ziffer 2 der Vorgaben KBV gebildeten Vergütungsvolumen des Grundbetrages „Labor“. Dabei werden diese Leistungen nach Teil E, Ziffer 3 der Vorgaben KBV vergütet mit der Maßgabe, dass nach Teil E, Ziffer 3.5.3 der Vorgaben KBV folgende Fallwerte angewendet werden:

Arztgruppen	Referenzfallwert
Fachärzte für Frauenheilkunde	4 €
Fachärzte für Frauenheilkunde mit fakultativer WB Endokrinologie u. Reproduktionsmedizin	4 €
Fachärzte für Dermatologie	4 €
Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Pneumologie	4 €
Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Endokrinologie	40 €
Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Rheumatologie	40 €
Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Hämato-/ Onkologie	21 €
Fachärzte für Urologie	4 €
Fachärzte für Nuklearmedizin	21 €

Die Referenz-Fallwerte unterliegen wie alle übrigen Laboratoriumsuntersuchungen der Abschnitte 32.2 und 32.3, sofern diese nicht außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet werden und mit Ausnahme der GOP 32025, 32026, 32027, 32035, 32036, 32037, 32038, 32039, 32097 und 32150 EBM, der bundeseinheitlichen für den jeweiligen Zeitraum geltenden Abstufungsquote nach den Vorgaben KBV.

- c) Die Vergütung der Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung (PFG) erfolgt nach der jeweils geltenden regionalen Euro-Gebührenordnung mit der Maßgabe, dass die Vergütung aus dem nach Teil H der Vorgaben KBV gebildeten Vergütungsvolumen des Grundbetrages „PFG“ erfolgt.
- d) Die Vergütung der Leistungen der Humangenetik (genetisches Labor) erfolgt nach der jeweils geltenden regionalen Euro-Gebührenordnung, es sei denn, dass die mit diesem Punktwert bezahlbare Leistungsmenge das gemäß Teil G der Vorgaben KBV gebildete Vergütungsvolumen des Grundbetrages „genetisches Labor“ überschreitet. In diesem Fall wird die Leistungsmenge abweichend von der regionalen Euro-Gebührenordnung nach dem EBM, multipliziert mit dem sich rechnerisch ergebenden Punktwert vergütet. Dieser Punktwert errechnet sich durch Division des in Teil G der Vorgaben der KBV gebildeten Vergütungsvolumens durch den entsprechenden Leistungsbedarf des aktuellen Abrechnungsquartals, der der MGV unterliegt. Die Vergütung der Leistungen erfolgt jedoch nicht mit einem Punktwert oberhalb des Wertes der regionalen Euro-Gebührenordnung.
- e) Die Vergütung der in Anlage 2 benannten psychotherapeutischen Leistungen erfolgt nach der jeweils geltenden regionalen Euro-Gebührenordnung. Hiervon ausgenommen sind die Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM aller Arztgruppen sowie der probatorischen Sitzungen (GOP 35150 EBM) der in § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppen, die außerhalb der MGV, sowie die in Anlage 3 benannten psychotherapeutischen Leistungen, die nach Maßgabe des Absatzes 1 vergütet werden.
- f) Die Vergütung der in Anlage 2 Schritt 2, Abs. 1c) bis e) und Abs. 2c) bis f) aufgeführten Leistungen erfolgt nach der jeweils geltenden regionalen Euro-Gebührenordnung, es sei denn, dass jeweils eigenständige Kontingente gebildet sind und die mit diesem Punktwert bezahlbare Leistungsmenge diese Kontingente überschreitet. In diesem Fall wird die Leistungsmenge abweichend von der regionalen Euro-Gebührenordnung nach dem EBM, multipliziert mit dem sich rechnerisch ergebenden Punktwert vergütet. Dieser Punktwert errechnet sich durch Division der jeweils gebildeten eigenständigen Kontingente durch den entsprechenden Leistungsbedarf des aktuellen Abrechnungsquartals, der der MGV unterliegt. Die Vergütung der Leistungen erfolgt jedoch nicht mit einem Punktwert oberhalb des Wertes der regionalen Euro-Gebührenordnung, sofern nichts Abweichendes bestimmt ist.
Die Vergütung der Leistungen der ermächtigten Krankenhäuser, Einrichtungen und

Institutionen nach Abs. 1d), 2. Spiegelstrich und Abs. 2d), 7. Spiegelstrich erfolgt zusätzlich abzüglich des Investitionskostenabschlages von 10%.

Die Vergütung von Leistungen, für die dem einzelnen Leistungserbringer im hausärztlichen Versorgungsbereich eine Ausnahmeregelung zur Durchführung und Abrechnung von Leistungen, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich zugeordnet sind, gewährt wurde (sog. KO – Leistungen), erfolgt aus dem im fachärztlichen Versorgungsbereich gemäß Abs. 2d), 8. Spiegelstrich gebildeten eigenständigen Kontingent.

- g) Die Vergütung von Leistungen der Fachärzte für Pathologie und der Fachärzte für Humangenetik außerhalb von Kapitel 19 EBM bzw. außerhalb von Kapitel 11 EBM und der GOP 01837 EBM erfolgt nach der regionalen Euro-Gebührenordnung.
- h) Die Vergütung der gemäß Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2a) gebildeten Vergütungsvolumina für förderungswürdige Leistungen und in sonstigen Fällen innerhalb der arztgruppenspezifischen Vergütungsvolumen erfolgt nach der jeweils geltenden regionalen Euro-Gebührenordnung, es sei denn, dass die mit diesem Punktwert bezahlbare Leistungsmenge nach den gemäß Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2a) jeweils gebildeten Vergütungsvolumina überschritten wird. In diesem Fall wird die Leistungsmenge abweichend von der regionalen Euro-Gebührenordnung nach dem EBM, multipliziert mit dem sich rechnerisch ergebenden Punktwert vergütet. Dieser Punktwert errechnet sich durch Division der in Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2a) jeweils gebildeten Vergütungsvolumina durch den entsprechenden Leistungsbedarf des aktuellen Abrechnungsquartals, der der MGV unterliegt. Die Vergütung der Leistungen erfolgt jedoch nicht mit einem Punktwert oberhalb des Wertes der regionalen Euro-Gebührenordnung in Höhe von 10 Cent.

3) Über-/Unterschüsse

Soweit in der Quartalsabrechnung Unter- oder Überschüsse in Bezug auf die gemäß Teil B, Teil E, Teil G und Teil H der Vorgaben KBV gebildeten Vergütungsvolumina der Grundbeträge „Labor“, „ärztlicher Bereitschaftsdienst“, „genetisches Labor“, „PFG“ festgestellt werden, werden diese gemäß Teil B Ziffer 7 der Vorgaben KBV angepasst bzw. die dafür notwendigen Finanzmittel bereitgestellt. Eine Finanzierung eines Unterschusses bzw. die Berücksichtigung eines Überschusses bei den Vergütungsvolumina der Grundbeträge „Labor“ und „ärztlicher Bereitschaftsdienst“ erfolgt in den Vergütungsvolumina des hausärztlichen bzw. fachärztlichen Grundbetrages, beim Grundbetrag „Labor“ nach dem Anteil, der sich nach der Anwendung des Trennungsfaktors gemäß der bis zum 30. September 2013 gültigen Vorgaben KBV ergibt, beim Grundbetrag „ärztlicher Bereitschaftsdienst“ entsprechend der Anzahl der Ärzte im jeweiligen Versorgungsbereich. Eine Finanzierung eines Unterschusses bzw. die Berücksichtigung eines Überschusses bei den Vergütungsvolumina der Grundbeträge „PFG“ und „genetisches Labor“ erfolgt im Vergütungsvolumen des fachärztlichen Grundbetrages. Eine Finanzierung eines Unterschusses bzw. eine Berücksichtigung eines Überschusses der in Schritt 2 und Schritt 3 der Anlage 2 gebildeten Volumina erfolgt im jeweiligen Vergütungsvolumen des hausärztlichen bzw. des fachärztlichen Grundbetrages.

§ 8

Belegärztliche Tätigkeit

- 1) Im Rahmen der belegärztlichen Tätigkeit sind die gesetzlichen Vorgaben zur Vermeidung nicht notwendiger stationärer Krankenhausbehandlung sowie die entsprechenden Vereinbarungen der Partner der Gesamtverträge zu beachten.
- 2)
 - a) Ambulante Leistungen des Belegarztes am Tage der Aufnahme des eigenen Patienten in das Krankenhaus können nach den für die ambulante Behandlung geltenden

Vorschriften abgerechnet werden, wenn aus zwingenden medizinischen Gründen eine sofortige stationäre Aufnahme erforderlich ist. Ambulante Leistungen des Belegarztes am Tage der Entlassung des Patienten aus dem Krankenhaus sind nicht abrechnungsfähig, es sei denn, dass ein Notfall vorliegt.

- b) Leistungen, die aufgrund einer Krankenhauseinweisung eines anderen Arztes im Rahmen der Aufnahmeuntersuchung von einem an diesem Krankenhaus tätigen Belegarzt erbracht werden, sind nicht abrechnungsfähig. Lediglich im Falle der Aufnahme auf eine Belegstation sind die Leistungen nach den für die belegärztliche Behandlung geltenden Bestimmungen abzurechnen.
 - c) Bei dringend angeforderten und unverzüglich ausgeführten Einzelvisiten mit Unterbrechen der Sprechstundentätigkeit kann der Belegarzt die GOP 01412 EBM abrechnen. Bei dringend angeforderten und unverzüglich ausgeführten Einzelvisiten außerhalb der üblichen Sprechstundenzeiten kann der Belegarzt die GOP 01414 EBM mit der Kennzeichnung „D“ (01414D), ggf. in Verbindung mit den GOP 01100 bzw. 01101 EBM abrechnen; in diesen Fällen kann zusätzlich die Wegepauschale/das Wegegeld in Ansatz gebracht werden.
 - d) Die Abrechnung der Leistungen nach den Abschnitten 2.5, 3.2, 4.2, 7.3, 18.3, 30.4 EBM, dem Kapitel 35 EBM sowie der Leistungen nach den GOP 01910, 01911, 10330, 13500, 13501, 13502, 13600, 13601, 13602, 13700, 14240, 14313, 14314, 16230, 16231, 21230, 21231, 21232, 30700, 30702, 30790, 30791 und 40100 EBM ist ausgeschlossen.
- 3) Ärztlicher Bereitschaftsdienst wird wahrgenommen, wenn sich der bereitchaftsdienstthabende Arzt des Krankenhauses auf Anordnung seines Arbeitgebers oder des Belegarztes außerhalb der regelmäßigen Arbeitszeit im Krankenhaus aufhält, um im Bedarfsfall auf der/den Belegabteilung/en rechtzeitig tätig zu werden. Sofern dem Belegarzt Aufwendungen für diesen ärztlichen Bereitschaftsdienst entstehen, erstatten die Vertragskrankenkassen dem Belegarzt diese. Hierfür hat er – ggf. durch eine Bestätigung des Krankenhausträgers – gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein nachzuweisen, dass ihm Kosten für den ärztlichen Bereitschaftsdienst entstanden sind. Der von Belegärzten selbst wahrgenommene Bereitschaftsdienst fällt nicht unter die vorstehende Regelung. Auch für jegliche Art von Rufbereitschaft des Belegarztes, seines Assistenten oder von Krankenhausärzten für den Belegarzt wird kein Entgelt geleistet. Als Vergütung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes wird von den Vertragskrankenkassen je Patient und Pfl egetag Euro 2,42 gezahlt. Die Abrechnung erfolgt auf dem Belegarztschein für jeden Belegpatienten nach der Zahl der Pfl egetage mit der Nr. 40170.
- 4)
- a) Die Vergütung belegärztlicher Leistungen des Kapitels 36, der GOP 13311, 13311I, 17370 EBM und Geburtshilfe erfolgt außerhalb der MGV.
 - b) Die Vergütung der übrigen belegärztlichen Leistungen, also innerhalb der MGV erfolgt nach der regionalen Euro-Gebührenordnung mit der Maßgabe, dass
 - die Leistungen nach dem Kapitel 33, den Abschnitten 11.3, 11.4, 19.3, 30.7 (mit Ausnahme der GOP 30700, 30702, 30790, 30791), 34.2 (mit Ausnahme der GOP 34274), 34.6 sowie die Leistungen nach den GOP 01770, 01772, 01773, 01774, 01775, 01785, 01786, 01831, 01902, 02520, 03321, 03322, 03324, 03330, 03331, 03332, 04321, 04322, 04324, 04330, 04331, 10320, 10322, 10324, 13250, 13251, 13252, 13253, 13254, 13255, 13256, 13257, 13301, 13310, 13400 bis 13431, 13551 bis 13561, 13651 bis 13701, 30430, 30431, 34500 und 34501 EBM mit 60% der Vergütungssätze
 - die Leistungen der Abschnitte 17.3, 34.3 und 34.4 sowie nach der GOP 34502 EBM mit 20% der Vergütungssätze vergütet werden.

Der vom Belegarzt hinzugezogene Vertragsarzt erhält unter den Voraussetzungen des § 41 Abs. 2, 6 und 7 BMV-Ä die Vergütung mit der Maßgabe, dass

- für das Aufsuchen des Belegkrankenhauses bei Durchführung von Assistenzleistungen
 - ♣ die Leistung nach der GOP 01412 EBM und je Fall die entsprechende Wegepauschale/das entsprechende Wegegeld
 - ♣ die Leistung nach der Nr. 01414C und insgesamt einmal die entsprechende Wegepauschale/das entsprechende Wegegeld
 - ♣ die Leistung nach der Nr. 01414C in Verbindung mit der Gebühr nach den GOP 01100 bzw. 01101 EBM und je Fall die entsprechende Wegepauschale/das entsprechende Wegegeld mit 70% der Vergütungssätze
- für das Aufsuchen des Belegkrankenhauses bei Durchführung von Anästhesieleistungen die Leistung nach der GOP 05230 EBM für jeden ersten sowie die Nr. 05230E für jeden weiteren Kranken, ggf. in Verbindung mit den GOP 01100 bzw. 01101 EBM
- bei konsiliarischer oder mitbehandelnder Tätigkeit für das Aufsuchen des Belegkrankenhauses die Visite nach Nr. 01414C, ggf. in Verbindung mit den GOP 01100 bzw. 01101 EBM, und die jeweils durchgeführten Leistungen nach den für die ambulante Behandlung geltenden Bestimmungen mit 70% der Vergütungssätze
- bei Durchführung von Narkosen/Anästhesien die Leistungen nach den GOP 01852, 01853, 01856, 01857, 01903 und 01913 sowie nach den Kapiteln 2 und 5 EBM mit 60% der Vergütungssätze vergütet werden.

§ 9 Erstattung von Kosten

Die Kosten für Materialien, die gemäß Abschnitt 7.3 EBM nicht in den berechnungsfähigen Leistungen enthalten sind und auch nicht über Sprechstundenbedarf bezogen werden können, werden gesondert nach Maßgabe des § 44 Abs. 6 BMV-Ä in nachgewiesener Höhe abgerechnet, soweit die Partner der Gesamtverträge nichts Abweichendes vereinbart haben.

Telefonkosten, die entstehen, wenn der behandelnde Arzt mit dem Krankenhaus zu einer erforderlichen stationären Behandlung Rücksprache nehmen muss, werden außerhalb der MGV erstattet. Der Arzt hat in der Abrechnung pro Gebühreneinheit die Nr. 80230 einzutragen.

§10 Wegegelder und Wegepauschale

- 1) Für jeden Besuch erhalten die Ärzte – soweit in Abs. 2 nichts anderes bestimmt ist – eine Wegepauschale von Euro 1,32 bei Tag und Euro 2,41 bei Nacht außerhalb der MGV.
- 2) Anstelle der Wegepauschale gemäß Abs. 1 erhalten die Ärzte für Besuche ein Wegegeld außerhalb der MGV, wenn die Entfernung von der Wohnung des Patienten zum Arztsitz mehr als 2 km beträgt. Es kann jedoch höchstens die doppelte Entfernung zum nächsten Praxissitz eines anderen Arztes mit derselben Gebietsbezeichnung zugrunde gelegt werden. Für die Ermittlung der Kilometerzahl ist der kürzeste befahrbare Weg maßgebend. Bruchteile unter 0,5 km bleiben unberücksichtigt; Bruchteile von 0,5 km und darüber werden auf volle Kilometer aufgerundet.

- 3) Die im organisierten Notfalldienst innerhalb des Notfalldienstbezirks gefahrenen und auf Abrechnungsscheinen für den ärztlichen Notfalldienst ausgewiesenen Kilometer können ohne Rücksicht auf die Entfernung von der Wohnung des Patienten zu einem ggf. näher liegenden Arztsitz angesetzt werden.
- 4) Bei Besuchen, die im Rahmen der Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 4. Lebensjahres notwendig werden, ist zur Berechnung des Wegegeldes außerhalb der MGV die Entfernung zwischen der Praxis des Arztes und der Besuchsstelle maßgebend, es sei denn, der Besuch zur Durchführung der Früherkennungsuntersuchung wird im Verlauf einer allgemeinen Besuchstour erbracht. In diesem Fall ist zur Berechnung des Wegegeldes die Entfernung zwischen dem besuchten Kind und demjenigen besuchten Patienten zugrunde zu legen, der dem besuchten Kind am nächsten wohnt, höchstens aber die Entfernung zwischen Praxis und Besuchsstelle. Besuche nach dieser Bestimmung sind nur nach GOP 01721 EBM abrechenbar. Wegegebühren im Zusammenhang mit Früherkennungsuntersuchungen sind nicht abrechnungsfähig, wenn diese mit gewisser Regelmäßigkeit am selben Ort (z.B. Krankenhaus, Entbindungsanstalt) durchgeführt werden.
- 5) Als Wegegeld wird außerhalb der MGV je Doppelkilometer gezahlt:

bei Besuchen/Visiten nach den GOP 01411, 01412, 01414 + 01100, 01414 + 01101, 01415 EBM	Euro 1,85
bei Besuchen/Visiten nach den Nrn. 01410N, 01411N, 01412N, 01414N, 01414N + 01100 und 01414N + 01101, 01415N	Euro 2,92
bei Besuchen nach den GOP 01410 und 01721 EBM	Euro 1,52.

§ 11

Quartalskonto-/Abrechnungsbescheid

1) Einzelheiten des Quartalskonto-/Abrechnungsbescheides

Über die Verteilung des Ausgabenvolumens erhält der Arzt von seiner Bezirksstelle einen Quartalskonto-/Abrechnungsbescheid. Aus dem Bescheid und seinen Anlagen müssen insbesondere ersichtlich sein:

- a) die Vergütung von Leistungen sowie die Erstattung von Kosten
- b) weitere Abzüge (z.B. wegen nachträglicher sachlich-rechnerischer Berichtigung der Abrechnung etc.) sowie ggf. den Abzug des Zielerreichungsbeitrages zu Gunsten der nordrheinischen Krankenkassen/-Verbände nach der jeweils zutreffenden Vereinbarung über das Arznei- und Heilmittelausgabenvolumen
- c) weitere Gutschriften (z.B. Aufhebung und Ermäßigung von Kürzungen für frühere Quartale etc.)
- d) sowie die Vergütungen zu Lasten der sonstigen Kostenträger
- e) die Höhe des Abzuges für Verwaltungskostenbeiträge gemäß dem jeweils geltenden Beschluss der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein
- f) die Höhe des Abzugs für das Ärztliche Hilfswerk
- g) Honorarkürzungen nach § 95d Abs. 3 SGB V
- h) Einbehalte zur Sicherung bzw. Befriedigung von Rückforderungs- und Schadensersatzansprüchen sowie zukünftiger Forderungen
- i) der sich aus dem Kontokorrent ergebende Auszahlungsbetrag.

2) Honorarzahungen für ermächtigte Ärzte

Vergütungszahlungen für die von ermächtigten Krankenhausärzten erbrachten Leistungen erfolgen an das jeweilige Krankenhaus.

3) Fälligkeit/Abschlagszahlungen

- a) Der Honorarbescheid wird in der Regel bis zum Ende des auf das Abrechnungsquartal folgenden vierten Monats erlassen. Forderungen gegen die Kassenärztliche Vereinigung werden erst fällig, nachdem Prüfungen auf Richtigkeit und ggf. auf Wirtschaftlichkeit durchgeführt und deren Ergebnisse rechtswirksam geworden sind. Bis zu diesem Zeitpunkt steht der Honorarbescheid unter Vorbehalt; Zahlungen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein an den Vertragsarzt bleiben bis dahin aufrechnungsfähige und ggf. rückzahlungspflichtige Vorschüsse.
- Auf das Vierteljahreshonorar können die an der Abrechnung Teilnehmenden monatliche Abschlagszahlungen, deren Höhe ggf. in der Regel mindestens 20%, höchstens jedoch 25% und für die erste Abschlagszahlung des vierten Abrechnungsquartals (Oktober-Rate) 24% des anerkannten Gesamthonorars der letzten durch die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein fertig gestellten Quartalsabrechnung betragen soll, erhalten. Die Restzahlung erfolgt nach Erteilung des Honorarbescheides. Die Höhe der Abschlagszahlungen können geschätzt werden, wenn sich die Bedingungen grundlegend insbesondere durch die Umstellung auf eine neue Vergütungssystematik, durch die Nicht-Fortführung bisheriger vertraglicher Regelungen oder aufgrund von Änderungen an der Teilnahme der vertragsärztlichen Versorgung ändern. Im Falle der Überzahlung, bei Insolvenz sowie zur Sicherung möglicher Rückforderungs- oder Schadensersatzansprüche oder künftiger Forderungen kann die Abschlags- und/oder Restzahlung reduziert oder ausgesetzt werden. Bei Überzahlungen, Rückforderungen und Schadensersatzforderungen kann – auch im Falle der Insolvenz – der festgestellte Betrag auch sofort verrechnet werden. In den ersten beiden Quartalen nach Aufnahme der Vertragsarztpraxis erhält der Arzt angemessene Abschlagszahlungen aufgrund der von ihm nachgewiesenen Zahl der Behandlungsfälle. Bei diesen handelt es sich, wie bei allen Abschlagszahlungen nach diesem HVM, um Leistungen, auf die auch bei wiederholter Gewährung kein Rechtsanspruch besteht.
- b) Sofern die Krankenkassen nach den Bestimmungen der Gesamtverträge eine Berichtigung der Abrechnung eines Vertragsarztes nur innerhalb einer Ausschlussfrist geltend machen können, wird der Quartalskonto-/Abrechnungsbescheid gegenüber dem Arzt erst verbindlich, wenn entweder die Ausschlussfrist abgelaufen ist oder die Berichtigungsforderung der betreffenden Krankenkasse endgültig für unbegründet erklärt worden ist. Der betroffene Vertragsarzt ist von einer fristgerecht gestellten Berichtigungsforderung einer Krankenkasse unverzüglich zu unterrichten. Unberührt hiervon bleibt das Recht zur sachlich-rechnerischen Berichtigung der Abrechnung.

4) Honorareinbehalt

Zur Sicherung möglicher Rückforderungs- oder Schadensersatzansprüche sowie künftiger Forderungen können fällige Honoraranforderungen in ausreichender Höhe einbehalten werden. Die Einbehaltung kann durch Stellung einer selbstschuldnerischen Bankbürgschaft mit Auszahlung auf erstes Anfordern abgewendet werden.

5) Aussetzung von Honorarzahlungen

Bei Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit (z.B. Beendigung oder Entziehung der Zulassung, Tod, Wegzug) können weitere Zahlungen an den Arzt bzw. dessen Erben ganz oder teilweise ausgesetzt werden, wenn Honorarkürzungs-, Regress-, Berichtigungs- oder Erstattungsverfahren anhängig sind oder nach den gesamtvertraglichen Bestimmungen noch eingeleitet werden können. Die Aussetzung kann durch Stellung einer selbstschuldnerischen Bankbürgschaft mit Auszahlung auf erstes Anfordern abgewendet werden.

§ 12 Laufzeit

Dieser HVM tritt zum 01.07.2014, die Ergänzung in der Anlage 2, Schritt 6 Abs. 1 sowie die Streichung des QZV für die GOP 34502 und die Einführung der QZV für die GOP 34504 sowie für die GOP 34505 in Anlage 3 bei den Fachärzten für Diagnostische Radiologie treten zum 01.04.2014 in Kraft.

ANLAGE 1
des HVM mit Wirkung ab dem 01.07.2014

Für nachfolgende Arztgruppen werden RLV und/oder QZV ermittelt und festgesetzt:

Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören

Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin

Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, die zu 100% kinderkardiologisch tätig sind

Fachärzte für Anästhesiologie

Fachärzte für Augenheilkunde

Fachärzte für Chirurgie, Kinderchirurgie, Plastische Chirurgie, Herz- und Neurochirurgie und Gefäßchirurgie

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, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören

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 Pneumologie

Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie

Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Fachärzte für Mund-Kiefer- und Gesichtschirurgie

Fachärzte für Nervenheilkunde

Fachärzte für Neurologie

Fachärzte für Nuklearmedizin

Fachärzte für Orthopädie

Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie

Fachärzte für Physikalisch-rehabilitative Medizin

Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie

Fachärzte für Diagnostische Radiologie

Fachärzte für Urologie

ANLAGE 2
des HVM mit Wirkung ab dem 01.07.2014

**Ermittlung und Bildung der Regelleistungsvolumina (RLV) und
qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina (QZV) aus der
morbiditybedingten Gesamtvergütung**

**Schritt 1 **Bestimmung des Vergütungsvolumens für die haus- und fachärztliche
Versorgung****

Maßgebend für die quartalsweise Ermittlung und Festsetzung der RLV und QZV in den jeweiligen Versorgungsbereichen ist die Festlegung sowie Anpassung des Vergütungsvolumens für die haus- und fachärztliche Versorgung nach Teil B der Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) nach § 87b Abs. 4 SGB V zur Honorarverteilung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen in ihrer jeweils gültigen Fassung (im Folgenden Vorgaben KBV genannt). Die Ermittlung der Vergütungsvolumen erfolgt dabei aus den nach Teil B der Vorgaben KBV zu bildenden Grundbeträgen. Dabei werden allgemeine Grundbeträge gebildet für

- Laboratoriumsmedizinische Leistungen (Grundbetrag „Labor“)
- den ärztlichen Bereitschaftsdienst (Grundbetrag „ärztlicher Bereitschaftsdienst“)
- den hausärztlichen Versorgungsbereich (hausärztlicher Grundbetrag)
- den fachärztlichen Versorgungsbereich (fachärztlicher Grundbetrag)

sowie zwei versorgungsbereichsspezifische Grundbeträge im fachärztlichen Versorgungsbereich für

- die Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung (Grundbetrag „PFG“)
- die Leistungen der Humangenetik (Grundbetrag „genetisches Labor“).

Durch die Multiplikation mit der Zahl der Versicherten, die im aktuellen Abrechnungsquartal bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs verwendet wird, und weiteren Anpassungsvorgaben nach Teil B der Vorgaben KBV entstehen die jeweiligen Vergütungsvolumina.

Schritt 2 **Berechnung des RLV-/QZV-Verteilungsvolumens je Versorgungsbereich**

Im Anschluss daran wird das Vergütungsvolumen

1) des hausärztlichen Grundbetrages gemindert um

- a) 2% für die abgestaffelt zu vergütenden Leistungen,
- b) Rückstellungen
 - zur Berücksichtigung einer Zunahme von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten, für Sicherstellungsaufgaben (z.B. Gewährung von Ausnahmen, nachträglich erfolgende Honorarkorrekturen aus Vorquartalen), zum Ausgleich für die Gewährung von Ausnahmeregelungen nach den §§ 6 bis 6b HVM, zum Ausgleich von Fehlschätzungen sowie für Entschädigungen in der Höhe des Verkehrswertes einer Arztpraxis im Sinn des § 103 Abs. 3a Satz 8 SGB V,
 - für die zu erwartenden Zahlungen für die Kooperationszuschläge bei BAG, MVZ und Arztpraxen mit angestellten Ärzten,
 - für die zu erwartenden bereichsspezifischen Zahlungen im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 75 Abs. 7 und 7a SGB V,
- c) die Vergütungsvolumina sog. freier Leistungen, mithin für
 - nicht antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen der Psychotherapie der nicht in § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppen, soweit die Leistungen nicht in Anlage 3 aufgeführt sind, auf Basis des Vorjahresquartals,
 - Besuche nach den GOP 01410 bis 01413 und 01415 EBM,

- die unvorhergesehene Inanspruchnahme nach den GOP 01100, 01101, 01102 EBM
 - Leistungen der schmerztherapeutischen speziellen Versorgung nach den GOP 30700 bis 30708 EBM,
- d) die Vergütungsvolumina für jeweils eigenständige Kontingente, gebildet aus dem jeweiligen Leistungsbedarf des Vorjahresquartals multipliziert mit dem im Abrechnungsquartal regional vereinbarten Punktwert, abgesenkt um 10%, für
- schmerztherapeutische spezielle Behandlungen nach den GOP 30710 bis 30760 EBM,
 - Leistungen der ermächtigten Krankenhausärzte, ermächtigten Krankenhäuser, Einrichtungen und Institutionen, die wegen einer begrenzten Ermächtigung auf wenige Einzelleistungen kein RLV erhalten,
 - Leistungen auf Überweisungsfällen zur Befundung von dokumentierten Untersuchungsergebnissen (z.B. computergestützte Auswertung eines kontinuierlich aufgezeichneten Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden) sowie von Auftragsleistungen nach den GOP 01826, 01827, 01829, 01840, 01915 EBM,
- e) den Anteil an dem je KV-Bezirk bereitgestellten Betrag gemäß Beschluss des Bewertungsausschuss in seiner 295. Sitzung auf den hausärztlichen Versorgungsbereich entfallenden Betrag für die Vergütung der Leistungen der Geriatrie, Palliativmedizin und Sozialpädiatrie der Abschnitte 3.2.4, 3.2.5, 4.2.4, 4.2.5 EBM fortentwickelt um die nach § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 bis 5 SGB V zwischen den Vertragspartnern festgelegte Veränderungsrate für 2014 mit der Maßgabe, dass das Volumen als eigenständiges Kontingent geführt wird.
- f) die Vergütungen für Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM mit Ausnahme der außerhalb der MGV vergüteten Kostenpauschalen auf Basis des Vorjahresquartals,
- g) die zu erwartenden Zahlungen für u. a. folgende Vereinbarungen:
- belegärztliche Leistungen innerhalb der MGV (§ 8 HVM)
 - Pauschalerstattung für suprapubische Katheter
 - Sozialpsychiatrie-Vereinbarung
 - Leistungen nach den GOP 30920, 30922 und 30924 EBM
 - Onkologie-Vereinbarung.

2) des fachärztlichen Grundbetrages gemindert um

- a) 2% für die abgestaffelt zu vergütenden Leistungen,
- b) Rückstellungen
- zur Berücksichtigung einer Zunahme von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten, für Sicherstellungsaufgaben (z.B. Gewährung von Ausnahmen, nachträglich erfolgende Honorarkorrekturen aus Vorquartalen), zum Ausgleich für die Gewährung von Ausnahmeregelungen nach den §§ 6 bis 6b HVM, zum Ausgleich von Fehlschätzungen sowie für Entschädigungen in der Höhe des Verkehrswertes einer Arztpraxis im Sinn des § 103 Abs. 3a Satz 8 SGB V,
 - für die zu erwartenden Zahlungen für die Kooperationszuschläge bei BAG, MVZ und Arztpraxen mit angestellten Ärzten,
 - für die zu erwartenden bereichsspezifischen Zahlungen im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 75 Abs. 7 und 7a SGB V,
- c) die Vergütungsvolumina sog. freier Leistungen, mithin für
- nicht antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen der Psychotherapie aller Fachärzte mit Ausnahme der probatorischen Sitzungen nach der GOP 35150 EBM der in § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppen, soweit die Leistungen nicht in Anlage 3 aufgeführt sind, auf Basis des Vorjahresquartals,
 - Besuche nach den GOP 01410 bis 01413 und 01415 EBM,
 - die unvorhergesehene Inanspruchnahme nach den GOP 01100, 01101, 01102 EBM,

- Leistungen der schmerztherapeutischen speziellen Versorgung nach den GOP 30700 bis 30708 EBM,
 - die GOP 01320 für ermächtigte Ärzte, Krankenhäuser und Institute,
- d) die Vergütungsvolumina für jeweils eigenständige Kontingente, gebildet aus dem jeweiligen Leistungsbedarf des Vorjahresquartals multipliziert mit dem im Abrechnungsquartal regional vereinbarten Punktwert, abgesenkt um 10%, für
- Leistungen der Fachärzte für Strahlentherapie,
 - Leistungen der Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie sowie der Fachärzte für Transfusionsmedizin, die nicht bereits im nach Teil B der Vorgaben KBV gebildeten Vergütungsvolumen des Grundbetrags „Labor“ enthalten sind,
 - Leistungen der Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Nephrologie, soweit die Leistungen nicht außerhalb der MGV vergütet werden,
 - schmerztherapeutische spezielle Behandlungen nach den GOP 30710 bis 30760 EBM,
 - Leistungen auf Überweisungsfällen zur Befundung von dokumentierten Untersuchungsergebnissen (z.B. computergestützte Auswertung eines kontinuierlich aufgezeichneten Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden) sowie von Auftragsleistungen nach den GOP 01826, 01827, 01829, 01840, 01915 EBM,
 - Leistungen des Kapitels 19 EBM,
 - Leistungen der ermächtigten Krankenhausärzte, ermächtigten Krankenhäuser, Einrichtungen und Institutionen, die wegen einer begrenzten Ermächtigung auf wenige Einzelleistungen kein RLV erhalten,
 - Leistungen von Vertragsärzten, die gemäß § 73 SGB V dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören und eine Ausnahmeregelung zur Durchführung und Abrechnung von Leistungen, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich zugeordnet sind, erhalten haben (sog. KO – Leistungen),
- e) das Vergütungsvolumen für das eigenständige Kontingent für Leistungen der Humangenetischen Beratungen und der Zytogenetik nach den GOP 11210 bis 11212, 11230 bis 11232, 11310 bis 11312, 01837 EBM, gebildet aus dem Leistungsbedarf des Vorjahresquartals multipliziert mit dem im Abrechnungsquartal regional vereinbarten Punktwert,
- f) die Vergütungsvolumina für jeweils eigenständige Kontingente, gebildet aus dem jeweiligen Leistungsbedarf des Vorjahresquartals multipliziert mit dem im Abrechnungsquartal regional vereinbarten Punktwert, abgesenkt um 12,5%, für
- die GOP 13300 und 13301 für die Fachärzte für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Angiologie, die in gefäßchirurgischen Praxen tätig sind,
 - die Excision nach den GOP 10343 und 10344 im Rahmen des Hautkrebs-Screenings,
 - Leistungen der Sonographie nach den GOP 33060, 33061, 33070, 33072, 33073, 33075, 33076 und 30500 EBM durch die Fachärzte für Gefäßchirurgie,
 - Leistungen der Sonographie mittels Duplex-Verfahren nach den GOP 33070, 33071 und 33075 EBM für Fachärzte für Neurologie, Fachärzte für Psychiatrie und Neurologie sowie für Fachärzte, die sowohl als Facharzt für Neurologie, als auch als Facharzt für Psychiatrie zugelassen sind, und Nervenärzte mit Ausnahme der Fachärzte für Psychiatrie und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie,
 - Leistungen der Anästhesie bei zahnärztlicher Behandlung nach den GOP 05330, 05331, 05340, 05341 und 05350 EBM, soweit sie nicht im Zusammenhang mit einer Leistung nach dem Katalog zu § 115b SGB V erbracht wurden,
 - Leistungen der Polysomnographie (GOP 30901 EBM),
- g) die Vergütungsvolumina für förderungswürdige Leistungen und in sonstigen Fällen, mithin
- das Vergütungsvolumen, welches sich in der Differenz aus der Betrachtung der Anteile an den RLV-Vergütungsvolumina für Leistungen nach den Abschnitten

- 1.7.5 bis 1.7.7 EBM im Abrechnungsquartal und dem Volumen ergibt, welches sich ermittelt, wenn diese Leistungen auf Basis des Vorjahresquartals mit dem im Abrechnungsquartal jeweils geltenden regional vereinbarten Punktwert bewertet und um 12,5% abgesenkt werden,
- das Vergütungsvolumen, welches sich für die Fachärzte für Physikalisch-rehabilitative Medizin in der Differenz aus der Betrachtung der Anteile der RLV-Vergütungsvolumina im Abrechnungsquartal und dem Volumen ergibt, welches sich ermittelt, wenn der RLV-relevante Leistungsbedarf des Vorjahresquartals mit dem im Abrechnungsquartal jeweils geltenden regional vereinbarten Punktwert bewertet und um 12,5% abgesenkt wird,
 - das Vergütungsvolumen für Leistungen der Teilradiologie, welches sich in der Differenz aus der Betrachtung der Anteile an den QZV-Vergütungsvolumina und dem Volumen ergibt, welches sich ermittelt, wenn diese Leistungen auf Basis des Vorjahresquartals mit dem im Abrechnungsquartal jeweils geltenden regional vereinbarten Punktwert bewertet werden und um 5% abgesenkt wird,
 - das Vergütungsvolumen für Leistungen der Akupunktur nach Abschnitt 30.7.3 EBM welches sich in der Differenz aus der Betrachtung der Anteile an den QZV-Vergütungsvolumina und dem Volumen ergibt, welches sich ermittelt, wenn diese Leistungen auf Basis des Vorjahresquartals mit dem im Abrechnungsquartal jeweils geltenden regional vereinbarten Punktwert bewertet und um 12,5% abgesenkt werden,
- h) die Vergütungen für Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM mit Ausnahme der außerhalb der MGV vergüteten Kostenpauschalen auf Basis des Vorjahresquartals,
- i) die zu erwartenden Zahlungen für u. a. folgende Vereinbarungen:
- belegärztliche Leistungen innerhalb der MGV (§ 8 HVM)
 - Pauschalerstattung für suprapubische Katheter
 - Sozialpsychiatrie-Vereinbarung
 - Leistungen nach den GOP 30920, 30922 und 30924 EBM
 - Onkologie-Vereinbarung
 - Vereinbarung über die Durchführung und Abrechnung ambulant durchgeführter netzhaut- und glaskörperchirurgischer Eingriffe (vitreo-retinale Chirurgie).

Der zur Bildung der eigenständigen Kontingente in Punkt f) und der Vergütungsvolumina in Punkt g) herangezogene Punktwert, der sich aus der prozentualen Absenkung des regional vereinbarten Punktwertes ermittelt, entspricht mindestens dem Wert des sich rechnerisch ergebenden Durchschnittspunktwertes im fachärztlichen Versorgungsbereich (rDPW). Dieser berechnet sich durch Division des RLV/QZV-Vergütungsvolumen mit dem RLV/QZV-Leistungsbedarfs des Vorjahresquartals. D.h. die Bildung der jeweils eigenständigen Kontingente bzw. Vergütungsvolumina mit einem Punktwert unterhalb des rDPW ist ausgeschlossen.

Für das Quartal II/2014 verändern sich die prozentualen Absenkungen des regional vereinbarten Punktwertes in Punkt f) und g) von 12,5% auf 15% sowie von 5% auf 10%, werden aber ebenfalls begrenzt auf den sich im Abrechnungsquartal ergebenden rDPW. Ab dem Quartal III/2014 werden die in Punkt f) gebildeten eigenständigen Kontingente mit dem rDPW gebildet; Punkt g) entfällt ersatzlos.

3) Versorgungsbereichswechsel

Bei einem Wechsel des Versorgungsbereichs durch einen Vertragsarzt sind die Regelungen in Teil B, Ziffer 5 der Vorgaben KBV zu beachten.

Schritt 3 Berechnung der arztgruppenspezifischen Anteile am RLV- bzw. QZV-Verteilungsvolumen

1) Arztgruppenspezifisches Verteilungsvolumen

Das bisher ermittelte Verteilungsvolumen wird versorgungsbereichsspezifisch jeweils auf die Arztgruppen gemäß Anlage 1 verteilt. Dazu wird der RLV-/QZV-relevante Leistungsbedarf des jeweiligen Vorjahresquartals durch den gesamten RLV-/QZV-relevanten Leistungsbedarf des jeweiligen Vorjahresquartals des Versorgungsbereichs dividiert und mit dem gesamten RLV-Vergütungsvolumen eines Versorgungsbereichs des jeweiligen Vorjahresquartals multipliziert.

Dieser arztgruppenspezifische Leistungsbedarf wird, sofern die Arztgruppe länger als 4 Quartale an Selektivverträgen teilnimmt, durch Addition des Selektiv-Leistungsbedarfes angepasst. Dieser ermittelt sich durch Multiplikation des durchschnittlichen Leistungsbedarfes je Patient mit der Anzahl der sog. Selektiv-Fälle sämtlicher Vorjahresquartale im Sinn von Anhang 1 zu dieser Anlage. Der durchschnittliche Leistungsbedarf je Patient errechnet sich, indem der „bereinigte“ Leistungsbedarf des Vorjahresquartals im Sinn von Schritt 3, Abs. 1) erster Unterabsatz dividiert wird durch die „bereinigten“ RLV-relevanten Fälle des Vorjahresquartals im Sinn von Schritt 4.

2) Arztgruppenspezifische Vergütungsbereiche

Für diese arztgruppenspezifischen Vergütungsvolumina gilt im Weiteren Folgendes.

a) Bildung von Vergütungsvolumina für förderungswürdige Leistungen und in sonstigen Fällen

Innerhalb der fachärztlichen arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumina werden bei den

- Fachärzten für Innere Medizin mit der Schwerpunktbezeichnung Hämatologie/Onkologie die praxisklinische Betreuung und Beobachtung nach den GOP 01510 bis 01512 EBM,
- Fachärzten für Augenheilkunde die Strukturpauschale nach der GOP 06225 EBM,
- Fachärzten für Nervenheilkunde sowie für Neurologie die MRT-Leistungen nach den GOP 34410 bis 34460 EBM

in eigenständigen Anteilen geführt, welche auf Basis des Leistungsbedarfs des jeweiligen Vorjahresquartals gebildet und mit dem rDPW bzw. bei den Neurologen und Nervenärzten mit dem jeweils geltenden regional vereinbarten Punktwert bewertet werden, im 1. Quartal 2014 abgesenkt um 12,5%, im 2. Quartal 2014 abgesenkt um 15% jeweils aber begrenzt auf den aktuellen rDPW (vgl. Schritt 2 Abs. 2 a.E.) sowie ab dem 3. Quartal 2014 bewertet mit dem rDPW.

Für die Verteilungsvolumina der Fachärzte für Diagnostische Radiologie und Fachärzte für Nuklearmedizin wird jeweils festgestellt, dass ein überwiegender Teil der Fachärzte für Diagnostische Radiologie und Fachärzte für Nuklearmedizin in der Regel einen überwiegenden Teil der Leistungen in den QZV abrechnet und die Regelung, wonach Kooperationszuschläge nicht auf die QZV angewendet werden (§ 5 Abs. 3a) HVM), zu überproportional nachteiligen Auswirkungen führt. Deshalb werden diese arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumina aus dem Volumen nach Schritt 2, Abs. 2c) erhöht. Das Erhöhungsvolumen bemisst sich nach den Zahlungen, die im entsprechenden Quartal des Bezugszeitraumes III/2009 bis II/2010 als Aufschläge bei BAG, MVZ und Arztpraxen mit angestellten Ärzten gewährt worden sind, abzüglich des Volumens, welches im jeweiligen Abrechnungsquartal für die entsprechenden Aufschläge zu zahlen ist.

b) Vergütungsbereiche für RLV und QZV

Die arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumina werden sodann für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der RLV sowie für die Vergütung innerhalb der QZV aufgeteilt, wobei der Leistungsbedarf des Vorjahresquartals zu Grunde gelegt wird. Für den Fall, dass infolge von Selektivverträgen eine Anpassung der RLV- und QZV-

Berechnung erfolgen muss, wird vor Aufteilung auf die Vergütungsbereiche für RLV sowie QZV arztgruppenspezifisch zunächst die Summe in Abzug gebracht, die sich nach den jeweiligen MGV-Bereinigungsverträgen als Bereinigungsbetrag für RLV- und/oder QZV-Leistungen ergibt; insoweit wird auf den Anhang 1 zu dieser Anlage verwiesen.

Zu Lasten des RLV-Vergütungsvolumens aller Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin wird das Vergütungsvolumen für den 40%-igen Aufschlag auf die Versichertenpauschalen nach Abschnitt 4.1 Nr. 4 EBM auf Basis des Vorjahresquartals, soweit dieser durch Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie bzw. Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie abgerechnet worden ist, in das QZV-Vergütungsvolumen neuropädiatrische Leistungen bzw. pädiatrisch-pneumologische Leistungen einbezogen.

Dem RLV-Vergütungsvolumen der

- Fachärzte für Frauenheilkunde wird das Volumen gemäß Schritt 2, Abs. 2g), 1. Spiegelstrich
 - Fachärzte für Physikalisch-rehabilitative Medizin wird das Volumen gemäß Schritt 2, Abs. 2g), 2. Spiegelstrich
- zugeführt.

Den arztgruppenspezifischen QZV-Vergütungsvolumina für Leistungen der Teilradiologie wird das Volumen gemäß Schritt 2, Abs. 2g), 3. Spiegelstrich zugeführt.

Von dem unter Schritt 2, Abs. 2g), 4. Spiegelstrich in Abzug gebrachten Volumen für Leistungen der Akupunktur nach Abschnitt 30.7.3 EBM wird der Betrag, der sich arztgruppenspezifisch nach Multiplikation des jeweiligen Leistungsbedarfs des Vorjahresquartals mit dem im Abrechnungsquartal regional vereinbarten Punktwert und dem Faktor 0,075 ergibt, entsprechend den RLV-Vergütungsvolumina der Arztgruppen zugeführt, für die ein QZV Akupunktur nach Anlage 3 vorgesehen ist. Das im Übrigen in Schritt 2, Abs. 2g), 4. Spiegelstrich in Abzug gebrachte Volumen wird ebenfalls arztgruppenspezifisch den QZV-Vergütungsvolumina zugeführt.

Ab dem 2. Quartal 2014 verringert sich der vorgenannte Faktor auf 0,05.

Ab dem 3. Quartal 2014 entfällt die Zuführung der vorgenannten Volumina ersatzlos.

Schritt 4 Ermittlung RLV- und QZV-relevanter Fälle

Die für die RLV-relevanten Fälle einer Arztpraxis sind deren kurativ-ambulante Behandlungsfälle. Ein Behandlungsfall ist gemäß § 21 Abs. 1 BMV-Ä die Behandlung desselben Versicherten durch dieselbe Arztpraxis in einem Kalendervierteljahr zulasten derselben Krankenkasse, während der Arztfall gemäß § 21 Abs. 1b BMV-Ä die Behandlung desselben Versicherten durch denselben an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt in einem Kalendervierteljahr zulasten derselben Krankenkasse unabhängig von der Betriebs- oder Nebenbetriebsstätte umfasst. Von den RLV-relevanten Fällen sind allerdings ausgenommen die Notfälle im organisierten Notfalldienst (Muster 19a der Vordruckvereinbarung), es sei denn, es handelt sich um eigene Patienten, und Überweisungsfälle zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen oder zur Befundung von dokumentierten Untersuchungsergebnissen und Fälle, in denen ausschließlich Leistungen und Kostenerstattungen, die nicht dem RLV unterliegen, abgerechnet werden.

Zur Umsetzung des Arztbezuges ist die Bemessung des RLV mit den RLV-Fällen vorgegeben.

- In Einzelpraxen entspricht die Zahl der RLV-Fälle der Zahl der Behandlungsfälle gemäß Satz 2.

- In BAG, MVZ und Praxen mit angestellten Ärzten entspricht die Zahl der RLV-Fälle eines Arztes der Zahl der Behandlungsfälle gemäß Satz 2 der Arztpraxis multipliziert mit seinem Anteil an der RLV-relevanten Arztfallzahl der Praxis. Die Summe der RLV-Fälle einer Arztpraxis entspricht damit immer der Anzahl der RLV-relevanten Behandlungsfälle der Arztpraxis.

Die Umsetzung des Arztbezuges erfolgt bei den QZV entsprechend den Regelungen bei den RLV, es sei denn, dass die QZV je Leistungsfall berechnet und zugewiesen werden. Ein Leistungsfall liegt vor, sofern im Behandlungsfall des Vorjahresquartals mindestens eine Leistung des Leistungskatalogs des entsprechenden QZV abgerechnet und vergütet worden ist.

Schritt 5 Berechnung der arztgruppenspezifischen Fallwerte

1) RLV-Fallwert

Zur Berechnung des arztgruppenspezifischen Fallwertes wird das gemäß Schritt 3, Abs. 2b) ermittelte arztgruppenspezifische Verteilungsvolumen für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der RLV durch die Anzahl der RLV/QZV-Fälle der Arztgruppe des Vorjahresquartals dividiert und ergibt den arztgruppenspezifischen RLV-Fallwert.

Hiervon abweichend ermittelt sich der arztgruppenspezifische RLV-Fallwert einer Arztgruppe, die länger als 4 Quartale an Selektivverträgen teilnimmt, indem das gemäß Schritt 3, Abs. 2b) ermittelte arztgruppenspezifische Verteilungsvolumen für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der RLV durch die „unbereinigte“ Anzahl der RLV/QZV-Fälle der Arztgruppe des Vorjahresquartals dividiert wird. Die „unbereinigte“ Anzahl der RLV/QZV-Fälle ergibt sich aus der Addition der nach Schritt 4 ermittelten Fälle und der Anzahl der sog. Selektiv-Fälle sämtlicher Vorjahresquartale im Sinn von Anhang 1 zu dieser Anlage.

2) QZV-Fallwert

Für die Vergütung ärztlicher Leistungen aller QZV einer Arztgruppe wird das gemäß Schritt 3, Abs. 2b) ermittelte arztgruppenspezifische QZV-Verteilungsvolumen aufgeteilt, indem der Leistungsbedarf des jeweiligen QZV einer Arztgruppe ins Verhältnis gesetzt wird zum Leistungsbedarf aller QZV insgesamt einer Arztgruppe. Das hieraus resultierende arztgruppenspezifische Vergütungsvolumen je QZV wird durch die Anzahl der RLV/QZV-Fälle bzw. der QZV-Leistungsfälle der Arztgruppe des Vorjahresquartals dividiert und ergibt die arztgruppenspezifischen QZV-Fallwerte.

Schritt 6 Berechnung der arzt- und praxisbezogenen RLV und QZV

1) Berechnung des RLV nach § 87b Abs. 2 und 3 SGB V mit der morbiditätsbezogenen Differenzierung des RLV nach Altersklassen

Die Höhe des RLV eines Arztes einer der in Anlage 1 zu diesem HVM benannten Arztgruppen ergibt sich aus der Multiplikation des quartalsweise gültigen arztgruppenspezifischen RLV-Fallwertes und der RLV-Fallzahl des Arztes im Vorjahresquartal.

Bei der Ermittlung des RLV wird betreffend der Zuordnung des arztgruppenspezifischen Fallwertes für Ärzte, die mit mehreren Fachgebieten zugelassen sind, auf den Schwerpunkt der Tätigkeit gemessen am Gesamtleistungsbedarf der jeweils zuletzt abgerechneten vier aufeinander folgenden Quartale abgestellt.

Der für einen Arzt zutreffende arztgruppenspezifische Fallwert wird für jeden über 150% der durchschnittlichen RLV-Fallzahl der Arztgruppe hinausgehenden RLV-Fall wie folgt gemindert:

- um 25% für RLV-Fälle über 150% bis 170% der durchschnittlichen RLV-Fallzahl der Arztgruppe,

- um 50% für RLV-Fälle über 170% bis 200% der durchschnittlichen RLV-Fallzahl der Arztgruppe,
- um 75% für RLV-Fälle über 200% der durchschnittlichen RLV-Fallzahl der Arztgruppe.

Bei BAG, MVZ und Praxen mit angestellten Ärzten erfolgt die Minderung des für die Ärzte einer Arztgruppe zutreffenden Fallwertes für jeden über 150% der Summe der durchschnittlichen RLV-Fallzahlen aller fachgleichen Ärzte der Praxis hinausgehenden RLV-Fall.

Die durchschnittliche RLV-Fallzahl der Arztgruppe ergibt sich dabei aus der Division der RLV/QZV-Fälle der Arztgruppe im Vorjahresquartal und der Anzahl der Ärzte; bei der Bestimmung der Anzahl der Ärzte ist der Umfang der Tätigkeit laut Zulassungs- bzw. Genehmigungsbeseid berücksichtigt.

Bei der Arztgruppe der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie wird die durchschnittliche RLV-Fallzahl jeweils separat ermittelt für die Ärzte, die gemessen an ihrem Gesamtleistungsbedarf Leistungen von mindestens 50% im Bereich der Richtlinienpsychotherapie erbringen und weniger als 200 RLV-relevante Behandlungsfälle aufweisen, sowie für die übrigen Fachärzte dieser Arztgruppe.

Bei angestellten Ärzten i.S.d. § 101 Abs. 1 Nr. 5 SGB V wird bei dem anstellenden Arzt für die Berechnung des RLV die durchschnittliche RLV-Fallzahl der Arztgruppe vor Abstufung verdoppelt, sofern der Angestellte vollzeitig tätig ist; ansonsten nach dem Umfang seiner Beschäftigung. Die Fälle dieser angestellten Ärzte werden dem anstellenden Arzt für die Ermittlung der RLV-relevanten Arztfälle zugeordnet. Gleiches gilt für die Jobsharing-Ärzte i.S.d. § 101 Abs. 1 Nr. 4 SGB V.

Das so ermittelte RLV je Arzt wird mit dem sich aus der morbiditätsbezogenen Differenzierung des RLV nach Altersklassen ergebenden Gewichtungsfaktor multipliziert. Dieser Faktor errechnet sich im Wesentlichen aus dem durchschnittlichen Leistungsbedarf je Versichertem des Arztes dividiert durch den durchschnittlichen Leistungsbedarf je Versichertem der jeweiligen Arztgruppe.

2) Berechnung des QZV

Die Höhe des QZV eines Arztes einer der in Anlage 1 zu diesem HVM benannten Arztgruppen ergibt sich aus der Multiplikation des quartalsweise gültigen arztgruppenspezifischen QZV-Fallwertes und der QZV-Fallzahl des Arztes im Vorjahresquartal.

Die QZV-Fallzahl des Arztes ermittelt sich aus der Behandlungsfallzahl gemäß Schritt 4. Für die Arztgruppen der Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, Diagnostische Radiologie, Nuklearmedizin, Nervenheilkunde, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie sowie Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeine Medizin, Praktische Ärzte sowie Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören, wird bei der Berechnung der arzt- und praxisbezogenen QZV auf den Leistungsfall abgestellt. Gleiches gilt bei den QZV für Leistungen der Akupunktur nach Abschnitt 30.7.3 EBM, den QZV für Physikalische Therapie sowie Sonographie I für die Fachärzte für Orthopädie, den QZV Phlebologie sowie Sonographie III für die Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten sowie für die Fachärzte für Chirurgie, Kinderchirurgie, Plastische Chirurgie, Herz- und Neurochirurgie und Gefäßchirurgie und den QZV für die Zusatzpauschale für Beobachtung nach diagnostischer bzw. nach therapeutischer Koronarangiografie sowie Duplex-Sonographie (GOP 01520 bzw. 01521 sowie 33070, 33072, 33073, 33075 und 33076 EBM) für die Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie.

Dabei werden die Leistungsfälle des angestellten Arztes i.S.d. § 101 Abs. 1 Nr. 5 SGB V denen des anstellenden Arztes zugerechnet; gleiches gilt für die Jobsharing-Ärzte i.S.d. § 101 Abs. 1 Nr. 4 SGB V.

Bei der Ermittlung des QZV wird betreffend der Zuordnung des arztgruppenspezifischen Fallwertes für Ärzte, die mit mehreren Fachgebieten zugelassen sind, auf den Schwerpunkt der Tätigkeit gemessen am Gesamtleistungsbedarf der jeweils zuletzt abgerechneten vier aufeinander folgenden Quartale abgestellt.

Die Höhe des praxisbezogenen RLV/QZV ergibt sich aus der Addition der RLV je Arzt sowie der entsprechenden Zuschläge für BAG, MVZ und Praxen mit angestellten Ärzten sowie der Addition der QZV einer Arztpraxis.

ANHANG 1

zur ANLAGE 2 des HVM mit Wirkung ab dem 01.07.2014

Bildung der RLV und QZV für eine Arztgruppe, sofern einige Ärzte an einem oder mehreren Selektivverträgen teilnehmen

Nach Abzug des Bereinigungsbetrages für RLV- und/oder QZV-Leistungen ergeben sich bereinigte arztgruppenspezifische Verteilungsvolumina, welche analog Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2b) Satz 1 in die Vergütungsvolumina für RLV- sowie QZV-Leistungen aufgeteilt werden.

Bei der weiteren Berechnung findet das bereinigte QZV-Verteilungsvolumen allerdings keine Berücksichtigung mehr; die arzt- und praxisbezogenen QZV-Fallwerte werden ausschließlich nach Anlage 2 berechnet.

Im Ergebnis verbleibt jeweils ein bereinigtes arztgruppenspezifisches RLV-Vergütungsvolumen.

Dieses Vergütungsvolumen wird durch die RLV-relevanten Fälle aller Ärzte abzüglich der Selektiv-Fälle der Ärzte dividiert, die im aktuellen Abrechnungsquartal an einem oder mehreren Selektivverträgen teilnehmen (sog. Selektiv-Ärzte); wobei sich die Selektiv-Fälle je Selektiv-Arzt bzw. Praxis mit Selektiv-Ärzten aus der Anzahl der im aktuellen Abrechnungsquartal in einen Selektivvertrag eingeschriebenen Versicherten, die im Vorjahresquartal dort in Behandlung waren, multipliziert mit der Anzahl der Behandlungsfälle der Praxis und dividiert durch die Arztfälle der Praxis ergeben.

Der sich aus der o.g. Division ergebende Fallwert ist der bereinigte Fallwert.

Soweit dieser bereinigte Fallwert, der grundsätzlich für alle Ärzte herangezogen wird, den sich nach Anlage 2 Schritt 5 Abs. 1 ergebenden Fallwert (unbereinigter Fallwert) um einen Schwellenwertes von 0,25 € unterschreitet, wird für die Ärzte, die nicht an einem Selektivvertrag teilnehmen (sog. Kollektiv-Ärzte), der unbereinigte Fallwert abzüglich des Schwellenwertes zu Grunde gelegt.

In diesem Fall errechnet sich für die Selektiv-Ärzte ein Selektiv-Fallwert unter Berücksichtigung der von den Kollektiv-Ärzten nicht mehr zu tragenden Bereinigungssumme und wird als RLV-Fallwert für die Selektiv-Ärzte zu Grunde gelegt.

Die Höhe des RLV eines Kollektiv-Arztes ergibt sich gemäß Anlage 2 Schritt 6 Abs. 1 mit der Maßgabe, dass der bereinigte Fallwert bzw. unbereinigte Fallwert abzüglich des Schwellenwertes zu Grunde gelegt wird. Die Höhe des QZV eines Kollektiv-Arztes ergibt sich gemäß Anlage 2 Schritt 6 Abs. 2.

Die Höhe des RLV eines Selektiv-Arztes ergibt sich, indem der bereinigte Fallwert bzw. der Selektiv-Fallwert unter Anwendung der Abstufungsregelungen mit der RLV-Fallzahl des Selektiv-Arztes im entsprechenden Vorjahresquartal multipliziert wird und von diesem Ergebnis die Summe aus dem bereinigten Fallwert bzw. Selektiv-Fallwert multipliziert mit den Selektiv-Fällen des Selektiv-Arztes in Abzug gebracht wird.

Die Höhe des QZV eines Selektiv-Arztes ergibt sich aus der Multiplikation des jeweiligen QZV-Fallwertes und der bereinigten RLV-Fallzahl (RLV-Fallzahl abzüglich Selektiv-Fälle) des Selektiv-Arztes. Sofern auf den Leistungsfall abgestellt wird, ergibt sich das QZV durch Multiplikation des QZV-Fallwertes mit der bereinigten Leistungsfallzahl des Selektiv-Arztes. Die-

se bereinigte Leistungsfallzahl berechnet sich aus der unbereinigten Leistungsfallzahl multipliziert mit dem Ergebnis aus der Division der bereinigten RLV-Fallzahl des Selektiv-Arztes durch dessen unbereinigte RLV-Fallzahl.

ANLAGE 3
des HVM mit Wirkung ab dem 01.07.2014

**Arztgruppenspezifische Auflistung der
qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV)**

Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören	Akupunktur
	Allergologie
	Chirotherapie
	Ergometrie
	Hyposensibilisierung
	Kardiorespiratorische Polygraphie
	Kleinchirurgie
	Langzeit-Blutdruckmessung
	Langzeit-EKG
	Phlebologie
	Physikalische Therapie
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren
	Prokto-/Rektoskopie
	Sonographie I
Sonographie III	
Spirometrie	
Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	Akupunktur
	Allergologie
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren
	Sonographie I (inkl. Hüftsonographie)
	Neuropädiatrische Leistungen (Abschnitt 4.4.2 EBM)
	Pädiatrisch-pneumologische Leistungen (Abschnitt 4.5.2 EBM)
	Kinderendokrinologische Leistung
	Hyposensibilisierung
ADHS	
Fachärzte für Anästhesiologie	Akupunktur
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren
Fachärzte für Augenheilkunde	Fluoreszenzangiographie
	Sonographie I
Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie, für Neurochirurgie, für Gefäßchirurgie	Akupunktur
	Behandlung von Hämorrhoiden
	Phlebologie (30500 nicht Gefäßchirurgie)
	Physikalische Therapie
	Prokto-/Rektoskopie
Sonographie I	

	Sonographie III (nicht Gefäßchirurgie)
	Teilradiologie
Fachärzte für Frauenheilkunde	kurative Mammographie
	Mamma-Sonographie, Stanzbiopsie
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren
	Sonographie III
Fachärzte für Frauenheilkunde mit fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	kurative Mammographie
	Mamma-Sonographie, Stanzbiopsie
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren
	Reproduktionsmedizin
	Sonographie III
Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	Kardiorespiratorische Polygraphie
	Phoniatrie, Pädaudiologie
	Sonographie I
	Teilradiologie
Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten	Dermatologische Lasertherapie
	Phlebologie
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren
	Sonographie III
Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	Akupunktur
	Kardiorespiratorische Polygraphie
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren
	Sonographie I
	Sonographie II
	Sonographie III
	Teilradiologie
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie	Akupunktur
	Phlebologie
	Physikalische Therapie
	Sonographie I
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie	Sonographie III
	Teilradiologie
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/Onkologie	Gastroenterologie I
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie	Kardiorespiratorische Polygraphie
	Sonographie I
	Teilradiologie
	Zusatzpauschale für Beobachtung nach diagnostischer Koronarangiographie
	Duplex-Sonographie

	Zusatzpauschale für Beobachtung nach therapeutischer Koronarangiographie
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie	Bronchoskopie
	Sonographie I
	Teilradiologie
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie	Akupunktur
	Teilradiologie
Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	Neurophysiologische Übungsbehandlung
Fachärzte für Nervenheilkunde	Akupunktur
	Betreuung neurologisch bzw. psychisch Kranker im sozialen Umfeld
	Sonographie III
Fachärzte für Neurologie	Akupunktur
	Kardiorespiratorische Polygraphie
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren
	Sonographie III
Fachärzte für Nuklearmedizin	GOP 17362
	GOP 17363
	GOP 17320
	GOP 17310, 17311, 17312, 17360
	GOP 17371, 17372, 17373
	GOP 17330, 17332
	GOP 17331, 17333
	GOP 33011, 33012
	GOP 34410 bis 34452, 34492
Fachärzte für Orthopädie	Akupunktur
	Physikalische Therapie
	Sonographie I (inkl. Hüftsonographie)
	Teilradiologie
Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie	Otoakustische Emissionen
	Sonographie I
Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie	Betreuung psychisch Kranker im sozialen Umfeld
	GOP 33011
	GOP 33041
	GOP 33042
	GOP 33070
	GOP 34220
	GOP 34221
	GOP 34223, 34235, 34236, 34284, 34293, 34297
	GOP 34230
	GOP 34231
	GOP 34232
	GOP 34233

Fachärzte für Diagnostische Radiologie

GOP 34234
GOP 34237
GOP 34241
GOP 34242
GOP 34246
GOP 34247
GOP 34251
GOP 34255
GOP 34270
GOP 34271
GOP 34272
GOP 34280
GOP 34282
GOP 34283
GOP 34285
GOP 34286
GOP 34294
GOP 34310
GOP 34311
GOP 34320
GOP 34322
GOP 34330
GOP 34340
GOP 34341
GOP 34343
GOP 34344
GOP 34410
GOP 34411
GOP 34422
GOP 34431
GOP 34440
GOP 34441
GOP 34442
GOP 34450
GOP 34451
GOP 34452
GOP 34470, 34475, 34480, 34485, 34486, 34489, 34490
GOP 34504
GOP 34505
GOP 34350
GOP 34351
GOP 34492
GOP 34275
GOP 33012

	GOP 17362
	GOP 17363
	GOP 17320
	GOP 17310, 17311, 17312, 17360
	GOP 17371, 17372, 17373
	GOP 17330, 17332
	GOP 17331, 17333
Fachärzte für Urologie	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren
	Sonographie I
	Stoßwellenlithotripsie
	Teilradiologie
Fachärzte für Physikalisch-rehabilitative Medizin	Akupunktur
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren
	Chirotherapie