

Honorarverteilungsmaßstab der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein hat in ihrer Sitzung am 13.09.2013 unter Beibehaltung des HVM im Übrigen folgende Änderungen beschlossen:

Der HVM in der geltenden Fassung (Rheinisches Ärzteblatt 7/2013, Seite 57 ff) wird mit Wirkung zum 01.07.2013 in den nachfolgend benannten Regelungen wie folgt modifiziert:

I. Der Absatz 2 des § 7 HVM erhält folgende Fassung:

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

- a) Die nach Schritt 1 der Anlage 3 in Abzug gebrachten Leistungen der ambulanten Notfallversorgung im organisierten ärztlichen Notfalldienst bzw. der Krankenhäuser werden nach der regionalen Euro-Gebührenordnung mit dem jeweils geltenden regional vereinbarten Punktwert vergütet, wobei die Vergütung der ambulanten Notfalleistungen der Krankenhäuser abzüglich des Investitionskostenabschlages von 10% erfolgt.

Die nach Schritt 1 der Anlage 3 in Abzug gebrachten Leistungen nach den Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß § 87b Abs. 4 SGB V zur Honorarverteilung der Kassenärztlichen Vereinigungen mit Wirkung zum 01.07.2012 in ihrer jeweils gültigen Fassung für die Vergütung laboratoriumsmedizinischer Leistungen (im Folgenden Vorgaben KBV genannt) werden nach der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet mit der Maßgabe, dass für die Zeit vom 01.07.2013 bis längstens 30.06.2014 in Anpassung der Regelung in Teil E, Ziffer 3.5 der Vorgaben KBV die nachfolgenden Fallwerte für die benannten Arztgruppen, die dem Laborbudget unterliegen, angewendet werden:

Arztgruppen	Referenzfallwert
Fachärzte für Frauenheilkunde	4,23 €
Fachärzte für Frauenheilkunde mit fakultativer WB Endokrinologie u. Reproduktionsmedizin	31,93 €
Fachärzte für Dermatologie	4,48 €
Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Pneumologie	25,09 €
Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Endokrinologie	87,99 €
Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Rheumatologie	40,46 €
Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Hämato-/ Onkologie	22,54 €
Fachärzte für Urologie	8,78 €
Fachärzte für Nuklearmedizin	22,75 €

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 in der jeweils geltenden Fassung.

- b) Die Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen, die nicht in Anlage 1 benannt sind, erfolgt nach der regionalen Euro-Gebührenordnung mit dem jeweils geltenden regional vereinbarten Punktwert, es sei denn die Leistungen sind in Anlage 4 aufgeführt.
- c) Die Vergütung der in Anlage 3 Schritt 2, Abs. 1e) bis l) und Abs. 2e) bis x) aufgeführten Leistungen erfolgt nach der regionalen Euro-Gebührenordnung mit dem jeweils geltenden regional vereinbarten Punktwert, 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. Wird eines der für die Leistungsbereiche nach Anlage 3 Schritt 2, Abs. 2t) gebildeten Kontingente trotz Maximalvergütung nicht ausgeschöpft, erhöht der Unterschreitungsbeitrag das Vergütungsvolumen des jeweils anderen Kontingents nach Anlage 3 Schritt 2, Abs. 2 t).
Die Vergütung der Leistungen der ermächtigten Krankenhäuser, Einrichtungen und Institutionen nach Abs. 1k) und Abs. 2v) 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. 2w) gebildeten eigenständigen Kontingent.
- d) 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 den GOP 01837 sowie 08570 bis 08572 EBM erfolgt nach der regionalen Euro-Gebührenordnung.
- e) Die Vergütung der gemäß Anlage 3 Schritt 3, Abs. 2a) gebildeten Vergütungsvolumina für förderungswürdige Leistungen und in sonstigen Fällen innerhalb der arztgruppenspezifischen Vergütungsvolumen erfolgt nach der regionalen Euro-Gebührenordnung mit dem jeweils geltenden regional vereinbarten Punktwert, es sei denn, dass die mit diesem Punktwert bezahlbare Leistungsmenge nach den gemäß Anlage 3 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 3 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 3,5363 Cent.

- II. In der Anlage 1 werden die bisherigen GOP für die Kostenpauschalen Dialyse „40800 - 40808, 40810 - 40813, 40820 - 40822“ gestrichen und durch die GOP „40815 - 40819, 40823 - 40838“ des EBM ersetzt sowie am Ende der Punkt „Leistungen der Abschnitte 4.5.4 und 13.3.6 EBM“ eingefügt.

- III. In der Anlage 2 werden die „Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Nephrologie“ gestrichen.
- IV. Die Anlage 3 wird in Schritt 2 Abs. 2) um den Punkt k) „das Vergütungsvolumen für Leistungen der Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Nephrologie, soweit die Leistungen nicht in Anlage 1 aufgeführt sind“ ergänzt; die weiteren Punkte werden alphabetisch angepasst.
Zudem verändert sich nach dem dann angepassten Punkt x) die nachfolgende Formulierung wie folgt „mit der Maßgabe, dass quartalsweise für die unter i) bis x) aufgeführten Volumina der jeweilige Leistungsbedarf des Vorjahresquartals mit dem im Abrechnungsquartal regional vereinbarten Punktwert bewertet, abgesenkt um 10%, als jeweils eigenständige Kontingente geführt werden“.
- V. In der Anlage 4 werden alle QZV (Sonographie II und Sonographie III) der Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Nephrologie ersatzlos gestrichen.

Honorarverteilungsmaßstab der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein hat in ihrer Sitzung am 13.09.2013 unter Beibehaltung des HVM im Übrigen folgende Änderungen beschlossen:

Der HVM in der Fassung des Rheinischen Ärzteblattes 7/2013, Seite 57 ff unter Berücksichtigung der Änderungen des HVM durch Beschluss der Vertreterversammlung in der Sitzung am 13.09.2013 mit Wirkung zum 01.07.2013 wird mit Wirkung zum 01.10.2013 in den nachfolgend benannten Regelungen wie folgt modifiziert:

- I. In § 3 Abs. 2 wird im letzten Satz „§ 7 Abs. 2a)“ durch „§ 7 Abs. 2b)“ ersetzt.
- II. Der Abs. 3 des § 6 wird ersatzlos gestrichen.
- III. § 7 wird wie folgt neu gefasst:

§ 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 3 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 vg. Fallwerte gelten erst mit Wirkung ab dem 01.01.2014; bis zum 31.12.2013 behalten die Fallwerte aus dem HVM für III/2013 in der Fassung durch Beschluss der VV am 13.09.2013 ihre Gültigkeit. Letzteres gilt ebenfalls für durch Bescheid im Einzelfall festgesetzte Fallwerte.

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 Abstaffelungsquote 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 psychotherapeutischen Leistungen, die nicht in Anlage 1 benannt sind, erfolgt nach der jeweils geltenden regionalen Euro-Gebührenordnung, es sei denn die Leistungen sind in Anlage 4 aufgeführt.
- f) Die Vergütung der in Anlage 3 Schritt 2, Abs. 1e) bis m) und Abs. 2e) bis y) 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. 1k) und Abs. 2v) 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. 2x) 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 den GOP 01837 erfolgt nach der regionalen Euro-Gebührenordnung.
- h) Die Vergütung der gemäß Anlage 3 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 3 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 3 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 3 gebildeten Volumina erfolgt im jeweiligen Vergütungsvolumen des hausärztlichen bzw. des fachärztlichen Grundbetrages.

IV. Der § 12 erhält folgende Fassung:

§ 12 Laufzeit

Dieser HVM tritt zum 01.10.2013 in Kraft.

V. In Anlage 1 wird der Vertrag zur „Versorgung mit klassischer Homöopathie als besonderem Versorgungsauftrag gemäß § 73c SGB V“ um die Hypovereinsbank BKK ergänzt.

Beim „Strukturvertrag zur Versorgung des diabetischen Fußsyndroms“ wird die Knappschaft ergänzt.

Am Ende der Anlage 1 wird die folgende Formulierung eingefügt:

„Übergangsregelung zur Vergütung der erweiterten Basis-Ultraschalluntersuchung im Rahmen der Mutterschaftsrichtlinie“

VI. In Anlage 3 erhält die Überschrift sowie Schritt 1 und 2 folgende Fassung:

ANLAGE 3 des HVM mit Wirkung ab dem 01.10.2013

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
 - für Entschädigungen in der Höhe des Verkehrswertes einer Arztpraxis im Sinn des § 103 Abs. 3a Satz 8 SGB V
- c) die zu erwartenden Zahlungen für die Kooperationszuschläge bei BAG, MVZ und Arztpraxen mit angestellten Ärzten,
- d) die zu erwartenden bereichsspezifischen Zahlungen im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 75 Abs. 7 und 7a SGB V,
- e) das Vergütungsvolumen 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 4 aufgeführt sind, auf Basis des Vorjahresquartals,
- f) das Vergütungsvolumen für Besuche nach den GOP 01410, 01413 und 01415 EBM,
- g) das Vergütungsvolumen für Leistungen der schmerztherapeutischen speziellen Versorgung nach den GOP 30700 bis 30708 EBM,
- h) das Vergütungsvolumen für Besuche nach den GOP 01411 und 01412 EBM,
- i) das Vergütungsvolumen für schmerztherapeutische spezielle Behandlungen nach den GOP 30710 bis 30760 EBM,
- j) das Vergütungsvolumen für die unvorhergesehene Inanspruchnahme nach den GOP 01100, 01101, 01102 EBM,
- k) das Vergütungsvolumen für Leistungen der ermächtigten Krankenhausärzte, ermächtigten Krankenhäuser, Einrichtungen und Institutionen, die wegen einer begrenzten Ermächtigung auf wenige Einzelleistungen kein RLV erhalten,
- l) das Vergütungsvolumen für 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,

- m) 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

mit der Maßgabe, dass quartalsweise für die unter h) bis l) aufgeführten Volumina der jeweilige Leistungsbedarf des Vorjahresquartals mit dem im Abrechnungsquartal regional vereinbarten Punktwert bewertet, abgesenkt um 10%, sowie das unter m) aufgeführte Volumen als jeweils eigenständige Kontingente geführt werden,

- n) die Vergütungen für Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM mit Ausnahme der in Anlage 1 benannten Kostenpauschalen auf Basis des Vorjahresquartals,
- o) 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
 - für Entschädigungen in der Höhe des Verkehrswertes einer Arztpraxis im Sinn des § 103 Abs. 3a Satz 8 SGB V
- c) die zu erwartenden Zahlungen für die Kooperationszuschläge bei BAG, MVZ und Arztpraxen mit angestellten Ärzten,
- d) die zu erwartenden bereichsspezifischen Zahlungen im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 75 Abs. 7 und 7a SGB V,
- e) das Vergütungsvolumen 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 4 aufgeführt sind, auf Basis des Vorjahresquartals,
- f) das Vergütungsvolumen für Besuche nach den GOP 01410, 01413 und 01415 EBM,
- g) das Vergütungsvolumen für Leistungen der schmerztherapeutischen speziellen Versorgung nach den GOP 30700 bis 30708 EBM,
- h) das Vergütungsvolumen für die GOP 13300 und 13301 für die Fachärzte für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Angiologie, die in gefäßchirurgischen Praxen tätig sind,
- i) das Vergütungsvolumen für die GOP 01320 für ermächtigte Ärzte, Krankenhäuser und Institute,
- j) das Vergütungsvolumen für Leistungen der Fachärzte für Strahlentherapie,
- k) das Vergütungsvolumen für 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,
- l) das Vergütungsvolumen für Leistungen der Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Nephrologie, soweit die Leistungen nicht in Anlage 1 aufgeführt sind,

- m) das Vergütungsvolumen für Besuche nach den GOP 01411 und 01412 EBM,
- n) das Vergütungsvolumen für schmerztherapeutische spezielle Behandlungen nach den GOP 30710 bis 30760 EBM,
- o) das Vergütungsvolumen für die unvorhergesehene Inanspruchnahme nach den GOP 01100, 01101, 01102 EBM,
- p) das Vergütungsvolumen für die Excision nach den GOP 10343 und 10344 im Rahmen des Hautkrebs-Screenings,
- q) das Vergütungsvolumen für Leistungen der Sonographie nach den GOP 33060, 33061, 33070, 33072, 33073, 33075, 33076 und 30500 EBM durch die Fachärzte für Gefäßchirurgie,
- r) das Vergütungsvolumen für 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,
- s) das Vergütungsvolumen für 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 (Anlage 1) erbracht wurden,
- t) das Vergütungsvolumen für 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,
- u) das Vergütungsvolumen für Leistungen des Kapitels 19 EBM,
- v) das Vergütungsvolumen für Leistungen der ermächtigten Krankenhausärzte, ermächtigten Krankenhäuser, Einrichtungen und Institutionen, die wegen einer begrenzten Ermächtigung auf wenige Einzelleistungen kein RLV erhalten,
- w) das Vergütungsvolumen für Leistungen der Polysomnographie (GOP 30901 EBM),
- x) das Vergütungsvolumen für 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),
- y) das Vergütungsvolumen für Leistungen der Humangenetischen Beratungen und der Zytogenetik nach den GOP 11210 bis 11212, 11230 bis 11232, 11310 bis 11312, 01837 EBM

mit der Maßgabe, dass quartalsweise für die unter j) bis x) aufgeführten Volumina der jeweilige Leistungsbedarf des Vorjahresquartals mit dem im Abrechnungsquartal regional vereinbarten Punktwert bewertet, abgesenkt um 10%, sowie für das unter y) aufgeführte Volumen der jeweilige Leistungsbedarf des Vorjahresquartals mit dem im Abrechnungsquartal regional vereinbarten Punktwert bewertet, als jeweils eigenständige Kontingente geführt werden,

- z) 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 10% abgesenkt werden,
- aa) 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 10% abgesenkt wird,

- bb) 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,
- cc) 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 10% abgesenkt werden,
- dd) die Vergütungen für Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM mit Ausnahme der in Anlage 1 benannten Kostenpauschalen auf Basis des Vorjahresquartals,
- ee) 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 (vitreoretinale Chirurgie).

3) Versorgungsbereichswechsel

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

VII. In Anlage 3 Schritt 3 Abs. 2a) wird im Satz 1 vor dem Wort „arztgruppenspezifisch“ der Begriff „fachärztlichen“ eingefügt.

VIII. In Anlage 3 in Schritt 3 Abs. 2b) wird die Formulierung nach dem zweiten Abschnitt wie folgt neu gefasst:

„Dem RLV-Vergütungsvolumen der

- Fachärzte für Frauenheilkunde wird das Volumen gemäß Schritt 2, Abs. 2z)
 - Fachärzte für Physikalisch-rehabilitative Medizin wird das Volumen gemäß Schritt 2, Abs. 2aa)
- zugeführt.

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

Von dem unter Schritt 2, Abs. 2cc) 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 0,1 ergibt, entsprechend den RLV-Vergütungsvolumina der Arztgruppen zugeführt, für die ein QZV Akupunktur nach Anlage 4 vorgesehen ist. Das im Übrigen in Schritt 2, Abs. 2cc) in Abzug gebrachte Volumen wird ebenfalls arztgruppenspezifisch den QZV-Vergütungsvolumina zugeführt.

IX. In der Anlage 3 wird in Schritt 6 Abs. 1) nach dem dritten Spiegelstrich Folgendes eingefügt:

„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. Genehmigungsbescheid berücksichtigt.“

- X.** In Schritt 6 Abs. 2) der Anlage 3 wird im 2. Abschnitt nach „Fachärzte für Orthopädie“ folgende Formulierung eingefügt:
„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“
- XI.** In der Anlage 4 wird bei den Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin beim QZV „Allergologie“ der Klammerzusatz „(Zusatzbezeichnung)“ ersatzlos gestrichen.

Bei den Fachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten wird das QZV „Phlebologie“ neu eingeführt.