

Honorarverteilungsmaßstab der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein hat in ihrer Sitzung am 03.06.2016 unter Beibehaltung des HVM im Übrigen folgende Änderungen beschlossen:

Der HVM mit Wirkung ab dem 01.07.2016 in der Fassung des *Rheinischen Ärzteblattes 5/2016* (Erscheinungsdatum 29.04.2016), Seite 59 ff. wird mit Wirkung zum 01.07.2016 in den nachfolgend benannten Regelungen wie folgt modifiziert:

I. **§ 3** erhält folgende neue Fassung:

„§ 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 Struktur-/Förderzuschläge, sofern diese im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein oder aufgrund von Strukturverträgen vereinbart sind, gezahlt.

Im Weiteren werden - entsprechend Teil G der Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß § 87b Abs. 4 SGB V zur Honorarverteilung der Kassenärztlichen Vereinigungen in ihrer jeweils gültigen Fassung (Vorgaben KBV) - Einmalzahlungen im Sinne einer Anschubfinanzierung an anerkannte Praxisnetze unter den Voraussetzungen der Richtlinie der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein zur Förderung von Praxisnetzen vorgenommen.

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 u.a. nach den Vorgaben KBV 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 Struktur-/Förderzuschläge bzw. die jeweils vereinbarten Euro-Beträge herangezogen. Dies gilt auch für die Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM aller Arztgruppen sowie der probatorischen Sitzungen (GOP 35150 EBM) der in § 87b Abs. 2 Satz 4 SGB V genannten Arztgruppen.

4) Bereinigung

Nach Abschluss von Selektivverträgen nach §§ 63 ff., 73b und 140a SGB V sowie aufgrund einer Vereinbarung nach § 116b SGB V erfolgt eine Bereinigung unter Berücksichtigung der gesetzlichen Bestimmungen sowie Vorgaben KBV. Insbesondere erfolgt eine Bereinigung dort, wo die entsprechende Leistung zuzuordnen ist. Die Bereinigungsbeträge werden dafür anteilig auf die betroffenen Vergütungs-, Verteilungsvolumina bzw. Vergütungsbereiche im Sinne von Anlage 2, die in ihrer jeweils geltenden Fassung Bestandteil dieses Honorarverteilungsmaßstabes (HVM) ist, aufgeteilt.“

II. **§ 7** erhält folgende neue Fassung:

„§ 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 10,4361 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 Vergütung der Leistungen der ambulanten Notfallversorgung erfolgt aus dem nach Teil B der Vorgaben KBV gebildeten Vergütungsvolumen des Grundbetrages „ärztlicher Bereitschaftsdienst“ nach der jeweils geltenden regionalen Euro-Gebührenordnung.
- 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 3.4.3 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, 32150 und 32860 bis 32864 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 Anlage 2 Schritt 1 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 nach Anlage 2 Schritt 1 als eigenständiges Kontingent gebildete Vergütungsvolumen des Grundbetrages „genetisches Labor“ überschreitet. In diesem Fall erfolgt die Vergütung der Leistungen der GOP 32860 bis 32864 EBM zu den Preisen der jeweils geltenden regionalen Euro-Gebührenordnung. Die Leistungsmenge der übrigen Leistungen, die nach Teil B, Ziffer 1.3 der Vorgaben KBV aus dem Grundbetrag „genetisches Labor“ vergütet werden, wird abweichend von der regionalen Euro-Gebührenordnung nach dem EBM, multipliziert mit dem sich rechnerisch

ergebenden Punktwert vergütet. Dieser Punktwert errechnet sich durch Division des nach Anlage 2 Schritt 1 gebildeten eigenständigen Kontingents abzüglich der Vergütung für die Leistungen der GOP 32860 bis 32864 EBM im Abrechnungsquartal 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.
- 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 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 jeweils geltenden 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 10,4361 Cent.
- i) Die Vergütung von Leistungen, die im Rahmen einer Inanspruchnahme nach § 76 Abs. 1a SGB V erbracht werden, erfolgt entsprechend § 120 Abs. 3a Satz 1 SGB V nach der jeweils geltenden regionalen Euro-Gebührenordnung.

3) Über-/Überschüsse

Soweit in der Quartalsabrechnung Unter- oder Überschüsse in Bezug auf die gemäß Teil B und Teil E 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.“

III. Anlage 2 Schritt 1 erhält folgende neue Fassung:

„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 (Vorgaben KBV). 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.

Das - als eigenständiges Kontingent geführte - Vergütungsvolumen des Grundbetrages „genetisches Labor“ wird unter Abzug der zu erwartenden grundbetragspezifischen Zahlungen im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 75 Abs. 7 und 7a SGB V gebildet.“

IV. In der **Anlage 2 Schritt 2** erhält Abs. 2) folgende neue Fassung:

- ”
- 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 13 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,
 - für die zu erwartenden Zahlungen für Leistungen, die im Rahmen einer Inanspruchnahme nach § 76 Abs. 1a SGB V erbracht werden,
 - 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 4 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,
 - 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,
 - 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 Schritt 1 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, die nicht bereits im nach Schritt 1 gebildeten Vergütungsvolumen des Grundbetrages „genetisches Labor“ enthalten sind und die nicht außerhalb der MGV vergütet werden,
 - 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, 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 sich rechnerisch ergebenden Durchschnittspunktwert (rDPW), der sich durch Division des RLV/QZV-Vergütungsvolumens durch den RLV/QZV-Leistungsbedarf des Vorjahresquartals errechnet, für
- die GOP 13300 und 13301 für die Fachärzte für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Angiologie, die in gefäßchirurgischen Praxen tätig sind zuzüglich der Vergütungsvolumina für die Leistungen der Sonographie nach den GOP 33060, 33061, 33070, 33072, 33073, 33075, 33076 und 30500 EBM durch die Fachärzte für Gefäßchirurgie,
 - die Excision nach den GOP 10343 und 10344 im Rahmen des Hautkrebs-Screenings,
 - 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 Polysomnographie (GOP 30901 EBM),
- g) die Vergütungen für Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM mit Ausnahme der außerhalb der MGV vergüteten Kostenpauschalen auf Basis des Vorjahresquartals,
- h) 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).“

V. In **Anlage 2 Schritt 6** erhält Abs. 2) folgende neue Fassung:

”
2) Berechnung des QZV

Jeder Arzt einer der in Anlage 1 zu diesem HVM benannten Arztgruppen erhält ein oder mehrere QZV, die nach Anlage 3 zu diesem HVM für seine Arztgruppe bestimmt sind, sofern er

- mindestens eine Leistung des entsprechenden QZV im jeweiligen Vorjahresquartal erbracht hat und
- die zutreffende Gebiets- bzw. Schwerpunktbezeichnung führt und
- nachweist, dass er im Abrechnungsquartal die Qualifikationsgenehmigung nach §§ 135 Abs. 2, 137 SGB V besitzt oder eine Zusatzbezeichnung führt.

Abweichend vom 1. Spiegelstrich gilt für Ärzte der Arztgruppen, die gemäß Anlage 1 zu diesem HVM dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören, die Erbringung einer Leistung des entsprechenden QZV im aktuellen Abrechnungsquartal als maßgebend für die Zuteilung des jeweiligen QZV.

Sofern für Ärzte des fachärztlichen Versorgungsbereichs die Genehmigung nach Ablauf des Vorjahresquartals und vor Beginn des aktuellen Abrechnungsquartals erteilt wird, 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 Höhe des QZV eines Arztes einer der in Anlage 1 zu diesem HVM benannten Arztgruppen ergibt sich aus der Multiplikation des quartalsweise gültigen arztgruppenspezifischen kalkulatorischen QZV-Fallwertes und der QZV-Fallzahl des Arztes.

Dabei entspricht die QZV-Fallzahl eines Arztes der Arztgruppen, die gemäß Anlage 1 zu diesem HVM dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören, grundsätzlich der gemäß Absatz 1b) zur Berechnung des RLV verwendeten RLV-Fallzahl.

Für Ärzte der Arztgruppen, die gemäß Anlage 1 zu diesem HVM dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören, sowie für die Fachärzte für Diagnostische Radiologie, Nuklearmedizin, Nervenheilkunde, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Phoniatrie und Pädaudiologie, Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie und Orthopädie wird

bei der Berechnung der arzt- und praxisbezogenen QZV auf den Leistungsfall abgestellt. Gleiches gilt bei 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, 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 und dem QZV für Teilradiologie für die Fachärzte für Chirurgie, Kinderchirurgie, Plastische Chirurgie, Herz- und Neurochirurgie und Gefäßchirurgie. Die QZV-Leistungsfälle ermitteln sich für die Ärzte der Arztgruppen, die gemäß Anlage 1 zu diesem HVM dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören, auf Basis des aktuellen Quartals und für Ärzte der Arztgruppen, die gemäß Anlage 1 zu diesem HVM dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören, auf Basis des Vorjahresquartals.

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.

Im Falle einer Fallzahl- bzw. Mengenentwicklung bei Leistungen des hausärztlichen Grundbetrages oder bei Leistungen, die sich nach § 7 Abs. 3) auf den Über-/Unterschuss im Vergütungsvolumen des hausärztlichen Grundbetrages auswirken, kann der Fall eintreten, dass sich die kalkulatorischen QZV-Fallwerte für Arztgruppen, die gemäß Anlage 1 zu diesem HVM dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören, nach Multiplikation mit den in Ansatz gebrachten Fallzahlen des aktuellen Quartals gegenüber dem dafür zur Verfügung stehenden arztgruppenspezifischen QZV-Verteilungsvolumen (rechnerisch) als zu hoch erweisen. In diesem Fall müssen diese QZV-Fallwerte arztgruppenbezogen gesenkt werden. Diese rechnerischen QZV-Fallwerte können jedoch die kalkulatorischen QZV-Fallwerte um maximal 15% unterschreiten.

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 Anwendung des Kooperationszuschlages erfolgt nicht auf die QZV.“