

## **BESCHLUSS**

### **des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 248. Sitzung am 25. Januar 2011**

#### **zum Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten in bestimmten Bereichen der vertragsärztlichen Versorgung**

#### **mit Wirkung zum 25. Januar 2011**

---

1. Zum Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten prüfen die Partner der Gesamtverträge, ob arztgruppenspezifische Honorarverluste
  - a) bei den Arztgruppen
    - Fachärzte für Augenheilkunde mit ausschließlich oder überwiegend konservativer Tätigkeit,
    - Fachärzte für Orthopädie,
    - Fachärzte für Hals-Nasen- und Ohrenheilkunde,
    - Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie,
    - ausschließlich bzw. weit überwiegend schmerztherapeutisch tätige Vertragsärzte gemäß Präambel 30.7 Nr. 6 des EBM
  - b) sowie aufgrund der Nichtberücksichtigung der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen bei der Bemessung des Aufschlages für Berufsausübungsgemeinschaften gemäß 1.3.1 des jeweils für das Abrechnungsquartal gültigen Beschlussteils F des Bewertungsausschusses zur Berechnung und zur Anpassung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen nach § 87b Abs. 2 und 3 SGB V,

vorliegen. Zur Finanzierung von notwendigen Maßnahmen zum Ausgleich festgestellter überproportionaler Honorarverluste nach Satz 1 vereinbaren die Partner der Gesamtverträge versorgungsbereichsspezifische Vorwegabzüge aus dem Honorarzuwachs im Jahr 2011. Die Ermittlung des versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumens gemäß Anlage 4, Anhang 1 zum jeweils für das Abrechnungsquartal gültigen Beschlussteil F zur Berechnung und zur Anpassung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen nach § 87b Abs. 2 und 3 SGB V bleibt hiervon unberührt.

2. Die Maßnahmen nach Nr. 1 gelten bis zum 30. September 2011. Der Bewertungsausschuss wird mit Wirkung zum 1. Oktober 2011 über die Ablösung der Maßnahmen nach Nr. 1 durch geeignete spezifische Regelungen beschließen.

## **BESCHLUSS**

### **des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 248. Sitzung am 25. Januar 2011**

#### **zur Sicherung der Versorgung in besonderen Situationen**

**mit Wirkung zum 1. April 2011**

---

#### **Teil A**

### **zur Änderung des Beschlusses des Bewertungsausschusses, Teil F, zur Berechnung und zur Anpassung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen**

---

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 248. Sitzung am 25. Januar 2011 beschlossen, den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 218. Sitzung vom 26. März 2010, Teil F, zur Berechnung und zur Anpassung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen nach § 87b Abs. 2 und 3 SGB V (Amtliche Bekanntmachung: Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses am 30.03.2010 [www.institut-ba.de]; Deutsches Ärzteblatt, Jg. 107, Beilage zu Heft 16 vom 23.04.2010), zuletzt geändert durch Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 245. Sitzung am 22. Dezember 2010 (Amtliche Bekanntmachung: Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses am 27.12.2010 [www.institut-ba.de], Deutsches Ärzteblatt, Jg. 108, Heft 3 vom 21. Januar 2011, Seite A 125) wie folgt zu ändern:

1. Abschnitt I., Nr. 3.1.2 wird um folgenden Spiegelstrich ergänzt:

- „- unter Abzug der zu erwartenden Vergütung für die Gebührenordnungspositionen 01410, 01413 und 01415. Die Partner der Gesamtverträge treffen geeignete Maßnahmen zur Vermeidung ungewollter Ausweitungen der Besuchstätigkeit nach den Gebührenordnungspositionen 01410, 01413 und 01415. Bestehende Vereinbarungen der Partner der Gesamtverträge zur Förderung dieser Leistungen bleiben unberührt.“

2. In Abschnitt I., Nr. 3.2.1 wird der zweite Absatz wie folgt ergänzt:

„Für Ärzte, die ihre vertragsärztliche Tätigkeit in Planungsbereichen ausüben, in denen gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung (Bedarfsplanungs-Richtlinie) für die jeweilige Arztgruppe Unterversorgung festgestellt worden ist bzw. die von Unterversorgung bedroht sind, findet die Fallzahlabstaffelung gemäß Absatz 1 keine Anwendung.“

3. In Abschnitt I., Nr. 3.5, erster Spiegelstrich wird bei der Aufzählung der Ausnahmetatbestände folgender Unterpunkt ergänzt:

„- der Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit in einem Planungsbereich, der für diese Arztgruppe von Unterversorgung betroffen bzw. von Unterversorgung bedroht ist und in dem die Sicherstellung der medizinischen Versorgung - auch nach Anwendung der Regelung gemäß Abschnitt I, Nr. 3.2.1, zweiter Absatz, Satz 3 - nicht in ausreichendem Maße gewährleistet ist.“

4. In Abschnitt I., Nr. 3.7 wird nach Satz 2 folgender Satz eingefügt:

„Ein besonderer Versorgungsauftrag kann sich aus der Besuchstätigkeit in der ärztlichen Betreuung in beschützenden Wohnheimen bzw. Einrichtungen bzw. Alten- oder Pflegeheimen ergeben.“

5. Anlage 3 zu Abschnitt I. wird wie folgt geändert:

Bei den dem qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen „Dringende Besuche“ zugeordneten Gebührenordnungspositionen wird jeweils die Gebührenordnungsposition „01415“ in der Spalte „Gebührenordnungspositionen des EBM“ bei allen von diesem qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen betroffenen Arztgruppen gestrichen.

## Teil B

### zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM)

---

1. **Änderung der Bewertung der Gebührenordnungspositionen 01410 und 01413 im Abschnitt 1.4 des EBM**

<b>Gebührenordnungsposition des EBM</b>	<b>Bewertung alt in Punkten</b>	<b>Bewertung neu in Punkten</b>
01410	440	600
01413	215	300

2. **Änderung der Prüfzeiten der Gebührenordnungspositionen 01410 und 01413 im Anhang 3**

<b>Gebührenordnungsposition des EBM</b>	<b>Prüfzeit „alt“ in Minuten</b>	<b>Prüfzeit „neu“ in Minuten</b>
01410	15	20
01413	5	7

## **BESCHLUSS**

### **des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 248. Sitzung am 25. Januar 2011**

### **zur Änderung des Beschlusses des Bewertungsausschusses zur Neuregelung der Zuschläge für die Erbringung von ärztlichen Leistungen in Berufsausübungsgemeinschaften**

**mit Wirkung zum 1. Juli 2011**

---

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 248. Sitzung am 25. Januar 2011 beschlossen, den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 218. Sitzung vom 26. März 2010, Teil F, zur Berechnung und zur Anpassung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen nach § 87b Abs. 2 und 3 SGB V (Amtliche Bekanntmachung: Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses am 30.03.2010 [www.institut-ba.de]; Deutsches Ärzteblatt, Jg. 107, Beilage zu Heft 16 vom 23.04.2010), zuletzt geändert durch Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 245. Sitzung am 22. Dezember 2010 (Amtliche Bekanntmachung: Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses am 27.12.2010 [www.institut-ba.de], Deutsches Ärzteblatt, Jg. 108, Heft 3 vom 21. Januar 2011, Seite A 125) wie folgt zu ändern:

1. In Abschnitt I., Nr. 1.3.1 wird im ersten Absatz der dritte Satz wie folgt neu gefasst:  
„Soweit im Folgenden der Kooperationsgrad berücksichtigt wird, ist dieser wie folgt definiert: Kooperationsgrad (KG) je Abrechnungsquartal in Prozent = ((RLV-relevante Arztfallzahl der Arztpraxis im Vorjahresquartal / Zahl der Behandlungsfälle gemäß 2.6, Satz 1 im Vorjahresquartal) – 1) \* 100.“

# B E S C H L U S S

**des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V**

**in seiner 218. Sitzung am 26. März 2010**

**[Lesefassung: Änderungen sind markiert]**

## **Teil F**

**Beschluss gemäß § 87b Abs. 4 Satz 1 SGB V  
zur Berechnung und zur Anpassung von arzt- und praxisbezogenen  
Regelleistungsvolumen nach § 87b Abs. 2 und 3 SGB V**

**geändert durch:**

**Beschluss in seiner 239. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung),  
in seiner 242. Sitzung am 24. November 2010,  
in seiner 245. Sitzung am 22. Dezember 2010 und  
in seiner 248. Sitzung am 25. Januar 2011**

**mit Wirkung zum 1. April 2011**

---

**I. Vorgaben des Bewertungsausschusses zur Berechnung und zur Anpassung  
von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen**

Zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der vertragsärztlichen Tätigkeit gibt der Gesetzgeber für die Vergütung der Ärzte arzt- und praxisbezogene Regelleistungsvolumen in § 87b SGB V vor. Auf Basis dieser Vorgaben beschließt der Bewertungsausschuss das folgende Verfahren zur Berechnung und zur Anpassung der Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen gemäß § 87b Abs. 4 Satz 1 SGB V.

Ausgangsgröße der Honorarverteilung ist die jeweils für das Abrechnungsquartal von den Krankenkassen mit befreiender Wirkung zu entrichtende morbiditätsbedingte Gesamtvergütung gemäß § 87a Abs. 3 Satz 1 SGB V. Die mit diesem Beschluss erfolgende Anpassung des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 22. September 2009 (amtliche Bekanntmachung: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 106, Heft 42 vom 16. Oktober 2009, Seiten A 2103 bis A 2112), geändert durch Beschlüsse des Bewertungsausschusses in seiner 215. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung; amtliche Bekanntmachung: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 107, Heft 9 vom 5. März 2010, Seite A 408) und in seiner 219. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung; amtliche Bekanntmachung: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 107, Heft 12 vom 26. März 2010, Seiten A 568f.) kann daher keine Nachschusspflicht der Krankenkassen begründen.

Dieser Beschluss ersetzt den Beschluss Teil F, Abschnitt I. des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 22. September 2009, geändert in der 215. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung) und in der 219. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung).

## **1. Grundsätze der Vergütung**

### **1.1 Vergütung für vertragsärztliche Leistungen**

- Die Vergütung der Ärzte erfolgt auf Basis der gemäß § 87a Abs. 2 Satz 6 SGB V zum jeweiligen Zeitpunkt gültigen regionalen Euro-Gebührenordnung.
- Zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der vertragsärztlichen Tätigkeit wird je Quartal und Arztpraxis eine abrechenbare Menge vertragsärztlicher Leistungen vorgegeben [Regelleistungsvolumen (RLV)], die mit den in der Euro-Gebührenordnung gemäß § 87a Abs. 2 SGB V enthaltenen Preisen zu vergüten ist.
- Wenn eine Arztpraxis die in Ziffer 3.3 i.V.m. Anlage 3 genannten Voraussetzungen erfüllt, kann unter Beachtung der Abrechnungsbestimmungen des EBM die Arztpraxis weitere vertragsärztliche Leistungen in qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV) abrechnen, die mit den in der Euro-Gebührenordnung gemäß § 87a Abs. 2 SGB V enthaltenen Preisen zu vergüten sind.
- Der abgestaffelte Preis für die das Regelleistungsvolumen und die qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen überschreitenden Leistungen ergibt sich gemäß Anlage 1.

### **1.2 Ermittlung**

#### **1.2.1 Quartalsbezug**

Die Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen werden von den Partnern der Gesamtverträge nach Maßgabe von 2. und 3. für das jeweilige Abrechnungsquartal ermittelt. Dabei legen die Partner der Gesamtverträge fest, ob der Bezug auf das Quartal unmittelbar oder jahresbezogen erfolgt.

#### **1.2.2 Arztbezug**

Die Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen werden nach Maßgabe von 2. und 3. je Arzt ermittelt.

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

Für Vertragsärzte, die mit mehreren Gebiets- und Schwerpunktbezeichnungen zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen sind, treffen die Partner der Gesamtverträge eine Regelung über die Höhe des zutreffenden Regelleistungsvolumens und ggf. der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen.

#### **1.2.3 Tätigkeitsumfang**

Bei der Ermittlung des Regelleistungsvolumens und ggf. der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen eines Arztes ist der Umfang seiner Tätigkeit lt. Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid zu berücksichtigen.

### **1.3 Zuweisung**

#### **1.3.1 Arztpraxisbezogene Zuweisung der Regelleistungsvolumen [gültig bis 30. Juni 2011]**

Die Zuweisung der Regelleistungsvolumen erfolgt praxisbezogen. Dabei ergibt sich die Höhe des Regelleistungsvolumens einer Arztpraxis aus der Addition der Regelleistungsvolumen je Arzt, die in der Arztpraxis tätig sind.

Zur Förderung der vertragsärztlichen Versorgung in Berufsausübungsgemeinschaften wird das praxisbezogene Regelleistungsvolumen

- a) für fach- und schwerpunktgleiche Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten der gleichen Arztgruppe um 10 Prozent erhöht,
- b) für fach- und schwerpunktübergreifende Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinische Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten anderer Arztgruppen bzw. Schwerpunkte um 5 % je Arztgruppe bzw. Schwerpunkt, für jede weitere Arztgruppe bzw. Schwerpunkt um 2,5 %, jedoch insgesamt höchstens um 40 % erhöht. Ärzte mit mehreren Gebiets- und Schwerpunktbezeichnungen werden nur mit einem Gebiet oder Schwerpunkt berücksichtigt.

### **1.3.1 Arztpraxisbezogene Zuweisung der Regelleistungsvolumen [gültig ab 1. Juli 2011]**

Die Zuweisung der Regelleistungsvolumen erfolgt praxisbezogen. Dabei ergibt sich die Höhe des Regelleistungsvolumens einer Arztpraxis aus der Addition der Regelleistungsvolumen je Arzt, der in der Arztpraxis tätig ist. Soweit im Folgenden der Kooperationsgrad berücksichtigt wird, ist dieser wie folgt definiert: Kooperationsgrad (KG) je Abrechnungsquartal in Prozent =  $\left( \frac{\text{Summe Arztfälle (AF) im Vorjahresquartal}}{\text{Summe Behandlungsfälle (BHF) im Vorjahresquartal}} - 1 \right) * 100$ . RLV-relevante Arztfallzahl der Arztpraxis im Vorjahresquartal / Zahl der Behandlungsfälle gemäß 2.6. Satz 1 im Vorjahresquartal

Zur Förderung der vertragsärztlichen Versorgung in Berufsausübungsgemeinschaften wird das praxisbezogene Regelleistungsvolumen

- a) bei nicht standortübergreifenden fach- und schwerpunktgleichen Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten der gleichen Arztgruppe um 10 Prozent erhöht,
- b) bei standortübergreifenden fach- und schwerpunktgleichen Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten der gleichen Arztgruppe um 10 Prozent erhöht, soweit ein Kooperationsgrad von mindestens 10% erreicht wird,
- c) in fach- und schwerpunktübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten, in denen mehrere Ärzte unterschiedlicher Arztgruppen gemäß Anlage 2 tätig sind, wird das Regelleistungsvolumen unter Berücksichtigung des Kooperationsgrades der Einrichtung oder Praxis um die in nachstehender Tabelle in Prozent ausgewiesenen Anpassungsfaktoren erhöht.

<i>Kooperationsgrad (KG) in Prozent</i>	<i>Anpassungsfaktor in Prozent</i>
<i>0 bis unter 10</i>	<i>0</i>
<i>10 bis unter 15</i>	<i>10</i>
<i>15 bis unter 20</i>	<i>15</i>
<i>20 bis unter 25</i>	<i>20</i>
<i>25 bis unter 30</i>	<i>25</i>
<i>30 bis unter 35</i>	<i>30</i>
<i>35 bis unter 40</i>	<i>35</i>
<i>40 und größer</i>	<i>40</i>

*Die Zuschläge nach a) bis c) werden aus dem Vergütungsvolumen gemäß 3.1.2, 5. Spiegelstrich vergütet. Über das Verfahren bei Über- und Unterschreitung des Vergütungsvolumens einigen sich die Partner der Gesamtverträge unter Beachtung des Grundsatzes gemäß I., zweiter Absatz.*

*Der Bewertungsausschuss wird die Auswirkungen dieser Regelung zeitnah überprüfen. Das Institut des Bewertungsausschusses wird beauftragt, die Auswirkungen der Regelungen gem. Nr. 1.3.1 insbesondere im Hinblick auf das Volumen der Zuschläge, die Auswirkungen auf die RLV-Fallwerte, die Fallzahlen und den Kooperationsgrad auf Basis der Abrechnungsdaten der Quartale 3/2011 und 4/2011 zu analysieren und dem Bewertungsausschuss bis zum 15. Juli 2012 die Ergebnisse dieser Analyse vorzulegen.*

*Der Bewertungsausschuss beauftragt das Institut des Bewertungsausschusses weiterhin, einen Regelungsvorschlag zur angemessenen Berücksichtigung von qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen in fach- und schwerpunktübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten, in denen mehrere Ärzte unterschiedlicher Arztgruppen gemäß Anlage 2 tätig sind, bis zum 28. Februar 2011 vorzulegen. Bis zu einer Beschlussfassung des Bewertungsausschusses können die Partner des Gesamtvertrages einvernehmliche Regelungen zu einer Anwendung der Zuschläge nach a) bis c) auch auf die qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen treffen.“*

### **1.3.2 Arztpraxisbezogene Zuweisung qualifikationsgebundener Zusatzvolumen**

Die Zuweisung der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen erfolgt praxisbezogen, wenn mindestens einer der Ärzte, die in der Arztpraxis tätig sind, über die Voraussetzung gemäß Ziffer 3.3 i.V.m. Anlage 3 für das jeweilige qualifikationsgebundene Zusatzvolumen verfügt. Dabei ergibt sich die Höhe des jeweiligen qualifikationsgebundenen Zusatzvolumens aus der Addition der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen je zur Abrechnung der entsprechenden Leistungen berechtigtem Arzt (unabhängig vom Zulassungsstatus), der in der Arztpraxis tätig ist.

### **1.4 Abrechnung**

Den einer Arztpraxis zugewiesenen Regelleistungsvolumen und ggf. zugewiesenen qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen steht die in der Arztpraxis abgerechnete

Leistungsmenge insgesamt gegenüber, d. h. sofern das einer Arztpraxis zugewiesene Regelleistungsvolumen nicht ausgeschöpft ist, kann das noch zur Verfügung stehende Honorarvolumen mit Leistungen aus dem zugewiesenen qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen ausgefüllt werden und umgekehrt. Es sind auch die Leistungen zu berücksichtigen, die von den beteiligten Vertragsärzten ggf. in Teilberufsausübungsgemeinschaften erbracht werden.

## **2. Benennung der Ärzte, Leistungen und Fälle, die von der Steuerung durch Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen erfasst sind**

### **2.1 Ärzte und Arztgruppen**

Regelleistungsvolumen kommen für Ärzte der in Anlage 2 genannten Arztgruppen zur Anwendung.

Qualifikationsgebundene Zusatzvolumen kommen für die in Anlage 3 aufgeführten ggf. im Gesamtvertrag modifizierten Arztgruppen und Leistungen zur Anwendung. Die Partner der Gesamtverträge können Zusammenfassungen von qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen in der Anlage 3 auch mit den Regelleistungsvolumen sowie qualifikationsgebundene Zusatzvolumen für weitere Leistungen und Arztgruppen vereinbaren.

Ermächtigte Krankenhausärzte sowie ermächtigte Krankenhäuser, Einrichtungen oder Institutionen erhalten ein Regelleistungsvolumen nach dem mit der Ermächtigung begründeten Versorgungsauftrag, es sei denn, die Partner der Gesamtverträge haben gleichwertige andere Maßnahmen zur Steuerung der Leistungen für ermächtigte Krankenhausärzte sowie ermächtigte Krankenhäuser, Einrichtungen oder Institutionen vereinbart. Über das Verfahren der Umsetzung einigen sich die Partner der Gesamtverträge.

### **2.2 Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung**

Die Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen nach Nr. 1.3 und 2.1 in Beschluss Teil B des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 2. September 2009 sowie Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen, die sich aus Vereinbarungen der Partner der Gesamtverträge nach § 87a Abs. 3 Satz 5, 2. Halbsatz SGB V ergeben, unterliegen nicht dem Regelleistungsvolumen.

### **2.3 Besonders förderungswürdige Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen**

Die Partner der Gesamtverträge können gemäß § 87b Abs. 2 Satz 7 SGB V vereinbaren, dass besonders förderungswürdige Leistungen außerhalb der Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen vergütet werden.

### **2.4 Vergütung und Steuerung psychotherapeutischer Leistungen**

Die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM von Ärzten der in § 87b Abs. 2 Satz 6 SGB V genannten Arztgruppen werden aus dem Vergütungsanteil gemäß Anlage 4, Anhang 1, Schritt 17. unter Berücksichtigung der für diesen Leistungsbereich im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung erfolgenden Zahlungen mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet, wobei für die in 4.1 genannten Arztgruppen, bei denen diese Leistungen der Steuerung durch die zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen unterliegen, nur die Leistungen bis zur zeitbezogenen Kapazitätsgrenze gemäß 4.2.1 zu berücksichtigen sind. Über das Verfahren bei Über- und Unterschreitung des Vergütungsvolumens einigen sich die Partner der Gesamtverträge unter Beachtung des Grundsatzes gemäß I., zweiter Absatz.

Die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM von Ärzten aus nicht in § 87b Abs. 2 Satz 6 SGB V genannten Arztgruppen werden mit qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen aus dem arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen gemäß 3.1.3 vergütet. Wird die Höhe des einer Arztpraxis zugewiesenen Regelleistungsvolumens und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumens überschritten, erfolgt die Vergütung mit abgestaffelten Preisen gemäß 1.1.

Die nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen von Ärzten gemäß 4.1 werden innerhalb der zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen aus dem entsprechenden arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen gemäß 3.1.3 vergütet. Wird die Höhe der arztgruppenspezifischen zeitbezogenen Kapazitätsgrenze überschritten, erfolgt die Vergütung mit abgestaffelten Preisen gemäß 1.1.

Die nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der Abschnitte 35.1 und 35.3 EBM von Ärzten aus nicht in 4.1 aufgeführten Arztgruppen werden mit qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen aus dem entsprechenden arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen gemäß 3.1.3 vergütet. Wird die Höhe des einer Arztpraxis zugewiesenen Regelleistungsvolumen und der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen überschritten, erfolgt die Vergütung mit abgestaffelten Preisen gemäß 1.1.

## **2.5 Vergütung und Steuerung von Leistungen im Vorwegabzug**

### **2.5.1 Vergütung und Steuerung der Labor-Konsiliar- und -Grundpauschale (Gebührenordnungspositionen 12210 und 12220), der Grundpauschale für zur Abrechnung von Leistungen und Kostenerstattungen des Kapitels 32 ermächtigte Ärzte, Einrichtungen, Krankenhäuser und Institutionen (Gebührenordnungsposition 01320) sowie laboratoriumsmedizinischer Leistungen und Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM**

Die Konsiliar- und Grundpauschale für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin und ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin bei Probeneinsendungen (Gebührenordnungspositionen 12210 und 12220), der Grundpauschale für zur Abrechnung von Leistungen und Kostenerstattungen des Kapitels 32 ermächtigte Ärzte, Einrichtungen, Krankenhäuser und Institutionen (Gebührenordnungsposition 01320) sowie Leistungen und Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM werden aus dem Vergütungsvolumen gemäß Anlage 4, Anhang 1, Schritt 18. unter Berücksichtigung der für diesen Leistungsbereich im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung erfolgenden Zahlungen vergütet. Über das Verfahren bei Über- und Unterschreitung des Vergütungsvolumens einigen sich die Partner der Gesamtverträge unter Beachtung des Grundsatzes gemäß I., zweiter Absatz.

Die Gebührenordnungsposition 32001 für die wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen des Kapitels 32 wird immer zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet.

### **2.5.2 Vergütung und Steuerung von Leistungen des organisierten Notfalldienstes und der Notfallbehandlungen durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser**

Leistungen des organisierten Notfalldienstes und der Notfallbehandlungen durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser während der Zeiten des organisierten Notdienstes gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 17. Sitzung am 16. Dezember 2009 werden aus dem Vergütungsvolumen gemäß Anlage 4, Anhang 1, Schritt 19. unter Berücksichtigung der für diesen Leistungsbereich im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung erfolgenden Zahlungen vergütet. Über das Verfahren bei Über- und Unterschreitung des

Vergütungsvolumens einigen sich die Partner der Gesamtverträge unter Beachtung des Grundsatzes gemäß I., zweiter Absatz.

### **2.5.3 Vergütung und Steuerung pathologischer Leistungen des Kapitels 19 EBM bei Probeneinsendungen**

Pathologische Leistungen des Kapitels 19 EBM werden aus dem Vergütungsvolumen gemäß 3.1.2, dritter Spiegelstrich vergütet, sofern sie zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen überwiesen werden. Über das Verfahren bei Über- und Unterschreitung des Vergütungsvolumens einigen sich die Partner der Gesamtverträge unter Beachtung des Grundsatzes gemäß I., zweiter Absatz.

### **2.5.4 Vergütung und Steuerung der Kostenpauschalen gemäß Kapitel 40 EBM**

Die innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanzierten Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM werden aus dem Vergütungsvolumen gemäß 3.1.2, vierter Spiegelstrich vergütet. Über das Verfahren bei Über- und Unterschreitung des Vergütungsvolumens einigen sich die Partner der Gesamtverträge unter Beachtung des Grundsatzes gemäß I., zweiter Absatz.

### **2.5.5 Vergütung und Steuerung humangenetischer Leistungen des Kapitels 11 EBM bei Probeneinsendungen**

Humangenetische Leistungen des Kapitels 11 EBM werden aus dem Vergütungsvolumen gemäß 3.1.2, 8. Spiegelstrich vergütet, sofern sie zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen überwiesen werden. Über das Verfahren bei Über- und Unterschreitung des Vergütungsvolumens einigen sich die Partner der Gesamtverträge unter Beachtung des Grundsatzes I., 2. Absatz.

## **2.6 Für Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundene Zusatzvolumen relevante Fälle**

Für Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundene Zusatzvolumen relevante Fälle sind kurativ-ambulante Behandlungsfälle gemäß § 21 Abs. 1 und Abs. 2 BMV-Ä bzw. § 25 Abs. 1 und Abs. 2 EKV, ausgenommen Notfälle im organisierten Notfalldienst und Überweisungsfälle zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen und Fälle, in denen ausschließlich Leistungen und Kostenerstattungen, die gemäß 2.2 bis 2.5 nicht dem Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen unterliegen, abgerechnet werden.

Zur Umsetzung des Arztbezuges gemäß Nr. 1.2.2 ist die Bemessung des Regelleistungsvolumens mit den RLV-Fällen vorgegeben.

- a) In Einzelpraxen entspricht die Zahl der RLV-Fälle der Zahl der Behandlungsfälle gemäß Satz 1.
- b) In Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten entspricht die Zahl der RLV-Fälle eines Arztes der Zahl der Behandlungsfälle gemäß Satz 1 der Arztpraxis multipliziert mit seinem Anteil an der RLV-relevanten Arztfallzahl der Praxis. Sofern möglich, kann die RLV-Fallzahl je Arztgruppe in einer Arztpraxis ermittelt werden.

Die Summe der RLV-Fälle einer Arztpraxis entspricht damit immer der Anzahl der RLV-relevanten Behandlungsfälle gemäß Satz 1 der Arztpraxis.

## **3. Festsetzung der Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen**

### **3.1.1 Versorgungsbereichsspezifisches Verteilungsvolumen**

Die zutreffende kassenübergreifende unbereinigte morbiditätsbedingte Gesamtvergütung gemäß dem für das entsprechende Abrechnungsquartal geltenden Beschluss des (Erweiterten) Bewertungsausschusses stellt die Ausgangsgröße für die Ermittlung und Festsetzung der Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen dar. Diese Ausgangsgröße wird auf den

haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich gemäß Anlage 4 verteilt. Es entsteht jeweils ein haus- bzw. fachärztliches (versorgungsbereichsspezifisches) Verteilungsvolumen.

### 3.1.2 Versorgungsbereichsspezifisches RLV-Verteilungsvolumen

Für den jeweiligen Versorgungsbereich wird als weitere Ausgangsgröße das versorgungsbereichsspezifische RLV-Verteilungsvolumen gebildet

- unter Berücksichtigung der zu erwartenden Zahlungen im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 75 Abs. 7 und 7a SGB V,
- unter Abzug der durch die Partner der Gesamtverträge festgesetzten Rückstellungen entsprechend dem jeweils gültigen Beschluss des (Erweiterten) Bewertungsausschusses
- unter Abzug der Vergütung für pathologische Leistungen des Kapitels 19 EBM als Überweisungsfälle zur Durchführung von Probenuntersuchungen,
- unter Abzug der Vergütung für innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanzierten Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM,
- unter Abzug der zu erwartenden Zahlungen für den Aufschlag bei Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Arztpraxen mit angestellten Ärzten,
- unter Abzug von 2 % des versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumens für abgestaffelt zu vergütenden Leistungen,
- unter Abzug des gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses nach 5. vereinbarten Vergütungsvolumens, sowie
- unter Abzug der Vergütung für humangenetische Leistungen des Kapitels 11 EBM als Überweisungsfälle zur Durchführung von Probenuntersuchungen sowie
- unter Abzug der zu erwartenden Vergütung für die Gebührenordnungspositionen 01410, 01413 und 01415. Die Partner der Gesamtverträge treffen geeignete Maßnahmen zur Vermeidung ungewollter Ausweitungen der Besuchstätigkeit nach den Gebührenordnungspositionen 01410, 01413 und 01415. Bestehende Vereinbarungen der Partner der Gesamtverträge zur Förderung dieser Leistungen bleiben unberührt.

### 3.1.3 Arztgruppenspezifisches Verteilungsvolumen

Das versorgungsbereichsspezifische RLV-Verteilungsvolumen wird gemäß Anlage 5 jeweils auf die entsprechenden Arztgruppen gemäß Anlage 2 und Beschluss Teil F, Abschnitt I., Nr. 4.1 verteilt. Es entsteht jeweils ein arztgruppenspezifisches Verteilungsvolumen.

### 3.1.4 Arztgruppenspezifische Vergütungsbereiche

Das arztgruppenspezifische Verteilungsvolumen wird gemäß Anlage 6 jeweils auf nachfolgende arztgruppenspezifische Vergütungsbereiche aufgeteilt:

- Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der Regelleistungsvolumen und
- Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen.

Vereinbaren die Partner der Gesamtverträge Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen gemäß 2.3 als besonders förderungswürdig, so ist ein entsprechender zusätzlicher Vergütungsbereich aus dem arztgruppenspezifischen

Verteilungsvolumen zu bilden. Über das Verfahren einigen sich die Partner der Gesamtverträge.

### **3.2 Ermittlung der Regelleistungsvolumen je Arzt**

#### **3.2.1 Regelleistungsvolumen (RLV)**

Jeder Arzt einer Arztgruppe gemäß Anlage 2 erhält ein arztgruppenspezifisches Regelleistungsvolumen. Die Höhe des Regelleistungsvolumens eines Arztes ergibt sich für die in Anlage 2 benannten Arztgruppen aus der Multiplikation des zum jeweiligen Zeitpunkt gültigen KV-bezogenen arztgruppenspezifischen Fallwertes ( $FW_{AG}$ ) gemäß Anlage 7 und der RLV-Fallzahl des Arztes gemäß 2.6 im Vorjahresquartal. Der für einen Arzt zutreffende arztgruppenspezifische Fallwert nach Satz 2 wird für jeden über 150 % der durchschnittlichen RLV-Fallzahl der Arztgruppe gemäß 2.3 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.

Aus Sicherstellungsgründen kann im Einzelfall von der Minderung des Fallwertes abgewichen werden. Über das Verfahren der Umsetzung einigen sich die Partner der Gesamtverträge. Für Ärzte, die ihre vertragsärztliche Tätigkeit in Planungsbereichen ausüben, in denen gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung (Bedarfsplanungs-Richtlinie) für die jeweilige Arztgruppe Unterversorgung festgestellt worden ist bzw. die von Unterversorgung bedroht sind, findet die Fallzahlabstaffelung gemäß Absatz 1 keine Anwendung.

Die Partner der Gesamtverträge können abweichend von der Vorgabe eines einheitlichen arztgruppenspezifischen Fallwertes gemäß Anlage 7 eine Differenzierung in Gruppen von Ärzten mit unterschiedlich hohem Leistungsbedarf in 2008 der in dem Regelleistungsvolumen enthaltenen Leistungen vornehmen.

Die Partner der Gesamtverträge vereinbaren geeignete Maßnahmen zur Steuerung der RLV-Fallzahl.

#### **3.2.2 Berücksichtigung der Morbidität im Regelleistungsvolumen**

Der Bewertungsausschuss stellt fest, dass das Kriterium Geschlecht sich nicht zur Abbildung der Morbidität eignet, da das abgerechnete Volumen durch dieses Kriterium nicht signifikant beeinflusst wird. Zur Berücksichtigung des Morbiditätskriteriums Alter ist das RLV gemäß 3.2.1 unter Berücksichtigung der Versicherten nach Altersklassen gemäß Anlage 7, Nr. 3 zu ermitteln.

### **3.3 Ermittlung der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen je Arzt**

Für die in Anlage 3 aufgeführten Leistungsbereiche werden qualifikationsgebundene Zusatzvolumen gebildet. Ein Arzt hat Anspruch auf die arztgruppenspezifischen qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen, wenn

- er mindestens eine Leistung des entsprechenden qualifikationsgebundenen Zusatzvolumens im jeweiligen Vorjahresquartal erbracht hat und
- er die zutreffende Gebiets- bzw. Schwerpunktbezeichnung führt. Unterliegt die Voraussetzung zur Erbringung von in qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen aufgeführten Leistungen einer Qualifikation nach § 135 Abs. 2 SGB V, § 137 SGB V oder dem Führen einer Zusatzbezeichnung ist der Nachweis zusätzlich erforderlich oder

- die Versorgung der Versicherten mit einer Leistung des qualifikationsgebundenen Zusatzvolumens aus Sicherstellungsgründen notwendig ist und/oder
- die Partner der Gesamtverträge andere Regelungen vereinbart haben (z. B. für Neupraxen).

Die Partner der Gesamtverträge können abweichend von der Vorgabe eines für alle berechtigten Ärzte einheitlichen qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen eine Differenzierung in Gruppen von Ärzten mit unterschiedlich hohem Leistungsbedarf in 2008 der in einem qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen enthaltenen Leistungen oder gemäß § 136 Abs. 4 SGB V vornehmen.

Die Partner der Gesamtverträge können Zusammenfassungen von qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen in der Anlage 3 auch mit den Regelleistungsvolumen sowie qualifikationsgebundene Zusatzvolumen für weitere Leistungen und Arztgruppen vereinbaren.

Die Berechnung der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen erfolgt je Arzt oder je Fall gemäß Anlage 8. Von der in Anlage 8 beschriebenen Berechnung können die Partner der Gesamtverträge abweichen, wenn im Falle einer niedrigen Anzahl der für ein qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen berechtigten Ärzte eine statistische Ermittlung nicht mehr vertretbar ist. In diesem Fall können sie von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bundesweit ermittelte Werte für die entsprechenden qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen verwenden. Über das Verfahren zur Umsetzung der Berechnung der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen einigen sich die Partner der Gesamtverträge.

### **3.4 Unvorhersehbarer Anstieg der Morbidität**

Nachzahlungen von Krankenkassen aufgrund des in Beschluss Teil E des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 2. September 2009 festgelegten Verfahrens zur Bestimmung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 3 Satz 4 SGB V führen ggf. zu Nachzahlungen im Rahmen der Honorarbescheidung der Abrechnungs quartale nach den angeforderten Leistungen.

### **3.5 Kriterien zur Ausnahme von der Abstufelung**

Auf Antrag des Arztes und nach Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung können Leistungen über das arzt-/praxisbezogene Regelleistungsvolumen hinaus mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet werden. Über das Verfahren der Umsetzung einigen sich die Partner der Gesamtverträge.

- Bei einer außergewöhnlich starken Erhöhung der Zahl der behandelten Versicherten aufgrund
  - Urlaubs- und krankheitsbedingte Vertretung eines Arztes der eigenen Berufsausübungsgemeinschaft
  - Urlaubs- und krankheitsbedingte Vertretung eines Arztes einer Arztpraxis in der näheren Umgebung der Arztpraxis
  - Aufgabe einer Zulassung oder genehmigten Tätigkeit eines Arztes der eigenen Berufsausübungsgemeinschaft
  - Aufgabe einer Zulassung oder genehmigten Tätigkeit eines Arztes in der näheren Umgebung der Arztpraxis
  - eines außergewöhnlichen und/oder durch den Arzt unverschuldeten Grundes, der zu einer niedrigeren Fallzahl des Arztes im Aufsatzquartal geführt hat. Hierzu zählt z. B. Krankheit des Arztes.

- der Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit in einem Planungsbereich, der für diese Arztgruppe von Unterversorgung betroffen bzw. von Unterversorgung bedroht ist und in dem die Sicherstellung der medizinischen Versorgung – auch nach Anwendung der Regelung gemäß Abschnitt I., Nr. 3.2.1, zweiter Absatz, Satz 3 – nicht in ausreichendem Maße gewährleistet ist.

### **3.6 Regelleistungsvolumen bei Neuzulassung und Umwandlung der Kooperationsform**

Die Partner der Gesamtverträge beschließen für Neuzulassungen von Vertragsärzten, Praxen in der Anfangsphase und Umwandlung der Kooperationsform Anfangs- und Übergangsregelungen. Über das Verfahren der Umsetzung einigen sich die Partner der Gesamtverträge.

### **3.7 Praxisbesonderheiten**

Die Praxisbesonderheiten werden zwischen den Partnern der Gesamtverträge geregelt. Praxisbesonderheiten ergeben sich aus einem besonderen Versorgungsauftrag oder einer besonderen, für die Versorgung bedeutsamen fachlichen Spezialisierung. Über das Verfahren der Umsetzung einigen sich die Partner der Gesamtverträge. Ein besonderer Versorgungsauftrag kann sich aus der Besuchstätigkeit in der ärztlichen Betreuung in beschützenden Wohnheimen bzw. Einrichtungen bzw. Alten- oder Pflegeheimen ergeben.

### **3.8 Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten**

Die Partner der Gesamtverträge können geeignete Maßnahmen zur Vermeidung überproportionaler Honorarverluste vereinbaren, sofern die Honorarminderung mit der Umstellung der Mengensteuerung auf die neue Systematik oder dadurch begründet ist, dass die Partner der Gesamtverträge bisherige Regelungen zu den sogenannten extrabudgetären Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen nicht fortgeführt haben.

### **3.9 Information durch die Kassenärztliche Vereinigung**

Die Kassenärztliche Vereinigung informiert quartalsweise die Krankenkassen über die Zuweisung der Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen an die Arztpraxis gemäß 1.3.

## **4. Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen**

### **4.1 Anwendungsbereich**

Abweichend von den Regelungen für Arztgruppen gemäß Anlage 2 werden für

- Psychologische Psychotherapeuten
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
- Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie
- andere ausschließlich psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte gemäß den Kriterien der Bedarfsplanungsrichtlinien

zeitbezogene Kapazitätsgrenzen je Quartal durch die Kassenärztlichen Vereinigungen jedem Arzt zugewiesen, um eine übermäßige Ausdehnung der psychotherapeutischen Tätigkeit zu verhindern.

Die Summe der Leistungen mit einer abgerechneten ärztlichen bzw. therapeutischen Zuwendungszeit gemessen nach den Prüfzeiten der Leistungen des Anhangs 3 zum Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) in der gültigen Fassung sind bis zu der gemäß 4.2 ermittelten zeitbezogenen Kapazitätsgrenze je Arzt mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung zu vergüten.

Überschreitet die abgerechnete ärztliche bzw. therapeutische Zuwendungszeit gemessen nach den Prüfzeiten der Leistungen des Anhangs 3 zum Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) in der gültigen Fassung die gemäß 4.2 ermittelte zeitbezogene Kapazitätsgrenze je Arzt, so werden diese Leistungen maximal bis zur 1,5-fachen zeitbezogenen Kapazitätsgrenze mit den abgestaffelten Preisen nach 1.1 vergütet.

#### **4.2 Ermittlung und Festsetzung der Kapazitätsgrenzen**

##### **4.2.1 Antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen der Psychotherapie**

Als Anteil der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze für die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der in 4.1 genannten Arztgruppen werden je Arzt 27.090 Minuten je Abrechnungsquartal festgelegt.

##### **4.2.2 Nicht antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen**

Als Anteil der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze für die nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der in 4.1 genannten Arztgruppen wird die arztgruppenspezifische, durchschnittlich abgerechnete ärztliche bzw. therapeutische Zuwendungszeit je Arzt gemessen nach den Prüfzeiten der Leistungen des Anhangs 3 zum Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) in der gültigen Fassung ermittelt.

##### **4.2.3 Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen**

Je Arzt bzw. Psychotherapeut der in 4.1 genannten Arztgruppen ergibt sich die zeitbezogene Kapazitätsgrenze aus der Addition der Werte in 4.2.1 und 4.2.2.

#### **4.3 Finanzierung der Leistungen innerhalb der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze**

Für die Umsetzung der Vergütung der antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen sowie der nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen bis zur zeitbezogenen Kapazitätsgrenze mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung ist ein Vergütungsvolumen aus der Summe der Vergütungsvolumen gemäß Abschnitt I, Nr. 2.4, erster Absatz sowie dem für die in 4.1 genannten Arztgruppen ermittelten arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen gemäß Abschnitt I, 3.1.3 zu bilden. Über das Verfahren bei Über- und Unterschreitung des Vergütungsvolumens nach Satz 1 einigen sich die Partner der Gesamtverträge unter Beachtung des Grundsatzes gemäß I., zweiter Absatz, der gesetzlichen Vorgaben des §87b Abs. 2 Satz 6 SGB V und der Rechtsprechung des BSG.

#### **5. Bereinigung des Regelleistungsvolumens bei Selektivverträgen**

Der (Erweiterte) Bewertungsausschuss hat in separaten Beschlüssen ein konkretes Verfahren zur Ermittlung des zu bereinigenden Behandlungsbedarfs bei Beitritt eines Versicherten zu einem Vertrag gemäß §§ 73b, 73c und 140d SGB V sowie zur damit verbundenen Bereinigung der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen festgelegt.

## **II. Konvergenzphase für die Steuerung der Auswirkungen der Umsetzung des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung, insbesondere Teil F, Beschluss zur Berechnung und zur Anpassung der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen nach § 87b Abs. 2 und 3 SGB V**

1. Zur Vermeidung von überproportionalen Honorarverlusten und zur Sicherung der flächendeckenden Versorgung mit vertragsärztlichen Leistungen können die Partner der Gesamtverträge<sup>1</sup> einvernehmlich und zeitlich begrenzt bis zum 31. Dezember

---

<sup>1</sup> Die Bezeichnung „Partner der Gesamtverträge“ bezieht sich auf die Kassenärztlichen Vereinigungen sowie gemeinsam und einheitlich die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen.

2011 ein Verfahren zur schrittweisen Anpassung der Steuerung der vertragsärztlichen Leistungen, insbesondere der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen (Konvergenzverfahren) beschließen, sofern diese Honorarverluste durch die Umstellung der Steuerung auf die neue Systematik begründet sind.

Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, die außerhalb der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen vergütet werden, können – soweit dies nicht bereits gemäß Abschnitt I. dieses Beschlusses erfolgt – einer Steuerung unterzogen werden, um einer nachteiligen Auswirkung auf die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zu Lasten anderer Ärzte oder Arztgruppen (z. B. durch Mengenentwicklung) entgegenzuwirken. Dies gilt auch für Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, welche von Arztgruppen erbracht werden, die nicht dem Regelleistungsvolumen unterliegen.

Für den Fall, dass es für Kostenerstattungen des Abschnitts 32.2 Verlagerungen zwischen dem haus- und dem fachärztlichen Versorgungsbereich aufgrund der zum 1. Oktober 2008 in Kraft getretenen Laborreform gibt, treffen die Partner der Gesamtverträge geeignete Maßnahmen, die sicherstellen, dass es nicht zu – durch die Laborreform bedingten – finanziellen Verwerfungen zwischen den Versorgungsbereichen kommt.

2. Soweit die Partner der Gesamtverträge ein Verfahren nach 1. beschließen, wird dieses mit dem Ziel einer schrittweisen Anpassung der Steuerung der vertragsärztlichen Leistungen, insbesondere der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen an die sich aus der Beschlussfassung des Erweiterten Bewertungsausschusses zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung ergebenden Vorgaben ausgestaltet.
3. Für die Vergütung der antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der Richtlinien-Psychotherapie der in § 87b Abs. 2 Satz 6 SGB V genannten Ärzte und Psychotherapeuten sind die gesetzlichen Vorgaben, die Rechtsprechung des BSG und die in Abschnitt I., Ziffer 4. genannten Vorschriften zwingend zu beachten.
4. Weiterhin ist Anlage 4 zur Trennung der Anteile der hausärztlichen und fachärztlichen Vergütung zu beachten.
5. Bestehende Differenzen zwischen der sich aus der jeweiligen Beschlussfassung des (Erweiterten) Bewertungsausschusses ergebenden Steuerung der vertragsärztlichen Leistungen insbesondere der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen sowie der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen und der aus dem regionalen Verfahren nach 1. ergebenden Steuerung der vertragsärztlichen Leistungen sind in quartalsweise erfolgenden Schritten bis zum 31. Dezember 2011 vollständig aufzuheben.
6. Hierzu sind im Interesse einer größtmöglichen Transparenz die durch die Gesamtvertragspartner beschlossenen Regelungen nach Ziffer 1. bis 4., die auf dieser Grundlage getroffenen Maßnahmen und ihre Auswirkungen im Vergleich zur Umsetzung der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen und der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen entsprechend den unveränderten Vorgaben der Beschlüsse des (Erweiterten) Bewertungsausschusses analog den Regelungen in Abschnitt III. dieses Beschlusses durch die Kassenärztliche Vereinigung zu dokumentieren und an die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen sowie über die Kassenärztliche Bundesvereinigung an das Institut des Bewertungsausschusses und den GKV-Spitzenverband zu übermitteln.
7. Die Regelungen unter den Ziffern 1. bis 5. lösen keine Nachschusspflicht der Krankenkassen aus und sind nicht schiedsfähig. Bei der Bildung von Rückstellungen gemäß dem jeweils gültigen Beschluss des (Erweiterten) Bewertungsausschusses und bei den Vorwegabzügen gemäß Abschnitt 1, Ziffer 3.1.2 sind die Auswirkungen

der Anwendung von Ziffern 1. bis 4. zum Zwecke der Vermeidung von Unterdeckungen zu berücksichtigen.

8. Die Regelungen nach den Ziffern 1. bis 7. schreiben den Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 9. Sitzung am 15. Januar 2009 zur Umsetzung und Weiterentwicklung der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen nach § 87b Abs. 2 und 3 SGB V (Teil A), geändert durch den Erweiterten Bewertungsausschuss in seiner 10. Sitzung am 27. Februar 2009, ergänzt durch den Bewertungsausschuss in seiner 180. Sitzung (Teil B) am 20. April 2009 sowie fortgeschrieben durch den Bewertungsausschuss in seiner 199. Sitzung am 22. September 2009, geändert in der 215. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung), fort und ersetzen diesen mit Wirkung ab 1. Juli 2010.

### **III. Information der Kassenärztlichen Vereinigungen über die Zuweisung und Auslastung der Regelleistungsvolumen, qualitätsgebundenen Zusatzvolumen und zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen**

In Abschnitt I., Ziffer 3.9 ist grundsätzlich beschlossen, dass die Kassenärztliche Vereinigung quartalsweise die Krankenkassen über die Zuweisung der Regelleistungsvolumen und qualitätsgebundenen Zusatzvolumen an den Arzt oder die Arztpraxis gemäß der Vorgaben des Beschlusses informiert. Für die Konkretisierung der Umsetzung dieser Information fasst der Bewertungsausschuss folgenden Beschluss zum Nachweis und zur Auslastung der Regelleistungsvolumen, qualitätsgebundenen Zusatzvolumen und zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen.

Zur Information über die Zuweisung der Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen an den Arzt oder die Arztpraxis sowie der zeitgebundenen Kapazitätsgrenzen gemäß Abschnitt I., Ziffer 4 an den Arzt bzw. Psychotherapeuten und über die Verwendung der bei der Ermittlung eingestellten Beträge übermitteln die Kassenärztlichen Vereinigungen an die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen sowie über die Kassenärztliche Bundesvereinigung an das Institut des Bewertungsausschusses und den GKV-Spitzenverband bis zum Ende des 5. Monats nach Abschluss des jeweiligen Abrechnungsquartals Daten gemäß dem für das jeweilige Quartal geltenden Beschluss des Bewertungsausschusses zur elektronischen Übermittlung von RLV-Transparenzdaten.

### **IV. Auswirkungen der Regelungen in den Abschnitten I. bis III.**

Der Bewertungsausschuss wird die Vorgaben in den Abschnitten I. bis III. dieses Beschlusses insgesamt überprüfen und ggf. Änderungen beschließen, insbesondere hinsichtlich

- der Zuweisung der Regelleistungsvolumen zu Berufsausübungsgemeinschaften gemäß Abschnitt I., Nr. 1.3.1,
- der Übertragungen in Folgequartale und Rückführung in das Verteilungsvolumen für abgestaffelt vergütete Leistungen von Vergütungen aus Rückstellungen und Vorwegabzügen,
- der Entwicklung der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung und die Auswirkungen der gesetzlichen Vorgabe in § 87a Abs. 3a SGB V zur Anerkennung der Preise der regionalen Euro-Gebührenordnung am Ort der Leistungserbringung,
- der Einführung der Punktwerte bei Unter- und Überversorgung,
- der aus dem Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses zur Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und der arzt- und praxisbezogenen

Regelleistungsvolumen in seiner 17. Sitzung am 16. Dezember 2009 folgenden Spitzabrechnung sowie

- der Konvergenzregelungen gemäß Abschnitt II.

# **Anlage 1**

## **zum**

### **Beschluss Teil F, Abschnitt I.**

#### **Beschluss des Bewertungsausschusses gemäß § 87b Abs. 4 Satz 1 SGB V zur Berechnung und zur Anpassung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen nach § 87b Abs. 2 und 3 SGB V**

#### **Ermittlung des abgestaffelten Preises gemäß 1.1**

---

1. Im jeweiligen Quartal werden versorgungsbereichsspezifisch die über die Regelleistungsvolumen und die qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen hinausgehenden Vergütungen festgestellt.
2. In demselben Quartal wird versorgungsbereichsspezifisch das Vergütungsvolumen für abgestaffelte Preise gemäß Abschnitt I., Ziffer 3.1.2 in Höhe von 2% des versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumens ermittelt. Ggf. kommen ergänzend Vergütungsvolumen aus den Vorwegabzügen gemäß Anlage 4, Anhang 1 und Abschnitt I., Ziffer 3.1.2 in Verbindung mit dem jeweils gültigen Beschluss des (Erweiterten) Bewertungsausschusses hinzu.
3. Die Vergütung aus 2. wird durch die Vergütung aus 1. dividiert. Es entsteht eine Quote für die abgestaffelt zu vergütenden Leistungen.
4. Die über die Regelleistungsvolumen und die qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen hinausgehenden Vergütungen werden mit der Quote nach 3. multipliziert.

## **Anlage 2**

### **zum**

## **Beschluss Teil F, Abschnitt I.**

### **Beschluss des Bewertungsausschusses gemäß § 87b Abs. 4 Satz 1 SGB V zur Berechnung und zur Anpassung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen nach § 87b Abs. 2 und 3 SGB V**

#### **Arztgruppen gemäß 2.1**

---

1. Für nachfolgende Arztgruppen werden Regelleistungsvolumen gemäß § 87b Abs. 2 und 3 SGB V ermittelt und festgesetzt.
2. Die Partner der Gesamtverträge können Modifikationen (z. B. Differenzierungen oder Zusammenfassungen) von relevanten Arztgruppen vereinbaren, insbesondere bei Arztgruppen mit unterschiedlichen Schwerpunkten der Leistungserbringung (zum Beispiel für Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Nephrologie mit und ohne Erbringung von Blutreinigungsverfahren).
3. Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt können durch die Kassenärztlichen Vereinigungen entsprechenden Arztgruppen zugeordnet werden.
4. Für Regelleistungsvolumen relevante Arztgruppen
  - Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören
  - Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin
  - Fachärzte für Anästhesiologie
  - Fachärzte für Augenheilkunde
  - Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie, für Neurochirurgie
  - Fachärzte für Frauenheilkunde
  - Fachärzte für Frauenheilkunde mit fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin
  - Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde
  - Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten
  - Fachärzte für Humangenetik
  - Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören
  - Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie
  - Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie und invasiver Tätigkeit
  - Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Endokrinologie

- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/Onkologie
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie und invasiver Tätigkeit
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Nephrologie
- 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 Psychiatrie und Psychotherapie
- Fachärzte für Diagnostische Radiologie
- Fachärzte für Urologie
- Fachärzte für Physikalisch-Rehabilitative Medizin
- Ausschließlich bzw. weit überwiegend schmerztherapeutisch tätige Vertragsärzte gemäß Präambel 30.7 Nr. 6 EBM

**Anlage 3**  
**zum**  
**Beschluss Teil F, Abschnitt I.**

**Beschluss des Bewertungsausschusses gemäß § 87b Abs. 4 Satz 1  
SGB V zur Berechnung und zur Anpassung  
von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen nach  
§ 87b Abs. 2 und 3 SGB V**

**Zuordnung der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen  
gemäß 2.1**

---

1. Für nachfolgende ggf. im Gesamtvertrag modifizierte Arztgruppen werden qualifikationsgebundene Zusatzvolumen (QZV) für die im Folgenden genannten Leistungen ermittelt und festgesetzt.
2. Die Partner der Gesamtverträge können Zusammenfassungen von qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen in der Anlage 3 auch mit den Regelleistungsvolumen sowie qualifikationsgebundene Zusatzvolumen für weitere Arztgruppen und Leistungen vereinbaren.
3. Nachfolgende qualifikationsgebundene Zusatzvolumen (QZV) setzen sich systematisch für alle Arztgruppen aus denselben Gebührenordnungspositionen zusammen. Die berufsrechtlichen Bestimmungen zur Erbringung von Leistungen und die Abrechnungsbestimmungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) bleiben von der nachfolgenden Zuordnung der Gebührenordnungspositionen zu den Arztgruppen unberührt.

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören	Akupunktur	30790, 30791
	Allergologie (Zusatzbezeichnung)	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123
	Behandlung des diabetischen Fußes	02311
	Behandlung von Hämorrhoiden	30610, 30611
	Chirotherapie	30200, 30201
	Dringende Besuche	01411, 01412, <del>01415</del>
	Ergometrie	03321
	Hyposensibilisierungsbehandlung	30130
	Kardiorespiratorische Polygraphie	30900
	Kleinchirurgie	02300, 02301, 02302, 02310

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
<p>Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören</p>	Langzeit-Blutdruckmessung	03324
	Langzeit-EKG	03241, 03322
	Phlebologie	30500, 30501
	Physikalische Therapie	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421
	Proktologie	03331, 03332, 30600, 30601
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150
	Richtlinienpsychotherapie II	35200, 35201, 35202, 35203, 35210, 35211, 35220, 35221, 35222, 35223, 35224, 35225
	Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	30700, 30702, 30704, 30706, 30708
	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092
	Sonographie III	33060, 33061, 33062
	Spirometrie	03330
	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102
	Verordnung medizinischer Rehabilitation	01611

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	Akupunktur	30790, 30791
	Allergologie	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123
	Dringende Besuche	01411, 01412, <del>01415</del>
	Ergometrie	04321
	Gastroenterologie I	04511, 04513
	Hyposensibilisierungsbehandlung	30130
	Labor Grundpauschale	12225
	Langzeit Blutdruckmessung	04324
	Langzeit-EKG	04241, 04322
	Nephrologische Leistungen	04560, 04561, 04562, 04564, 04565, 04566, 04572, 04573
	Neurophysiologische Übungsbehandlung	30300, 30301
	Physikalische Therapie	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150
	Richtlinienpsychotherapie II	35200, 35201, 35202, 35203, 35210, 35211, 35220, 35221, 35222, 35223, 35224, 35225
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092
	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33076
	Spirometrie	04330
	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102
Verordnung medizinischer Rehabilitation	01611	

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Fachärzte für Anästhesiologie	Akupunktur	30790, 30791
	Dringende Besuche	01411, 01412, <del>01415</del>
	Labor-Grundpauschale	12225
	Narkosen bei Geburtshilfe	05360, 05361, 05370, 05371, 05372
	Narkosen bei zahnärztlicher Behandlung	05330, 05331, 05340, 05341, 05350
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512
	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150
	Richtlinienpsychotherapie II	35200, 35201, 35202, 35203, 35210, 35211, 35220, 35221, 35222, 35223, 35224, 35225
	Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	30700, 30702, 30704, 30706, 30708
	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760
	Schwangerschaftsabbruch	01903, 01910, 01913
	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungs- positionen des EBM
Fachärzte für Augenheilkunde	Dringende Besuche	01411, 01412, <del>01415</del>
	Elektroophthalmologie	06312
	Fluoreszenzangiographie	06331
	Kontaktlinsenanpassung	06340, 06341, 06342, 06343
	Labor-Grundpauschale	12225
	Photodynamische Therapie	06332
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Sonographie I	33000, 33001, 33002, 33011
	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie, für Neurochirurgie	Akupunktur	30790, 30791
	Behandlung des diabetischen Fußes	02311
	Behandlung von Hämorrhoiden	30610, 30611
	Dringende Besuche	01411, 01412, <del>01415</del>
	Chirotherapie	30200, 30201
	Gastroenterologie I	13400, 13401, 13402, 13410, 13411, 13412
	Gastroenterologie II	13420, 13662, 13663, 13664, 13670
	Labor-Grundpauschale	12225
	Phlebologie	30500, 30501
	Physikalische Therapie	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 30431
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512
	Proktologie	30600, 30601
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092
Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie, für Neurochirurgie	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503
	Verordnung medizinischer Rehabilitation	01611
	Ulcus cruris, CVI	02312, 02313
	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
<p>Fachärzte für Frauenheilkunde, Fachärzte für Frauenheilkunde mit fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin</p>	Dringende Besuche	01411, 01412, <del>01415</del>
	Geburtshilfe	08231
	Inkontinenzbehandlung	08310, 08311
	Kurative Mammographie	34270, 34271, 34272, 34273
	Labor-Grundpauschale	12225
	Mamma-Sonographie, Stanzbiopsie	08320, 33041
	Physikalische Therapie	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 30431
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512
	Proktologie	08333, 08334, 30600, 30601
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Reproduktionsmedizin	08230
	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150
	Richtlinienpsychotherapie II	35200, 35201, 35202, 35203, 35210, 35211, 35220, 35221, 35222, 35223, 35224, 35225
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102
Zytologie	19310 bis 19312, 19331	

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	Allergologie	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123
	Bronchoskopie	09315, 09316
	Chirotherapie	30200, 30201
	Dringende Besuche	01411, 01412, <del>01415</del>
	Gastroenterologie I	09317
	Hyposensibilisierungsbehandlung	30130
	Otoakustische Emissionen	09324, 09327, 09340
	Kardiorespiratorische Polygraphie	30900
	Labor-Grundpauschale	12225
	Phoniatrie, Pädaudiologie	09330, 09331, 09332, 09333, 09335, 09336
	Polysomnographie	30901
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150
	Richtlinienpsychotherapie II	35200, 35201, 35202, 35203, 35210, 35211, 35220, 35221, 35222, 35223, 35224, 35225
	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760
Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503
	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten	Allergologie	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123
	Behandlung des diabetischen Fußes	02311
	Behandlung von Hämorrhoiden	30610, 30611
	Dermatologische Lasertherapie	10320, 10322, 10324
	Dringende Besuche	01411, 01412, <del>01415</del>
	Histologie	19310 bis 19312, 19315, 19320
	Hyposensibilisierungsbehandlung	30130
	Labor-Grundpauschale	12225
	Phlebologie	30500, 30501
	Verordnung medizinischer Rehabilitation	01611
	Physikalische Therapie	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 30431
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512
	Proktologie	30600, 30601
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150
	Richtlinienpsychotherapie II	35200, 35201, 35202, 35203, 35210, 35211, 35220, 35221, 35222, 35223, 35224, 35225
	Sonographie Haut	33080, 33081
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
	Ulcus cruris, CVI	02312, 02313
	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	Akupunktur	30790, 30791
	Allergologie (Zusatzbezeichnung)	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123
	Behandlung des diabetischen Fußes	02311
	Behandlung von Hämorrhoiden	30610, 30611
	Dringende Besuche	01411, 01412, <del>01415</del>
	Hyposensibilisierungsbehandlung	30130
	Kardiorespiratorische Polygraphie	30900
	Kleinchirurgie	02300, 02301, 02302, 02310
	Kontrolle Herzschrittmacher	13552
	Labor- Grundpauschale	12225
	Langzeit-EKG	13252, 13253
	Phlebologie	30500, 30501
	Physikalische Therapie	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512
	Proktologie	13257, 30600, 30601
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150
	Richtlinienpsychotherapie II	35200, 35201, 35202, 35203, 35210, 35211, 35220, 35221, 35222, 35223, 35224, 35225
	Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	30700, 30702, 30704, 30706, 30708
	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
<p>Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören</p>	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092
	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503
	Ulcus cruris, CVI	02312, 02313
	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102
	Verordnung medizinischer Rehabilitation	01611

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
<p>Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie, Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie und invasiver Tätigkeit</p>	Akupunktur	30790, 30791
	Behandlung des diabetischen Fußes	02311
	Dringende Besuche	01411, 01412, <del>01415</del>
	Interventionelle Radiologie	01530, 01531, 34283, 34284, 34285, 34286, 34287
	Invasive Kardiologie	01520, 01521, 34291, 34292
	Kardiorespiratorische Polygraphie	30900
	Kleinchirurgie	02300, 02301, 02302, 02310
	Kontrolle Herzschrittmacher	13552
	Labor-Grundpauschale	12225
	Langzeit-EKG	13252, 13253
	Phlebologie	30500, 30501
	Physikalische Therapie	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150
	Richtlinienpsychotherapie II	35200, 35201, 35202, 35203, 35210, 35211, 35220, 35221, 35222, 35223, 35224, 35225
	Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	30700, 30702, 30704, 30706, 30708
Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760	

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
<p>Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie, Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie und invasiver Tätigkeit</p>	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092
	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503
	Ulcus cruris, CVI	02312, 02313
	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102
	Verordnung medizinischer Rehabilitation	01611

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Endokrinologie	Behandlung des diabetischen Fußes	02311
	Dringende Besuche	01411, 01412, <del>01415</del>
	Kontrolle Herzschrittmacher	13552
	Labor-Grundpauschale	12225
	Osteodensitometrie	34600
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102
	Verordnung medizinischer Rehabilitation	01611

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie	Behandlung von Hämorrhoiden	30610, 30611
	Dringende Besuche	01411, 01412, <del>01415</del>
	Hyposensibilisierungsbehandlung	30130
	Kardiorespiratorische Polygraphie	30900
	Kontrolle Herzschrittmacher	13552
	Langzeit-EKG	13252, 13253
	Labor-Grundpauschale	12225
	Phlebologie	30500, 30501
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512
	Proktologie	13257, 30600, 30601
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503
	Ulcus cruris, CVI	02312, 02313
Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102	
Verordnung medizinischer Rehabilitation	01611	

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/ Onkologie	Dringende Besuche	01411, 01412, <del>01415</del>
	Gastroenterologie I	13400, 13401, 13402, 13410, 13411, 13412
	Labor-Grundpauschale	12225
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	30701, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760
	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503
	Ulcus cruris, CVI	02312, 02313
	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102
	Verordnung medizinischer Rehabilitation	01611

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
<p>Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie, Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie und invasiver Tätigkeit</p>	Dringende Besuche	01411, 01412, <del>01415</del>
	Kardiorespiratorische Polygraphie	30900
	Labor-Grundpauschale	12225
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Sonographie I	33000, 33001, 33002, 33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503
	Ulcus cruris, CVI	02312, 02313
	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102
	Verordnung medizinischer Rehabilitation	01611

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie	Allergologie	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123
	Bronchoskopie	13362, 13663, 13664, 13670
	Dringende Besuche	01411, 01412, <del>01415</del>
	Hyposensibilisierungsbehandlung	30130
	Labor-Grundpauschale	12225
	Verordnung medizinischer Rehabilitation	01611
	Physikalische Therapie	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 30431
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Polysomnographie	30901
	Sonographie I	33000, 33001, 33002, 33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092
	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040
	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503
Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102	

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie	Akupunktur	30790, 30791
	Chirotherapie	30200, 30201
	Dringende Besuche	01411, 01412, <del>01415</del>
	Labor-Grundpauschale	12225
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760
	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503
	Osteodensitometrie	34600
	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102
	Verordnung medizinischer Rehabilitation	01611

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Nephrologie	Behandlung des diabetischen Fußes	02311
	Dringende Besuche	01411, 01412, <del>01415</del>
	Labor-Grundpauschale	12225
	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102
	Verordnung medizinischer Rehabilitation	01611

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	Dringende Besuche	01411, 01412, <del>01415</del>
	Labor-Grundpauschale	12225
	Neurophysiologische Übungsbehandlung	30300, 30301
	Physikalische Therapie	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150
	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Fachärzte für Nervenheilkunde	Akupunktur	30790, 30791
	Betreuung neurologisch bzw. psychisch Kranker im sozialen Umfeld	16230, 16231, 21230, 21231
	Chirotherapie	30200, 30201
	Dringende Besuche	01411, 01412, <del>01415</del>
	Kardiorespiratorische Polygraphie	30900
	Labor-Grundpauschale	12225
	Neurophysiologische Übungsbehandlung	30300, 30301
	Physikalische Therapie	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150
	Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	30700, 30702, 30704, 30706, 30708
	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
	Soziotherapie	30810, 30811
	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102
	Verordnung medizinischer Rehabilitation	01611

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Fachärzte für Neurologie	Akupunktur	30790, 30791
	Betreuung psychisch, neurologisch Kranker im sozialen Umfeld	16230, 16231
	Chirotherapie	30200, 30201
	Dringende Besuche	01411, 01412, <del>01415</del>
	Kardiorespiratorische Polygraphie	30900
	Labor-Grundpauschale	12225
	Neurophysiologische Übungsbehandlung	30300, 30301
	Physikalische Therapie	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 30431
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150
	Richtlinienpsychotherapie II	35200, 35201, 35202, 35203, 35210, 35211, 35220, 35221, 35222, 35223, 35224, 35225
	Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	30700, 30702, 30704, 30706, 30708
	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102
Verordnung medizinischer Rehabilitation	01611	

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Fachärzte für Nuklearmedizin	Labor-Grundpauschale	12225
	MRT	34410, 34411, 34420, 34421, 34422, 34430, 34431, 34440, 34441, 34442, 34450, 34451, 34452, 34460
	MRT-Angiographie	34470, 34475, 34480, 34485, 34486, 34489, 34490, 34492
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092
	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503
	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01102

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Fachärzte für Orthopädie	Akupunktur	30790, 30791
	Behandlung des diabetischen Fußes	02311
	Chirotherapie	30200, 30201
	Dringende Besuche	01411, 01412, <del>01415</del>
	Labor-Grundpauschale	12225
	Neurophysiologische Übungsbehandlung	30300, 30301
	Osteodensitometrie	34600
	Physikalische Therapie	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150
	Richtlinienpsychotherapie II	35200, 35201, 35202, 35203, 35210, 35211, 35220, 35221, 35222, 35223, 35224, 35225
	Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	30700, 30702, 30704, 30706, 30708
	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Fachärzte für Orthopädie	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503
	Ulcus cruris, CVI	02312, 02313
	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102
	Verordnung medizinischer Rehabilitation	01611

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie	Allergologie (Zusatzbezeichnung)	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123
	Dringende Besuche	01411, 01412, <del>01415</del>
	Hyposensibilisierungsbehandlung	30130
	Labor-Grundpauschale	12225
	Otoakustische Emissionen	20324, 20327, 20340
	Neurophysiologische Übungsbehandlung	30300, 30301
	Phoniatrie, Pädaudiologie	20330, 20331, 20332, 20333, 20335, 20336
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150
	Richtlinienpsychotherapie II	35200, 35201, 35202, 35203, 35210, 35211, 35220, 35221, 35222, 35223, 35224, 35225
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092
	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie	Betreuung psychisch Kranker im sozialen Umfeld	21230, 21231
	Dringende Besuche	01411, 01412, <del>01415</del>
	Kardiorespiratorische Polygraphie	30900
	Labor-Grundpauschale	12225
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
	Soziotherapie	30810, 30811
	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102
	Verordnung medizinischer Rehabilitation	01611

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Fachärzte für Diagnostische Radiologie	CT	34310, 34311, 34312, 34320, 34321, 34322, 34330, 34340, 34341, 34342, 34343, 34344, 34345, 34350, 34351, 34360, 34502
	Interventionelle Radiologie	01530, 01531, 34283, 34284, 34285, 34286, 34287
	Kurative Mammographie	34270, 34271, 34272, 34273
	MRT	34410, 34411, 34420, 34421, 34422, 34430, 34431, 34440, 34441, 34442, 34450, 34451, 34452, 34460
	MRT-Angiographie	34470, 34475, 34480, 34485, 34486, 34489, 34490, 34492
	Osteodensitometrie	34600
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092
	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Fachärzte für Urologie	Behandlung von Hämorrhoiden	30610, 30611
	Dringende Besuche	01411, 01412, <del>01415</del>
	Inkontinenzbehandlung	26310, 26311, 26313, 26340
	Labor-Grundpauschale	12225
	Physikalische Therapie	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 30431
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512
	Proktologie	30600, 30601
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150
	Richtlinienpsychotherapie II	35200, 35201, 35202, 35203, 35210, 35211, 35220, 35221, 35222, 35223, 35224, 35225
	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092
Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Fachärzte für Urologie	Stoßwellenlithtripsie	26330
	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503
	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102
	Zytologie	19310 bis 19312, 19331

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Fachärzte für Physikalisch-Rehabilitative Medizin	Akupunktur	30790, 30791
	Chirotherapie	30200, 30201
	Dringende Besuche	01411, 01412, <del>01415</del>
	Labor-Grundpauschale	12225
	Langzeit-EKG	27322, 27323
	Neurophysiologische Übungsbehandlung	30300, 30301
	Physikalische Therapie	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 30431
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150
	Richtlinienpsychotherapie II	35200, 35201, 35202, 35203, 35210, 35211, 35220, 35221, 35222, 35223, 35224, 35225
	Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	30700, 30702, 30704, 30706, 30708
	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092

<b>Arztgruppe</b>	<b>Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen</b>	<b>Gebührenordnungspositionen des EBM</b>
Fachärzte für Physikalisch-Rehabilitative Medizin	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503
	Ulcus cruris, CVI	02312, 02313
	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102
	Verordnung medizinischer Rehabilitation	01611

**Anlage 4**  
**zum**  
**Beschluss Teil F, Abschnitt I.**

**Beschluss des Bewertungsausschusses gemäß § 87b Abs. 4 Satz 1  
SGB V zur Berechnung und zur Anpassung  
von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen nach  
§ 87b Abs. 2 und 3 SGB V**

**Berechnung des versorgungsbereichsspezifischen  
Verteilungsvolumens gemäß 3.1.1**

---

**Berechnung des Verteilungsvolumens eines Versorgungsbereichs (VV<sub>VB</sub>)**

1. Das haus- und fachärztliche Verteilungsvolumen wird gemäß Anhang 1 zu dieser Anlage ermittelt.
2. Beim Wechsel des Versorgungsbereichs durch einen Vertragsarzt sind die Verteilungsvolumen der Versorgungsbereiche unbeschadet der Regelung nach 4. nicht anzupassen.
3. Vertragsärzte, die gemäß § 73 SGB V dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören und aus Gründen der Sicherstellung nach dem 1. Juli 2010 eine Genehmigung erhalten, in den Vereinbarungen gemäß § 6 Abs. 2 des Vertrages über die hausärztliche Versorgung genannte Leistungen abzurechnen, erhalten die Vergütungen für den abgerechneten Leistungsbedarf dieser Leistungen aus dem fachärztlichen Vergütungsanteil.
4. Vertragsärzte, die gemäß § 73 SGB V dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören, aus Gründen der Sicherstellung eine Genehmigung besitzen, nach dem 1. Januar 2003 in den Vereinbarungen gemäß § 6 Abs. 2 des Vertrages über die hausärztliche Versorgung genannte Leistungen abzurechnen, und den Versorgungsbereich wechseln, sind die Vergütungen für den abgerechneten Leistungsbedarf dieser Leistungen, soweit sie im Zeitraum vom 1. Januar 2009 bis zum 30. Juni 2010 aus dem Vergütungsvolumen des hausärztlichen Vergütungsbereich gezahlt werden, quartalsweise auf der Basis des Vorjahresquartals im Vergütungsvolumen des hausärztlichen Versorgungsbereiches zu bereinigen und dem Vergütungsvolumen des fachärztlichen Versorgungsbereichs zuzuführen.

**Anlage 5**  
**zum**  
**Beschluss Teil F, Abschnitt I.**

**Beschluss des Bewertungsausschusses gemäß § 87b Abs. 4 Satz 1  
SGB V zur Berechnung und zur Anpassung  
von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen nach  
§ 87b Abs. 2 und 3 SGB V**

**Berechnung des arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumens  
gemäß 3.1.3**

---

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

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

$LB_{VB}$ : Zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannter Leistungsbedarf in Punkten in 2008 ohne Leistungen nach Abschnitt I., Ziffer 2.4 erster Absatz und 2.5, ggf. unter Berücksichtigung der EBM-Anpassungsfaktoren gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 15. Sitzung am 2. September 2009, Beschluss Teil B, Nr. 1.4 sowie gemäß 2. aller Arztgruppen gemäß Anlage 2 und Abschnitt I., Ziffer 4.1 des Versorgungsbereichs

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

$AG$ : Arztgruppe gemäß Anlage 2 und Abschnitt I., Ziffer 4.1

$VV_{VB}^{RLV}$ : Versorgungsbereichsspezifisches RLV-Verteilungsvolumen gemäß Abschnitt I., Ziffer 3.1.2.

Die Partner der Gesamtverträge können hinsichtlich der Verwendung der Anzahl der RLV-Fälle aus dem Vorjahresquartal bei der Berechnung des Regelleistungsvolumens je Arzt gemäß Anlage 7 für Arztgruppen mit kleinen Besetzungszahlen ein Verfahren vereinbaren, um Veränderungen in der Arztzahl der Arztgruppe im Zeitraum seit 2008 zu berücksichtigen.

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

Die Anpassungsfaktoren werden wie folgt festgelegt:

Sachverhalt	Arztgruppe	Anpassungs- faktor
Einführung der Grundpauschale für Nervenärzte (GOP 21213 bis 21215)	Fachärzte für Nervenheilkunde	1,1594
Ausgliederung der Entwicklungsdiagnostik (GOP 04350 bis 04354) aus der Versichertenpauschale der Kinder- und Jugendärzte	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	1,0298
Ausgliederung einer Gesprächsleistung	Fachärzte für Neurologie	1,0470
Berücksichtigung höherer Frequenzen von Gesprächsleistungen	Fachärzte für Nervenheilkunde, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	1,2425
Bereinigung der Grundpauschalen aufgrund der Einführung onkologischer Zusatzpauschalen	Fachärzte für - Chirurgie, Kinderchirurgie, Plastische Chirurgie	0,9974
	- Frauenheilkunde, Frauenheilkunde mit fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	0,9761
	- Hals-Nasen-Ohren- Heilkunde	0,9983
	- Haut- und Geschlechtskrank- heiten	0,9801
	- Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie	0,9978
	- Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie	0,9989

	- Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	0,9327
	- Urologie	0,9359

**Anlage 6**  
**zum**  
**Beschluss Teil F, Abschnitt I.**

**Beschluss des Bewertungsausschusses gemäß § 87b Abs. 4 Satz 1  
SGB V zur Berechnung und zur Anpassung  
von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen nach  
§ 87b Abs. 2 und 3 SGB V**

**Berechnung der arztgruppenspezifischen Vergütungsbereiche  
gemäß 3.1.4**

---

**1. Berechnung des arztgruppenspezifischen Vergütungsbereichs für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der Regelleistungsvolumen (RLV<sub>AG</sub>)**

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

**LB<sub>AG</sub><sup>RLV</sup>:** Zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannter Leistungsbedarf in Punkten in 2008 einer Arztgruppe derjenigen Leistungen, die innerhalb der Regelleistungsvolumen vergütet werden, ggf. unter Berücksichtigung der EBM-Anpassungsfaktoren gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 15. Sitzung am 2. September 2009, Beschluss Teil B, Nr. 1.4 sowie des sich aus den Anpassungsfaktoren in Anlage 5, Ziffer 2 für die entsprechende Arztgruppe ergebenden Punktzahlvolumens.

**LB<sub>AG</sub>:** Zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannter Leistungsbedarf in Punkten in 2008 ohne Leistungen nach Abschnitt I., Ziffer 2.4 erster Absatz und 2.5, ggf. multipliziert mit den EBM-Anpassungsfaktoren gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 15. Sitzung am 2. September 2009, Beschluss Teil B, Nr. 1.4 sowie gemäß Anlage 5, Ziffer 2. einer Arztgruppe.

**VV<sub>AG</sub>:** Arztgruppenspezifisches Verteilungsvolumen gemäß Abschnitt I., Ziffer 3.1.3

**AG:** Arztgruppen gemäß Anlage 2

Der arztgruppenspezifische Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der Regelleistungsvolumen (RLV<sub>AG</sub>) ist maximal in der Höhe des arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumens gemäß Abschnitt I., Ziffer 3.1.3 festzulegen.

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

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

VV<sub>AG</sub>: Arztgruppenspezifisches Verteilungsvolumen gemäß Abschnitt I., Ziffer 3.1.3

RLV<sub>AG</sub>: Arztgruppenspezifischer Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der Regelleistungsvolumen gemäß 1.

Stellen die Partner der Gesamtverträge bei der Festsetzung der Regelleistungsvolumen fest, dass mit den praxisbezogenen Regelleistungsvolumen in einer Arztgruppe die arztgruppenspezifischen Versicherten- bzw. Grundpauschalen nicht in ausreichendem Umfang vergütet werden können, können sie innerhalb der arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen einvernehmlich geeignete Maßnahmen treffen, um dies sicherzustellen. Abschnitt I., 2. Absatz gilt entsprechend.

**Anlage 7**  
**zum**  
**Beschluss Teil F, Abschnitt I.**

**Beschluss des Bewertungsausschusses gemäß § 87b Abs. 4 Satz 1  
SGB V zur Berechnung und zur Anpassung  
von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen nach  
§ 87b Abs. 2 und 3 SGB V**

**Berechnung des Regelleistungsvolumens je Arzt gemäß 3.2**

---

**1. Berechnung des arztgruppenspezifischen Fallwertes gemäß 3.2.1**

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

RLV<sub>AG</sub>: Arztgruppenspezifischer Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der Regelleistungsvolumen gemäß Anlage 6, Ziffer 1.

FZ<sub>AG</sub>: Anzahl der RLV-Fälle gemäß Abschnitt I., Ziffer 2.6 einer Arztgruppe im Vorjahr\*

**2. Berechnung des arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumens nach § 87b Abs. 2 und 3 SGB V**

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

FW<sub>AG</sub>: Arztgruppenspezifischer Fallwert gemäß 1.

FZ<sub>Arzt</sub>: Anzahl der RLV-Fälle eines Arztes gemäß Abschnitt I, Ziffer 2.6 eines Arztes im Vorjahresquartal unter Berücksichtigung der Fallzahlsteuerung gemäß Abschnitt I., Ziffer 3.2.1

Das ermittelte Regelleistungsvolumen je Arzt ist gegebenenfalls entsprechend den nach Abschnitt I., Ziffer 3.7 festgestellten Praxisbesonderheiten anzupassen.

Das praxisbezogene Regelleistungsvolumen ergibt sich gemäß Abschnitt I., Ziffer 1.3.1 aus der Addition der Regelleistungsvolumen der Ärzte, die in der Arztpraxis tätig sind sowie der entsprechenden Zuschläge für Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinische Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten.

**3. Morbiditätsbezogene Differenzierung des Regelleistungsvolumen nach Altersklassen gemäß Abschnitt I., Ziffer 3.2.2**

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

**g =** KV-bezogener, arztgruppenspezifischer Leistungsbedarfs je RLV-Fall im Vorjahr aus Leistungen, die innerhalb des Regelleistungsvolumens

---

\* Bei der jahresbezogenen Ermittlung des Fallwertes gemäß Abschnitt I., Nr. 1.2.1 ggf. geschätzt auf der Basis der vorliegenden aktuellen Abrechnungsdaten, die vier Quartale umfassen

vergütet werden, für Versicherte ab dem 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr

**h =** KV-bezogener, arztgruppenspezifischer Leistungsbedarfs je RLV-Fall im Vorjahr aus Leistungen, die innerhalb des Regelleistungsvolumens vergütet werden, für Versicherte ab dem 60. Lebensjahr

**i =** KV-bezogener, arztgruppenspezifischer Leistungsbedarfs je RLV-Fall im Vorjahr aus Leistungen, die innerhalb des Regelleistungsvolumens vergütet werden, für alle Versicherten

**n<sub>f</sub> =** Zahl der RLV-Fälle eines Arztes für die Behandlung von Versicherten bis zum vollendeten 5. Lebensjahr im Vorjahr

**n<sub>g</sub> =** Zahl der RLV-Fälle eines Arztes für die Behandlung von Versicherten ab dem 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr im Vorjahr

**n<sub>h</sub> =** Zahl der RLV-Fälle eines Arztes für die Behandlung von Versicherten ab dem 60. Lebensjahr im Vorjahr

**n =** Zahl der RLV-Fälle eines Arztes im Vorjahr

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

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

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

**Anlage 8**  
**zum**  
**Beschluss Teil F, Abschnitt I.**

**Beschluss des Bewertungsausschusses gemäß § 87b Abs. 4 Satz 1  
SGB V zur Berechnung und zur Anpassung  
von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen nach  
§ 87b Abs. 2 und 3 SGB V**

**Berechnung der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen  
gemäß 3.3**

---

Entsprechend Anlage 3 werden je Arztgruppe und je qualifikationsgebundenem Zusatzvolumen die Berechnungen je Arzt oder je Fall wie folgt durchgeführt. Über das Verfahren zur Umsetzung der Berechnung der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen einigen sich die Partner der Gesamtverträge.

**1. Berechnung des Vergütungsbereichs je qualifikationsgebundenem Zusatzvolumen für jede Arztgruppe gemäß Anlage 3**

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

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

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

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

$i$ : Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen einer Arztgruppe gemäß Anlage 3

AG:            Arztgruppe gemäß Anlage 3

## 2.     **Berechnung des qualifikationsgebundenen Zusatzvolumens je Fall oder je Arzt**

Variante A: Fallbezug

### 2.1    **a)     Berechnung des Fallwertes für ein qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen**

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

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

$FZ_{AG}^i$  :     Anzahl der RLV-Fälle gemäß Abschnitt I., Ziffer 2.6 derjenigen Ärzte einer Arztgruppe, die Anspruch auf das qualifikationsgebundene Zusatzvolumen i haben

i:            qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen einer Arztgruppe

### 2.1    **b)     Berechnung des qualifikationsgebundenen Zusatzvolumens eines Arztes**

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

$FZ_{Arzt}^i$  :     Anzahl der RLV-Fälle gemäß Abschnitt I., Ziffer 2.6 eines Arztes, der Anspruch auf das arztgruppenspezifische qualifikationsgebundene Zusatzvolumen i hat, unter Berücksichtigung der Fallzahlsteuerung gemäß Abschnitt I., Ziffer 3.2.1

## 2.2    **Berechnung der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen je Leistungsfall**

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

Variante B: Arztbezug

### Berechnung des qualifikationsgebundenen Zusatzvolumens eines Arztes

$$QZV_{\text{Arzt}}^i = \frac{QZV_{\text{AG}}^i}{N_{\text{AG}}^i}$$

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

$N_{\text{AG}}^i$  : Anzahl der Ärzte einer Arztgruppe, die Anspruch auf das arztgruppenspezifische qualifikationsgebundene Zusatzvolumen  $i$  haben

$i$ : Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen einer Arztgruppe

### 3. Berechnung des arztbezogenen Bereinigungsvolumens aufgrund von Selektivverträgen mit ex-ante Einschreibung von Versicherten

Sofern auf den QZV-Leistungsumfang  $i$  der Arztgruppe AG ein Teil des Bereinigungsbetrags der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung aufgrund eines Selektivvertrags mit ex-ante Einschreibung von Versicherten entfällt, wird dieser wie folgt auf die einzelnen an diesem Selektivvertrag mit ex-ante Einschreibung von Versicherten teilnehmenden Ärzte aufgeteilt.

$BE\_QZV_{\text{AG}}^i$  Auf den QZV-Leistungsumfang  $i$  der Arztgruppe AG entfallender Teil des Bereinigungsbetrags der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für den Selektivvertrag mit ex-ante Einschreibung von Versicherten

$SV\_E_{\text{Arzt}}^i$  Anzahl der bei einem Arzt der Arztgruppe AG, der Anspruch auf das arztgruppenspezifische Zusatzvolumen  $i$  hat und an dem Selektivvertrag mit ex-ante Einschreibung von Versicherten teilnimmt, in diesen Vertrag eingeschriebenen Versicherten

$SV\_E_{\text{AG}}^i = \sum SV\_E_{\text{Arzt}}^i$  Gesamtanzahl der bei den Ärzten der Arztgruppe AG mit Anspruch auf das arztgruppenspezifische Zusatzvolumen  $i$ , die an dem Selektivvertrag mit ex-ante Einschreibung von Versicherten teilnehmen, in diesen Vertrag eingeschriebenen Versicherten

$BE\_QZV_{\text{Arzt}}^i = BE\_QZV_{\text{AG}}^i \cdot \frac{SV\_E_{\text{Arzt}}^i}{SV\_E_{\text{AG}}^i}$  Auf einen einzelnen am Selektivvertrag teilnehmenden Arzt entfallender Teil des Bereinigungsbetrags innerhalb des QZV  $i$

Das gemäß 2. zugewiesene arztindividuelle  $QZV_{\text{Arzt}}^i$  wird bei an dem Selektivvertrag teilnehmenden Ärzten um den Bereinigungsbetrag  $BE\_QZV_{\text{Arzt}}^i$  vermindert.

Sollte dieser Bereinigungsbetrag für einen Arzt sein unbereinigtes  $QZV_{\text{Arzt}}^i$  überschreiten, so wird das RLV dieses Arztes (ggf. zusätzlich) um den übersteigenden Bereinigungsbetrag vermindert und diesem Arzt kein bereinigtes QZV zugewiesen.

Diese Bereinigung ist für jeden betroffenen Selektivvertrag getrennt durchzuführen.

Die Anlage 9 wurde mit Wirkung zum 1. Januar 2011 gelöscht.

## Anhang 1 zu Anlage 4

zum

### Beschluss, Teil F, Abschnitt I.

#### TEIL I.

#### Beschluss zur Berechnung des versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumen gemäß 3.1.1

Die Kassenärztlichen Vereinigungen ermitteln mit Wirkung ab dem 3. Abrechnungsquartal 2010 in jedem Abrechnungsquartal aus der für das Quartal zutreffenden kassenübergreifenden unbereinigten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gemäß dem jeweils gültigen Beschluss des (Erweiterten) Bewertungsausschusses das versorgungsbereichsspezifische Verteilungsvolumen mit folgenden Schritten.

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

#### Ermittlung des Trennungsfaktors

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

( =  $MGV^{2009}$  )

**Schritt 2.)** Feststellung der für die Abrechnungsquartale 1./2009 und 2./2009 insgesamt zutreffenden MGV (MGV für die entsprechende Behandlung bereichseigener Versicherter durch bereichseigene und bereichsfremde Vertragsärzte und -psychotherapeuten) für die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM der in § 87b Abs. 2 Satz 6 SGB V genannten Arztgruppen.

( =  $TVG^{2009}$  )

- Schritt 3.)** Feststellung der für die Abrechnungsquartale 1./2009 und 2./2009 insgesamt zutreffenden MGV (MGV für die entsprechende Behandlung bzw. Untersuchung von Material bereichseigener Versicherter durch bereichseigene und bereichsfremde Vertragsärzte) für
- die Konsiliar- und Grundpauschale für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin, ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin (GOP 12210 und 12220 EBM),
  - die Grundpauschale für zur Abrechnung von Kostenerstattungen und Leistungen des Kapitels 32 EBM ermächtigte Laborärzte, Einrichtungen, Krankenhäuser und Institutionen (GOP 01320),
  - die wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen des Kapitels 32 (GOP 32001),
  - Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM.

( = TVG<sup>2</sup><sup>2009</sup> )

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

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

( = TVG<sup>3</sup><sup>2009</sup> )

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

( = TVG<sup>4</sup><sup>2009</sup> )

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

$$\text{Trennung}_{\text{VG}} = \text{MGV}^{2009} - \text{TVG}_1^{2009} - \text{TVG}_2^{2009} - \text{TVG}_3^{2009} - \text{TVG}_4^{2009}$$

**[Formel 1]**

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

( =  $MGV_{HÄ}^{2009}$  )

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

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

( =  $LAB^{2007}$  )

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

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

( =  $LAB^{2009}$  )

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

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

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

$LAB_{HÄ}^{2007} = VG (\text{Kosten Kap.32})_{HÄ}^{2007} + VG (\text{GOP 32001})_{HÄ}^{2007}$

**[Formel 2]**

- Schritt 10.)** Ermittlung der für die Abrechnungsquartale 1./2009 und 2./2009 insgesamt zutreffenden MGV (MGV für die entsprechende Behandlung bzw. Untersuchung von Material bereichseigener Versicherter durch bereichseigene und bereichsfremde Hausärzte) für die zur hausärztlichen Versorgung zu diesem Zeitpunkt zugelassenen Vertragsärzte für
- die wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen des Kapitels 32 (GOP 32001),
  - Leistungen und Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM.

$$\text{TVG}_{2\text{HÄ}}^{2009} = \text{LAB}_{\text{HÄ}}^{2007} / \text{LAB}^{2007} \times \text{LAB}^{2009} - \text{LFKZ}_{\text{HÄ}}^{2009}$$

**[Formel 3]**

wobei  $\text{LFKZ}_{\text{HÄ}}^{2009}$  den Saldo aus den Forderungen für die Behandlung bzw. Untersuchung von Material bereichsfremder Versicherter durch bereichseigene Hausärzte und den Verbindlichkeiten für die Behandlung bzw. Untersuchung von Material bereichseigener Versicherter durch bereichsfremde Hausärzte bezeichnet.

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

$$\text{TVG}_{2\text{HÄ}}^{2009} = \text{LAB}_{\text{HÄ}}^{2007} \times 1,049 - \text{LFKZ}_{\text{HÄ}}^{2009}$$

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

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

$$\text{TVG}_3^{2009} \text{ je Arzt} = \text{TVG}_3^{2009} / \text{Anzahl der Ärzte gem. Schritt 11.}$$

**[Formel 4]**

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

$$\text{TVG}_{3\text{HÄ}}^{2009} = \text{TVG}_3^{2009} \text{ je Arzt} \times \text{Anzahl der dem hausärztlichen Versorgungsbereich zuzuordnenden Ärzte gem. Schritt 11.}$$

**[Formel 5]**

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

$$\text{Trennung}_{\text{VGHÄ}} = \text{MGV}_{\text{HÄ}}^{2009} - \text{TVG}_{2\text{HÄ}}^{2009} - \text{TVG}_{3\text{HÄ}}^{2009}$$

**[Formel 6]**

**Schritt 15.)** Ermittlung des Trennungsfaktors.

$$\text{TF} = \text{Trennung}_{\text{VGHÄ}} / \text{Trennung}_{\text{VG}}$$

**[Formel 7]**

**Ermittlung des trennungsrelevanten versorgungsbereichsübergreifenden Verteilungsvolumens in einem Abrechnungsquartal**

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

$$( = \text{MGV}_{\text{KV}}^{\text{Quartal}} )$$

**Schritt 17.)** Ermittlung der für das Vorjahresabrechnungsquartal zutreffenden und um die für das entsprechende Abrechnungsquartal gültige Veränderungsrate (VR) gemäß Beschluss des (Erweiterten) Bewertungsausschusses gesteigerten MGV (MGV für die entsprechende Behandlung bereichseigener Versicherter durch bereichseigene und bereichsfremde Vertragsärzte und -psychotherapeuten) für die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM der in § 87b Abs. 2 Satz 6 SGB V genannten Arztgruppen, zzgl. der Anpassung gemäß Beschluss Teil B, 3.3, für diejenigen ärztlichen Leistungen und Kostenerstattungen, die in der kassenübergreifenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 2. September 2009 enthalten sind.

$$\text{TVG}_1^{\text{Quartal}} = \text{VG}_{\text{VJQ}} (\text{Kap. 35.2 EBM}) \times \text{VR} + 0,001722 \times \text{MGV}_{\text{KV}}^{\text{Quartal}}$$

**[Formel 8]**

**Schritt 18.)** Ermittlung der für das Vorjahresabrechnungsquartal zutreffenden und um die für das entsprechende Abrechnungsquartal gültige Veränderungsrate (VR) gemäß Beschluss des (Erweiterten) Bewertungsausschusses gesteigerten MGV (MGV für die entsprechende Behandlung bzw. Untersuchung von Material bereichseigener Versicherter durch bereichseigene und bereichsfremde Vertragsärzte) für

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

$$\text{TVG}^2_{\text{Quartal}} = \text{VG}_{\text{VJQ}} (\text{Labor}) \times \text{VR}$$

**[Formel 9]**

*Vorgehen bei wirksamer Bereinigung ab dem 3. Quartal 2010 aufgrund des Beitritts von Versicherten zu einem Vertrag gemäß §§ 73b, 73c und 140d SGB V: Sofern für das Vorjahresabrechnungsquartal aufgrund von Selektivverträgen keine vollständigen Daten zum o. g. Leistungsbereich vorliegen, ist das entsprechende, aktuellste noch vollständige Quartal eines Vorjahres zu verwenden.*

**Schritt 19.)** Ermittlung der für das Vorjahresabrechnungsquartal zutreffenden und um die für das entsprechende Abrechnungsquartal gültige Veränderungsrate (VR) gemäß Beschluss des (Erweiterten) Bewertungsausschusses gesteigerten MGV (MGV für die entsprechende Behandlung bereichseigener Versicherter durch bereichseigene und bereichsfremde Vertragsärzte) für die abgerechneten Leistungen und Kostenerstattungen des EBM ohne Vergütung, die bereits mit Schritt 18. erfasst ist, für den von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung organisierten Not(fall)dienst und für die Notfallbehandlung während der Zeiten des organisierten Notdienstes gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 17. Sitzung am 16. Dezember 2009 durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Institute und Krankenhäuser.

$$\text{TVG}^3_{\text{Quartal}} = \text{VG}_{\text{VJQ}} (\text{NFD}) \times \text{VR}$$

**[Formel 10]**

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

$$\text{TVG}^4_{\text{Quartal}} = \text{MGV}_{\text{KV}}^{\text{Quartal}} \times 0,001635$$

**[Formel 11]**

**Schritt 21.)** Ermittlung des trennungsrelevanten versorgungsbereichsübergreifenden Verteilungsvolumens in einem Abrechnungsquartal gemäß Abschnitt I., Ziffer 3.1.1

$$V_{\text{ÜVKV}}^{\text{Quartal}} = \text{MGV}_{\text{KV}}^{\text{Quartal}} - \text{TVG}_1^{\text{Quartal}} - \text{TVG}_2^{\text{Quartal}} - \text{TVG}_3^{\text{Quartal}} - \text{TVG}_4^{\text{Quartal}}$$

**[Formel 12]**

**Ermittlung des hausärztlichen Verteilungsvolumens gemäß Abschnitt I., Ziffer 3.1.1 in einem Abrechnungsquartal**

**Schritt 22.)** Ermittlung des hausärztlichen Verteilungsvolumens gemäß Abschnitt I., Ziffer 3.1.1

$$V_{\text{HÄ}}^{\text{Quartal}} = V_{\text{ÜVKV}}^{\text{Quartal}} \times \text{TF} + \text{TVG}_4^{\text{Quartal}} \times 0,15$$

**[Formel 13]**

**Ermittlung des fachärztlichen Verteilungsvolumens gemäß Abschnitt I., Ziffer 3.1.1 in einem Abrechnungsquartal**

**Schritt 23.)** Ermittlung des fachärztlichen Verteilungsvolumens gemäß Abschnitt I., Ziffer 3.1.1

$$V_{\text{FÄ}}^{\text{Quartal}} = V_{\text{ÜVKV}}^{\text{Quartal}} - V_{\text{HÄ}}^{\text{Quartal}} + \text{TVG}_4^{\text{Quartal}}$$

**[Formel 14]**

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

**Schritt 24.)** Ermittlung der für das Vorjahresabrechnungsquartal für den hausärztlichen Versorgungsbereich zutreffenden kassenübergreifenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (dem hausärztlichen Versorgungsbereich zugeordnete MGV für bereichseigene und bereichsfremde Hausärzte) in der Abgrenzung wie in Schritt 16 gesteigert um die Veränderungsrate(n) (VR) im Beschluss des Bewertungsausschusses für das entsprechende Abrechnungsquartal unter Berücksichtigung der in diesem Anhang aufgeführten Bereinigungsvorschriften

$$\text{MVG}_{1\text{HÄ}}^{\text{VJQ}} = \text{MGV}_{\text{KV}}^{\text{VJQ}} \times \text{VR}$$

**[Formel 15]**

**Schritt 25.)** Ermittlung der für das Vorjahresabrechnungsquartal zutreffenden und gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses mit VR angepassten, für den hausärztlichen Versorgungsbereich zutreffenden MGV (MGV für die entsprechende Behandlung bzw. Untersuchung von Material bereichseigener Versicherter durch bereichseigene und bereichsfremde Hausärzte) für

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

$$TVG_{2H\ddot{A}}^{VJQ} = VG_{VJQ}^{H\ddot{A}} (\text{Labor}) \times VR$$

**[Formel 16]**

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

$$TVG_{3H\ddot{A}}^{VJQ} = VG_{VJQ} (\text{NFD}) \times VR$$

**[Formel 17]**

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

$$VV_{H\ddot{A}}^{VJQ} = MVG_{1H\ddot{A}}^{VJQ} - TVG_{2H\ddot{A}}^{VJQ} - TVG_{3H\ddot{A}}^{VJQ} + TVG_{4}^{\text{Quartal}} \times 0,15$$

**[Formel 18]**

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

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

**Schritt 29.)** Ermittlung des fachärztlichen Verteilungsvolumens nach Konvergenz

$$KVV_{FÄ}^{\text{Quartal}} = V_{\ddot{u}}V_{KV}^{\text{Quartal}} - KVV_{HÄ}^{\text{Quartal}} + TVG_4^{\text{Quartal}}$$

**[Formel 19]**

Feststellung des Bewertungsausschusses zum Begriff „zutreffende morbiditätsbedingte Gesamtvergütung“ in Anhang 1 zu Anlage 4, Schritte 7.), 10.), 13.) und 24.) bis 27.):

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

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung, K.d.ö.R., Berlin

einerseits

und

der GKV-Spitzenverband, K.d.ö.R., Berlin

andererseits

vereinbaren die nachstehende Vereinbarung

Berlin, den 25. Januar 2011

## **Vereinbarung zur Umsetzung des § 87d Abs. 4 SGB V**

Für die Umsetzung des § 87d Abs. 4 SGB V durch die Partner der Gesamtverträge empfehlen die Partner des Bundesmantelvertrags-Ärzte gemäß § 87d Abs. 4 Satz 4 SGB V das Folgende:

Sofern nach dem 31. März 2011 in Kraft tretende Verträge nach den §§ 73b, 73c und 140a ff. SGB V auch Leistungen enthalten, die bis zu ihrer Einbeziehung in diese Verträge außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet wurden und die nicht den in § 87d Abs. 4 Satz 5 SGB V aufgeführten Leistungsbereichen zuzuordnen sind, sollen die Partner der Gesamtverträge geeignete Maßnahmen vereinbaren, die sicherstellen, dass die gemäß § 87d Abs. 4 SGB V zu beschließenden Ausgabenbegrenzungen angemessen angepasst werden.

**Gültig ab 1. April 2011**