

Teil B

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

Der Beschluss bzw. Teile des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 27./28.08.2008 in dessen letztgültiger Fassung – veröffentlicht im Deutschen Ärzteblatt – wird bzw. werden insoweit Bestandteil dieses HVV als in den nachfolgenden Regelungen auf den Beschluss oder auf Teile des Beschlusses verwiesen wird.

§ 1 Abrechnung

1) Abrechnungsfähigkeit von Leistungen

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

Nicht abrechnungsfähig sind insbesondere

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

- die Selbstbehandlung sowie die Behandlung von Familienangehörigen,
- Leistungen in Heimen, für die ein Betreuungsvertrag besteht.

Die ärztlichen Leistungen sind mit der jeweiligen GO-Nummer des EBM oder sonstiger Bestimmungen einzutragen. Die Eintragungen haben individuell zu erfolgen.

2) Rechnungslegung

a) Abrechnung

Die Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen ist quartalsweise auf der Grundlage der Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für den Einsatz von IT-Systemen in der Arztpraxis zum Zwecke der Abrechnung gemäß § 295 Abs. 4 SGB V in der jeweils geltenden Fassung, veröffentlicht im Deutschen Ärzteblatt, grundsätzlich mittels Informationstechnologie (IT) vorzunehmen. Dabei hat die Übermittlung der Abrechnungsdaten, der abrechnungsbegründenden Daten, einschließlich Dokumentationen und Qualitätsindikatoren, sowie der zu übermittelnden Statistikdaten grundsätzlich auf maschinenlesbaren elektronischen Medien zu erfolgen. Mehrere elektronische Abrechnungsscheine während eines Quartals für denselben Versicherten zu Lasten derselben Krankenkasse sind als ein Behandlungsfall für die Abrechnung zusammen zu heften bzw. zu führen. Dies gilt nicht, wenn der Versicherte während des Behandlungsquartals die Krankenkasse gewechselt hat bzw. bei Leistungen im organisierten ärztlichen Notfalldienst bei eigenen Patienten.

Für die Abrechnung mittels IT ist die Anzeige gegenüber der zuständigen Bezirksstelle der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein erforderlich; sie ist an den Einsatz einer von der KBV zertifizierten Software gebunden. Die Voraussetzungen für eine derartige Abrechnungslegung sowie weitere Voraussetzungen für eine ordnungsgemäße Abrechnungslegung regelt der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein in der Richtlinie zur IT-gestützten Quartalsabrechnung (IT-Rtl. KVNo) in der jeweils geltenden Fassung, veröffentlicht im Rheinischen Ärzteblatt.

b) Persönliche Rechnungslegung

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

3) Kennzeichnungspflichten

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

4) Gesamtaufstellung

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

weils verantwortlichen Arzt/Ärzten zu unterzeichnen. Die Erklärung kann auch in elektronischer Form mit entsprechender qualifizierter Signatur abgegeben werden. Eine Veränderung des Erklärungstextes führt zur Unwirksamkeit.

5) Abrechnungsfristen

a) Fristen

Die Abrechnungsunterlagen sind innerhalb der in Kap. 3 der IT-Rtl. KVNo genannten Abgabetermine einzureichen.

Abrechnungsscheine, die der Arzt erst nach Ablauf dieser erhält, können in den Fällen des § 18 Abs. 8 Nr. 1 BMV-Ä bzw. § 21 Abs. 8 Nr. 1 EKV mit der nächsten Quartalsabrechnung eingereicht werden. Nachträglich eingereichte Abrechnungsscheine nehmen an der Honorarverteilung im Einreichungsquartal teil. Bei verspäteter Einreichung von Abrechnungsunterlagen finden die Regelungen nach Abs. 5b) Anwendung. Eine nachträgliche Berichtigung oder Ergänzung einer unvollständigen Abrechnung für eingereichte Abrechnungsscheine, auch in elektronischer Form, kann der Arzt nach Abgabe der Abrechnungsunterlagen grundsätzlich nicht mehr geltend machen. Ausnahmsweise kann unter der Voraussetzung, dass die nachträgliche Korrektur nicht als geringfügig erscheint, eine Nachbearbeitung nur mit der Folge aus Abs. 5b) verlangt werden.

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

b) Folgen bei verspäteter Abrechnung

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

(1) Vorauszahlungen werden bis zur Vorlage der Abrechnungsunterlagen eingestellt bzw. ermäßigt.

(2) Von dem anerkannten Honoraranspruch für die verspätet eingereichte Abrechnung werden 10%, jedoch maximal Euro 10.000,00 pauschaliert zur Deckung des zusätzlich entstehenden Aufwandes in Abzug gebracht.

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

6) Einzelne Abrechnungsregeln

a) Organisierter Notfalldienst und Urlaubs- bzw. Krankheitsvertretung

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

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

Bei Vertretungen im organisierten Notfalldienst durch einen Vertragsarzt, d.h. ohne Austausch des zum Notdienst Verpflichteten, hat der Vertreter die erbrachten Leistungen über Muster 19 unter seiner Betriebsstättennummer abzurechnen, sofern er den Notfalldienst in seiner eigenen Praxis wahrnimmt; dagegen sind die Leistungen bei Vertretung in den Praxisräumen des vertretenen Arztes oder in einer von der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein und Ärztekammer Nordrhein genehmigten Notfallpraxis unter dessen Betriebsstättennummer abzurechnen. Bei Vertretungen im organisierten Notfalldienst durch einen Nichtvertragsarzt sind die erbrachten Leistun-

gen über Muster 19 unter der Betriebs-/Nebenbetriebsstättennummer des vertretenen Arztes abzurechnen. Sofern Nichtvertragsärzten eine eigene Betriebs-/Nebenbetriebsstättennummer zugeteilt wurde, ist diese nur bei persönlicher Einteilung zum organisierten ärztlichen Notfalldienst verwendbar. Sofern spezielle Betriebs-/Nebenbetriebsstättennummern für Notfallpraxen vergeben wurden, sind diese bei der Ableistung des organisierten Notfalldienstes in den Notfallpraxen zu verwenden.

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

b) MKG-Chirurgen

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

c) Krankenhäuser und/oder ermächtigte Krankenhausärzte

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

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

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

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

§ 2

Sachlich-rechnerische Berichtigung

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

§ 3 Vergütungsgrundsätze

1) Grundsätze

Zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen gegenüber den Leistungserbringern werden die Preise der regionalen Euro-Gebührenordnung (§ 87a SGB V) herangezogen, sofern die Vertragspartner nichts Abweichendes bestimmt haben. Die regionale Euro-Gebührenordnung ist der EBM für ärztliche Leistungen gemäß § 87 Abs. 1 SGB V, dessen Punktzahlen mit dem Orientierungswert in Höhe von 3,5048 Cent nach dem Beschluss Teil A multipliziert werden. Zusätzlich werden Strukturzuschläge, sofern diese nach Teil A dieses Vertrages oder aufgrund von Strukturverträgen vereinbart sind, gezahlt. Da regionale Anpassungen nach dem Beschluss nicht bestehen und die Vertragspartner den regionalen Punktwert gemäß § 87c Abs. 3 Satz 1 SGB V in der Höhe des Orientierungswertes vereinbaren, gilt als regionale Gebührenordnung die Euro-Gebührenordnung, veröffentlicht im Deutschen Ärzteblatt, in ihrer jeweils geltenden Fassung.

2) Leistungen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV)

Die Verteilung der zwischen den Vertragspartnern auf der Grundlage des Beschlusses vereinbarten MGV wird dabei entsprechend den nachfolgenden Regelungen durch Regelleistungsvolumen (RLV) und qualifikationsgebundene Zusatzvolumen (QZV) bzw. zeitbezogene Kapazitätsgrenzen begrenzt sowie einer Steuerung durch Kontingentierung bzw. Quotierung unterzogen, soweit sie außerhalb der arzt- und praxisbezogenen RLV und QZV vergütet bzw. von Arztgruppen, die nicht dem RLV unterliegen, erbracht werden. Dabei kann die Kontingentierung bzw. Quotierung zu einer geringeren Vergütung als nach der regionalen Euro - Gebührenordnung führen.

3) Leistungen außerhalb der MGV

Für die in der Anlage B1 aufgeführten Leistungen erfolgt die arztseitige Vergütung außerhalb der MGV. Dazu werden der regional vereinbarte Punktwert in Höhe von 3,5048 Cent und vereinbarte Strukturzuschläge bzw. werden die jeweils vereinbarten Euro-Beträge herangezogen. Die Anlage B1 ist in ihrer jeweils geltenden Fassung Bestandteil dieses Vertrages.

§ 4 Rückstellungen

Rückstellungen nach dem Beschluss des (Erweiterten) Bewertungsausschusses werden nach den Prognosen des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein quartalsweise in voraussichtlich ausreichender Höhe aus der MGV gebildet. Die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein informiert die Krankenkassen je Quartal über die Höhe und die Verwendung der versorgungsbereichsspezifischen Rückstellungen. Die Rückstellungsbereiche sind untereinander ausgleichsfähig.

§ 5 Arzt- und praxisbezogene Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundene Zusatzvolumen

1) Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung

Zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der vertragsärztlichen Tätigkeit gibt § 87b SGB V für die Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen arzt- und praxisbezogene RLV vor. Nach der Beschlussfassung des Bewertungsausschusses gelten zusätzlich QZV. Die Berechnung und Anpassung der RLV und QZV ergibt sich aus dem Be-

schluss Teil F.

Die RLV werden quartalsweise je Arzt für die in der Anlage B2 benannten Arztgruppen ermittelt und festgesetzt. Dabei wird der Arztbezug bei den fachgleichen Ärzten einer BAG, einem MVZ und einer Praxis mit angestellten Ärzten durch die Anteile gemäß Zulassungsstatus hergestellt. Hierbei, wie auch bei den QZV ist der Umfang der Tätigkeit des einzelnen Arztes in der Regel laut Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid zu berücksichtigen. Sofern der Arzt nur eine halbe Zulassung hat, beträgt sein RLV/QZV die Hälfte des arztgruppenspezifischen RLV/QZV. Angestellte Ärzte erhalten ein RLV/QZV mit dem Prozentsatz, mit dem der Angestellte in der Bedarfsplanung berücksichtigt wird. Für die arztbezogene Ermittlung und Festsetzung eines QZV muss der einzelne Arzt ferner die Voraussetzungen gemäß Beschluss Teil F, Abschnitt I., Ziffer 3.3 für das jeweilige QZV erfüllen.

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

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

2) Bildung der RLV und QZV

Zu den Einzelheiten der Bildung der RLV und QZV wird auf die Anlage B3, die in der jeweils geltenden Fassung Bestandteil dieses Vertrages ist, verwiesen.

Die arztgruppenspezifisch je Versorgungsbereich ermittelten QZV sind in Anlage B4, die in ihrer jeweils geltenden Fassung Bestandteil dieses Vertrages ist, aufgeführt.

3) Arztpraxisbezogene Zuweisung und Verrechnung der RLV und QZV

a) Zuweisung RLV incl. BAG-Zuschlägen und QZV

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

Die Höhe des zutreffenden RLV für BAG, MVZ und Praxen mit angestellten Ärzten wird unter Berücksichtigung eines Aufschlages in Höhe von 10% je Standort berechnet, soweit dort mindestens zwei Ärzte zugelassen und/oder als Angestellte an der vertragsärztlichen Versorgung im Rahmen ihrer Zulassung und/oder Genehmigung zur Anstellung teilnehmen; andere Tätigkeiten, z.B. in Zweigpraxen bleiben unberücksichtigt.

Bei den Zuschlägen werden Jobsharing-Ärzte i.S.d. § 101 Abs. 1 Nr. 4 und 5 SGB V in keinem Fall berücksichtigt. Bei Änderung der Praxiskonstellation seit dem Vorjahresquartal wird der Zuschlag auf Basis des aktuellen Abrechnungsquartals vorgenommen.

Die Zuweisung der QZV erfolgt ebenfalls praxisbezogen, wenn und soweit einer oder mehrere der Ärzte, die in der Arztpraxis tätig sind, die Voraussetzungen gemäß Beschluss Teil F, Abschnitt I., Ziffer 3.3 für das jeweilige QZV erfüllen. Auch hierbei ergibt sich die Höhe eines QZV aus der Addition der QZV je Arzt einer Praxis. Ärzte erhalten ein QZV, sofern sie bereits eine der entsprechenden Leistungen im Vorjahresquartal abgerechnet haben. Ist eine Leistung im Vorjahresquartal nicht erbracht worden bzw. wurde von einer Genehmigung kein Gebrauch gemacht, erfolgt grundsätzlich keine Zuweisung eines entsprechenden QZV. Wird die Genehmigung nach Ablauf des Vorjahresquartals und vor Beginn des aktuellen Abrechnungsquartals erteilt, kann das entsprechende QZV zuerkannt werden bis ein jeweiliges Vorjahresquartal für die Zuweisung zugrunde gelegt werden kann. Sofern besondere Hinde-

rungsgründe der Erbringung mindestens einer Leistung des Leistungskatalogs des entsprechenden QZV im Vorjahresquartal – ausschließlich in diesem einen Quartal – nachweisbar entgegen gestanden haben, können diese ggf. berücksichtigt werden. Die Anwendung der o.g. Zuschläge erfolgt nicht auf die QZV.

Die Zuweisung an den Arzt oder die Arztpraxis erfolgt durch Mitteilung der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein vor Beginn der Geltungsdauer der RLV/QZV, um dem Arzt eine Kalkulationssicherheit hinsichtlich der Höhe seines zu erwartenden Honorars zu ermöglichen (§ 87b Abs. 2 Satz 1 SGB V).

b) Verrechnung

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

4) RLV bei Neuzulassung und Umwandlung der Kooperationsform

Ärzten, die erstmalig im Planungsbereich zugelassen sind, wird für die Dauer von 12 Quartalen das RLV nachträglich berechnet und bei der Abrechnung zugrunde gelegt. Hierbei werden die aktuellen Fallzahlen mit dem entsprechenden Fallwert der Arztgruppe – unter Berücksichtigung der allgemeinen Berechnungsvorschriften – multipliziert. Dabei wird der Fallzahlzuwachs innerhalb einer BAG, eines MVZ und einer Praxis mit angestellten Ärzten bezogen auf die fachgleichen Ärzte arithmetisch sowie anteilig für neu zugelassene Ärzte berücksichtigt. Vom 13. bis zum 16. Niederlassungsquartal seit Neuzulassung wird die höchste RLV-relevante Fallzahl aus den ersten 12 Niederlassungsquartalen bei der Abrechnung anerkannt (nur für neu zugelassenen Arzt). Die erstmalige Anstellung – mit Ausnahme der Anstellung i.S.d. § 101 Abs. 1 Nr. 5 SGB V – steht der Neuzulassung gleich. Die Umwandlung einer Zulassung in ein Angestelltenverhältnis ist keine Neuzulassung im vorgenannten Sinne.

Bei Umwandlung der Kooperationsform sowie Bildung und Trennung von BAG gelten die Gesamtwerte grundsätzlich nach Anteilen gemäß Zulassungsstatus fort. Auf Antrag können die Werte arztbezogen auch nach LANR berücksichtigt werden, wenn sich die Abrechnung dadurch wesentlich und dauerhaft abweichend darstellt; dabei hat die Antragstellung Wirkung für alle (ggf. ehemaligen) Ärzte der Praxis, wenn einer der zugelassenen Ärzte den Antrag persönlich unterschrieben hat. Das kann auch dazu führen, dass weniger Fälle bei der Quartalsabrechnung berücksichtigt werden, als in der Mitteilung über das zugewiesene RLV/QZV ausgewiesen wurden. Für Ärzte, die nicht erstmalig neu zugelassen sind, ist ein eventueller Fallzahlenanstieg jedoch auf ihre Vorjahresquartalswerte beschränkt; die Ausnahmeregelungen nach den §§ 6 ff. bleiben unberührt. Die Regelung findet auf die Zuweisung von QZV entsprechende Anwendung.

5) Praxisverlegung

Ist anzunehmen, dass bei einer Praxisverlegung im Wesentlichen nicht mehr die gleichen Patienten des bisherigen Zulassungsortes versorgt werden, kann von einer Neuzulassung ohne Praxisvorgänger im Sinne von Abs. 4 ausgegangen werden. Die Annahme gilt grundsätzlich bei Praxisverlegungen von Hausärzten außerhalb von 5 km Radius um die bisherige Praxis; bei Fachärzten beträgt der Radius 15 km. Eine Reduktion von RLV/QZV kann auch später für die Zukunft erfolgen, insbesondere wenn von Praxen in der Nachbarschaft des bisherigen Praxisortes dargelegt wird, dass die ehemaligen Patienten der verlegten Praxis von ihnen versorgt werden.

§ 6 Härtefallregelungen

1) Härteklauseel

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

Eine außergewöhnliche Änderung der Fallzahl (Rückgang bzw. Erhöhung) liegt vor, wenn diese 20% der Fallzahl der Praxis im Vorvorjahresquartal (Rückgang) bzw. im Vorjahresquartal (Anstieg) beträgt. Die Bewilligung erfolgt je nach Dauer des Vorliegens des Grundes für bis zu vier aufeinanderfolgende Quartale. Die Antragstellung ist nur bis zum Ende des Quartals, für das die Härtefallregelung erstmals beantragt ist, zulässig; ein erneuter Antrag kann frühestens nach Ablauf von vier Quartalen für die Zukunft gestellt werden. Lässt sich das Vorliegen dieser Voraussetzung noch nicht feststellen, weil der Grund nicht in der Vergangenheit liegt, ist diese Voraussetzung der Bewilligung der aktuellen Fallzahlen als Bedingung beizufügen.

a) Die Bewilligung kann nur aus folgenden Gründen erfolgen:

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

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

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

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

sonsten in zumutbarer Entfernung nicht erbracht werden.

b) Die Bewilligung ist ausgeschlossen bei:

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

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

2) Ausnahme von der Abstufung

Auf Antrag kann im Einzelfall von der Regelung zur Anwendung der Fallzahlabstufung beim RLV (Anlage B3 Schritt 6 Abs. 1) ausschließlich dann abgewichen werden, wenn dies aus Gründen der Sicherstellung der medizinischen Versorgung notwendig ist. Letzteres wird angenommen, wenn mindestens die doppelte Fallzahl der Arztgruppe zur Abrechnung gebracht wird und im Einzugsbereich nicht mehr als zwei weitere Praxen vorhanden sind, die unter 150% der durchschnittlichen Fallzahlen der Arztgruppe zur Abrechnung bringen. Bei Vorliegen der Voraussetzung beginnt die Abstufung erst bei der doppelten Fallzahl.

3) Fortwirkung bisheriger Ausnahmen

Die Änderung der Systematik in den vorstehenden Bestimmungen bewirkt, dass der Regelungsgehalt früherer Bescheide seine Wirkung verliert. Die Beendigung wird auf das Ende des zweiten Quartals 2013 festgesetzt.

§ 6a

Praxisbesonderheiten

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

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

- Ein signifikanter Anteil des Spezialisierungsbereichs liegt vor, wenn hierauf in vier aufeinander folgenden Quartalen mindestens 20% des Gesamtpunktzahlvolumens entfallen. Für die Ermittlung des Punktzahlanteils im jeweiligen Spezialisierungsbereich sind ggf. einzelne GOP additiv zu betrachten, wenn ein Sachzusammenhang besteht.
- Indiz für die Atypik der Praxisausrichtung im Vergleich zur Arzt-/Fachgruppe ist, wenn im Verhältnis zum Fachgruppendurchschnitt eine signifikant überdurchschnittliche Leistungshäufigkeit in einem Spezialgebiet vorliegt. Zur Begründung einer versorgungsrelevanten Besonderheit genügt es nicht, lediglich ein „Mehr“ an arzt-

/fachgruppentypischen Leistungen abzurechnen. Die Überschreitung muss entweder auf arztgruppenübergreifend erbrachten speziellen Leistungen nach dem EBM beruhen, die eine besondere (Zusatz-) Qualifikation und eine besondere Praxisausstattung erfordern, oder auf arztgruppentypischen Leistungen nach dem EBM, die im Verhältnis zur Arzt-/Fachgruppe mit mindestens 5-facher Häufigkeit im Anwendervergleich zur Sicherstellung erbracht werden müssen.

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

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

- 2) Die Änderung der Systematik in den vorstehenden Bestimmungen bewirkt, dass der Regelungsgehalt früherer Bescheide seine Wirkung verliert. Die Beendigung wird auf das Ende des zweiten Quartals 2013 festgesetzt.

§ 6b Auffangregelung

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

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

§ 6c Konvergenzregelung

Verringert sich das Honorar einer Arztpraxis um mehr als 12,5% gegenüber dem entsprechenden Quartal 2008, werden zur Vermeidung von überproportionalen Honorarverlusten und zur Sicherung der flächendeckenden Versorgung mit vertragsärztlichen Leistungen Ausgleichszahlungen an die Arztpraxis geleistet. Die Veränderung muss ihren Grund in der Umstellung der mengensteuernden Vergütungssystematik auf die neue Systematik ab dem 01.01.2009 haben; sonstige Gründe, wie z.B. Veränderung und/oder Reduzierung des Leistungsangebotes/-umfanges der Praxis, Kürzungen wegen Unwirtschaftlichkeit finden keine Berücksichtigung.

Die Anwendung der Beschränkung der Umsatzverluste je Fall der einzelnen Arztpraxen setzt im Einzelnen voraus, dass

- der GKV-Gesamtumsatz ohne Allgemeine Laboratoriumsuntersuchungen des Abschnitts 32.2 EBM und ohne Sachkosten für Blutreinigungsverfahren (Dialyse/Apheresen) im Abrechnungsquartal um mehr als 12,5% unter dem Gesamtumsatz des entsprechenden Quartals des Jahres 2008 liegt und

- der Fallwert gesamt der jeweiligen Praxis (Gesamtumsatz geteilt durch gesamte Fallzahl) im Abrechnungsquartal um mehr als 12,5% unter dem entsprechenden Fallwert des entsprechenden Quartals 2008 liegt.

Sofern diese Voraussetzungen erfüllt sind, wird zur Beschränkung der Umsatzverluste je Fall der Fallwert gesamt der jeweiligen Praxis im entsprechenden Quartal 2008 abgesenkt um 12,5% und mit der niedrigeren Gesamtfallzahl der Praxis der beiden betrachteten Quartale multipliziert. Die sich ergebende Differenz zum GKV - Gesamtumsatz im Abrechnungsquartal wird zur Beschränkung der Umsatzverluste je Fall an die einzelne Arztpraxis ausgezahlt. Etwaige Honorarkürzungen gemäß § 95d SGB V erfolgen arztbezogen auf das Honorar, welches sich nach Gewährung der Ausgleichszahlung ergibt.

Die vorstehenden Regelungen gelten nicht für die Leistungserbringer nach § 8 Abs. 1 und nicht für die Arztgruppen, für die kein RLV ermittelt und festgesetzt wird.

Beginnend ab dem 1. Quartal 2013 verändern sich die prozentualen Angaben von 12,5% auf 15% und ab dem 2. Quartal 2013 von 15% auf 17,5%. Beginnend mit dem 3. Quartal 2013 entfällt die Konvergenzregelung in § 6c ersatzlos.

§ 7

Verteilung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

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

Dem einer Arztpraxis zugewiesenen RLV sowie ggf. zugewiesenen QZV steht die in der Arztpraxis abgerechnete Leistungsmenge gegenüber, die mit dem Punktwert in Höhe von 3,5048 Cent vergütet wird.

Die das RLV und die ggf. zugewiesenen QZV einer Arztpraxis insgesamt überschreitenden Leistungen werden mit einem abgestaffelten Preis vergütet. Dieser wird quartalsweise je Versorgungsbereich aus dem Vergütungsvolumen von 2% nach Anlage B3 Schritt 2 Abs. 1d) bzw. Abs. 2d) und dem überschreitenden Leistungsbedarf je Versorgungsbereich ermittelt, jedoch begrenzt auf max. 3,0 Cent.

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

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

a) Die Vergütung für die in Anlage B3 Schritt 1, zweiter Punkt aufgeführten Leistungen erfolgt nach Maßgabe des § 8 Abs. 3. Der in Anlage B3 Schritt 1, dritter Punkt aufgeführte Bereich wird nach der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet, wobei die Vergütung der ambulanten Notfalleistungen der Krankenhäuser und der Leistungen der ermächtigten Krankenhäuser, Einrichtungen und Institutionen abzüglich des Investitionskostenabschlages von 10% erfolgt. Der in Anlage B3 Schritt 1, vierter Punkt aufgeführte Bereich wird nach den Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß § 87b Abs. 4 SGB V (Artikel 1, Nr. 24 GKV-VStG) zur Honorarverteilung der Kassenärztlichen Vereinigungen mit Wirkung zum 01. Juli 2012 in ihrer jeweils gültigen Fassung für die Vergütung laboratoriumsmedizinischer Leistungen zugrunde gelegt, wobei Teil E, Ziffer 3.5 der Regelungen für zwei Quartale nach Inkrafttreten dieses HVM keine Anwendung findet.

b) Die Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen nach Anlage B3 Schritt 2, Abs. 1e) und Abs. 2e) erfolgt nach § 8 Abs. 3, es sei denn die Leistungen sind in Anlage B4 aufgeführt.

- c) Die Vergütung der in Anlage B3 Schritt 2, Abs. 1g) bis k) und Abs. 2g) bis x) aufgeführten Leistungen erfolgt nach der regionalen Euro-Gebührenordnung mit einem Punktwert von 3,5048 Cent, es sei denn, dass die mit diesem Punktwert bezahlbare Leistungsmenge die jeweils gebildeten eigenständigen Kontingente – soweit sie gebildet worden sind – überschreitet. In diesem Fall wird die Leistungsmenge abweichend von der regionalen Euro-Gebührenordnung nach dem EBM, multipliziert mit dem sich rechnerisch ergebenden Punktwert vergütet. Dieser Punktwert errechnet sich durch Division der jeweils gebildeten eigenständigen Kontingente durch den entsprechenden Leistungsbedarf des aktuellen Abrechnungsquartals, der der MGV unterliegt. Die Vergütung der Leistungen erfolgt jedoch nicht mit einem Punktwert oberhalb des Wertes der regionalen Euro-Gebührenordnung in Höhe von 3,5048 Cent. Wird eines der für die Leistungsbereiche nach Anlage B3 Schritt 2, Abs. 2s) gebildeten Kontingente trotz Maximalvergütung nicht ausgeschöpft, erhöht der Unterschreibungsbetrag das Vergütungsvolumen des jeweils anderen Kontingents nach Anlage B3 Schritt 2, Abs. 2s).
Dabei erfolgt die Vergütung der Leistungen der ermächtigten Krankenhäuser, Einrichtungen und Institutionen in Abs. 1k) und Abs. 2u) abzüglich des Investitionskostenabschlages von 10%.
Die Vergütung von Leistungen, für die dem einzelnen Leistungserbringer im hausärztlichen Versorgungsbereich eine Ausnahmeregelung zur Durchführung und Abrechnung von Leistungen, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich zugeordnet sind, gewährt wurde (sog. KO – Leistungen), erfolgt aus dem im fachärztlichen Versorgungsbereich gemäß Abs. 2w) gebildeten eigenständigen Kontingent.
- d) Die Vergütung von Leistungen der Fachärzte für Pathologie und der Fachärzte für Humangenetik außerhalb von Kapitel 19 EBM bzw. außerhalb von Kapitel 11 EBM und den GOP 01837 sowie 08570 bis 08572 EBM erfolgt nach der regionalen Euro-Gebührenordnung.
- e) Die Vergütung der übrigen in Anlage B3 Schritt 2 aufgeführten Leistungen erfolgt nach der regionalen Euro-Gebührenordnung bzw. den regionalen Vereinbarungen.
- f) Die Vergütung der gemäß Anlage B3 Schritt 3, Abs. 2a) gebildeten Vergütungsvolumina für förderungswürdige Leistungen und in sonstigen Fällen innerhalb der arztgruppenspezifischen Vergütungsvolumen erfolgt nach der regionalen Euro-Gebührenordnung mit einem Punktwert von 3,5048 Cent, es sei denn, dass die mit diesem Punktwert bezahlbare Leistungsmenge nach den gemäß Anlage B3 Schritt 3, Abs. 2a) jeweils gebildeten Vergütungsvolumina überschritten wird. In diesem Fall wird die Leistungsmenge abweichend von der regionalen Euro-Gebührenordnung nach dem EBM, multipliziert mit dem sich rechnerisch ergebenden Punktwert vergütet. Dieser Punktwert errechnet sich durch Division der in Anlage B3 Schritt 3, Abs. 2a) jeweils gebildeten Vergütungsvolumina durch den entsprechenden Leistungsbedarf des aktuellen Abrechnungsquartals, der der MGV unterliegt. Die Vergütung der Leistungen erfolgt jedoch nicht mit einem Punktwert oberhalb des Wertes der regionalen Euro-Gebührenordnung in Höhe von 3,5048 Cent.

3) Gegenüberstellung

Bei der Ermittlung der RLV-/QZV-Fallwerte unter Beachtung der Regelung des § 87b Abs. 5 SGB V werden die vor Anwendung des Trennungsfaktors in Abzug gebrachten Vergütungsvolumina sowie die gemäß Beschlussteil G gebildeten Rückstellungen und die weiteren Vergütungsvolumina nach den Bestimmungen dieses HVV nach den Prognosen des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein vereinbart und quartalsweise in voraussichtlich ausreichender Höhe aus der MGV gebildet. Nach den Ergebnissen der quartalsweisen Abrechnungen unter Beachtung insbesondere der Vergütungsregelungen erfolgt eine je Versorgungsbereich differenzierte Gegenüberstellung der im Einzelnen prognostizierten mit den tatsächlichen Ausgaben. Bei Abweichungen verständigen sich die Vertragspartner innerhalb der MGV auf den Ausgleich zwischen den einzelnen Vergütungsvolumina für Folgezeiträume bzw. die versorgungsbereichsspezifische Verwendung der Differenzbeträge.

§ 8

Psychotherapeutische Leistungen

1) Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen

Den Psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie anderen ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Vertragsärzten gemäß den Kriterien der Bedarfsplanungsrichtlinien werden zeitbezogene Kapazitätsgrenzen nach Beschluss Teil F, Abschnitt I., Ziffer 4 je Abrechnungsquartal zugewiesen. Nach § 5 Abs. 6 Nr. 1. der Bedarfsplanungs-Richtlinie sind ausschließlich psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte sowohl Ärzte, welche als ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte zugelassen sind, als auch Ärzte, deren psychotherapeutische Leistungen an ihren Gesamtleistungen den Anteil von 90% überschreiten.

Die zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen werden quartalsweise gebildet unter Zugrundelegung der Prüfzeiten Anhang 3 zum EBM als Summe aus der Kapazitätsgrenze für antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM in Höhe von 27.090 Minuten und der Kapazitätsgrenze für nicht antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen der Abschnitte 35.1 und 35.3 und der Kapitel 22 und 23 EBM gebildet nach dem Durchschnitt der abgerechneten Zuwendungszeit je Leistungserbringer im entsprechenden Quartal des Jahres 2011.

Hierbei ist der Umfang der Tätigkeit des einzelnen Psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten oder Arztes für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie des ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Arztes laut Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid zu berücksichtigen. Sofern der Arzt nur eine halbe Zulassung hat, beträgt seine zeitbezogene Kapazitätsgrenze die Hälfte der arztgruppenspezifischen zeitbezogenen Kapazitätsgrenze. Angestellte Ärzte erhalten eine zeitbezogene Kapazitätsgrenze mit dem Prozentsatz, mit dem der Angestellte in der Bedarfsplanung berücksichtigt wird.

Die Zuweisung an den Leistungserbringer oder die Praxis erfolgt durch Verwaltungsakt der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein jeweils regelmäßig vier Wochen vor Beginn der Geltungsdauer der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze. Die Zuweisung kann als Allgemeinverfügung (§ 31 Satz 2 SGB X) durch amtliche Bekanntmachung (§ 37 Abs. 3 SGB X, § 16 der Satzung der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein) erfolgen.

2) Ermittlung der MGV für psychotherapeutische Leistungen

Die MGV u.a. zur Vergütung aller psychotherapeutischen Leistungen wird gemäß Beschluss Teil B, Ziffer 6 vom 02.09.2009 ermittelt, wobei das Vergütungsvolumen aus der Erhöhung des Behandlungsbedarfs je Versicherten um 0,1722% aufgrund von Auswirkungen des GKV-OrgWG nach dem Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 02.09.2009 Teil B, Ziffer 3.3 enthalten ist.

3) Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen

Die Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen bis zur zeitbezogenen Kapazitätsgrenze erfolgt mit dem Punktwert in Höhe von 3,5048 Cent. Für antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM der in § 87b Abs. 2 Satz 6 SGB V genannten Arztgruppen erfolgt die Vergütung aus dem Vergütungsvolumen nach Anlage B3 Schritt 1, zweiter Punkt, von dem 2% für die Vergütung abgestaffelter Leistungen in Abzug gebracht werden. Die Vergütung für nicht antrags- und genehmigungspflichtige psychotherapeutische Leistungen der in § 87b Abs. 2 Satz 6 SGB V genannten Arztgruppen erfolgt aus dem Verteilungsvolumen im fachärztlichen Versorgungsbereich gemäß Anlage B3 Schritt 2, Abs. 2e). Die Vergütung für Leistungen der Psychotherapie der nicht in § 87b Abs. 2 Satz 6 SGB V genannten Arztgruppen, soweit die Leistungen nicht in Anlage B4 aufgeführt sind, erfolgt je nach Zugehörigkeit des Leistungserbringers zum

haus- oder fachärztlichen Versorgungsbereich aus dem Verteilungsvolumen des haus- oder fachärztlichen Versorgungsbereichs gemäß Anlage B3 Schritt 2 Abs. 1e) oder Abs. 2e).

Die Vergütung der Leistungen bis zum 1,5 fachen der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze erfolgt aus dem im fachärztlichen Versorgungsbereich gemäß Anlage B3 Schritt 2, Abs. 2d) gebildeten Volumen von 2%, welches um die vom Vergütungsvolumen in Anlage B3 Schritt 1, zweiter Punkt in Abzug gebrachten 2% erhöht wird, mit einem abgestaffelten Preis. Dieser wird quartalsweise aus dem Vergütungsvolumen von 2% und dem überschreitenden Leistungsbedarf insgesamt ermittelt und ist begrenzt auf max. 3,0 Cent.

§ 9 Belegärztliche Tätigkeit

- 1) Im Rahmen der belegärztlichen Tätigkeit sind die gesetzlichen Vorgaben zur Vermeidung nicht notwendiger stationärer Krankenhausbehandlung sowie die entsprechenden Vereinbarungen der Vertragspartner zu beachten.
- 2)
 - a) Ambulante Leistungen des Belegarztes am Tage der Aufnahme des eigenen Patienten in das Krankenhaus können nach den für die ambulante Behandlung geltenden Vorschriften abgerechnet werden, wenn aus zwingenden medizinischen Gründen eine sofortige stationäre Aufnahme erforderlich ist. Ambulante Leistungen des Belegarztes am Tage der Entlassung des Patienten aus dem Krankenhaus sind nicht abrechnungsfähig, es sei denn, dass ein Notfall vorliegt.
 - b) Leistungen, die aufgrund einer Krankenhauseinweisung eines anderen Arztes im Rahmen der Aufnahmeuntersuchung von einem an diesem Krankenhaus tätigen Belegarzt erbracht werden, sind nicht abrechnungsfähig. Lediglich im Falle der Aufnahme auf eine Belegstation sind die Leistungen nach den für die belegärztliche Behandlung geltenden Bestimmungen abzurechnen.
 - c) Bei dringend angeforderten und unverzüglich ausgeführten Einzelvisiten mit Unterbrechen der Sprechstundentätigkeit kann der Belegarzt die Nr. 01412 EBM abrechnen. Bei dringend angeforderten und unverzüglich ausgeführten Einzelvisiten außerhalb der üblichen Sprechstundenzeiten kann der Belegarzt die Nr. 01414 EBM mit der Kennzeichnung „D“ (01414D), ggf. in Verbindung mit den Nrn. 01100 bzw. 01101 EBM abrechnen; in diesen Fällen kann zusätzlich die Wegepauschale/das Wegegeld in Ansatz gebracht werden.
 - d) Die Abrechnung der Leistungen nach den Abschnitten 2.5, 3.2, 4.2, 7.3, 18.3, 30.4 EBM, dem Kapitel 35 EBM sowie der Leistungen nach den Nrn. 01910, 01911, 10330, 13500, 13501, 13502, 13600, 13601, 13602, 13700, 14240, 14313, 14314, 16230, 16231, 21230, 21231, 21232, 30700, 30702, 30790, 30791 und 40100 EBM ist ausgeschlossen.
- 3) Ärztlicher Bereitschaftsdienst wird wahrgenommen, wenn sich der bereitchaftsdienstthabende Arzt des Krankenhauses auf Anordnung seines Arbeitgebers oder des Belegarztes außerhalb der regelmäßigen Arbeitszeit im Krankenhaus aufhält, um im Bedarfsfall auf der/den Belegabteilung/en rechtzeitig tätig zu werden. Sofern dem Belegarzt Aufwendungen für diesen ärztlichen Bereitschaftsdienst entstehen, erstatten die Vertragskrankenkassen dem Belegarzt diese. Hierfür hat er – ggf. durch eine Bestätigung des Krankenhausträgers – gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein nachzuweisen, dass ihm Kosten für den ärztlichen Bereitschaftsdienst entstanden sind. Der von Belegärzten selbst wahrgenommene Bereitschaftsdienst fällt nicht unter die vorstehende Regelung. Auch für jegliche Art von Rufbereitschaft des Belegarztes, seines Assistenten oder von Krankenhausärzten für den Belegarzt wird kein Entgelt geleistet. Als Vergütung

des ärztlichen Bereitschaftsdienstes wird von den Vertragskrankenkassen je Patient und Pfl egetag Euro 2,42 gezahlt. Die Abrechnung erfolgt auf dem Belegarztschein für jeden Belegpatienten nach der Zahl der Pfl egetage mit der Nr. 40170.

4)

- a) Die Vergütung belegärztlicher Leistungen des Kapitels 36, Nrn. 13311, 13311I, 17370 EBM und Geburtshilfe, mithin außerhalb der MGV, erfolgt nach Anlage B1.
- b) Die Vergütung der übrigen belegärztlichen Leistungen, also innerhalb der MGV erfolgt nach der regionalen Euro-Gebührenordnung mit der Maßgabe, dass
- die Leistungen nach dem Kapitel 33, den Abschnitten 11.3, 11.4, 19.3, 30.7 (mit Ausnahme der Nrn. 30700, 30702, 30790, 30791), 34.2 (mit Ausnahme der Nr. 34274), 34.6 sowie die Leistungen nach den Nrn. 01770, 01772, 01773, 01774, 01775, 01785, 01786, 01831, 01902, 02520, 03321, 03322, 03324, 03330, 03331, 03332, 04321, 04322, 04324, 04330, 04331, 10320, 10322, 10324, 13250, 13251, 13252, 13253, 13254, 13255, 13256, 13257, 13301, 13310, 13400 bis 13431, 13551 bis 13561, 13651 bis 13701, 30430, 30431, 34500 und 34501 EBM mit 60% der Vergütungssätze
 - die Leistungen der Abschnitte 17.3, 34.3 und 34.4 sowie nach der Nr. 34502 EBM mit 20% der Vergütungssätze
- vergütet werden.

Der vom Belegarzt hinzugezogene Vertragsarzt erhält unter den Voraussetzungen des § 41 Abs. 2, 6 und 7 BMV-Ä bzw. § 33 Abs. 2, 6 und 7 EKV die Vergütung mit der Maßgabe, dass

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

§ 10 Erstattung von Kosten

Die Kosten für Materialien, die gemäß Abschnitt 7.3 EBM nicht in den berechnungsfähigen Leistungen enthalten sind und auch nicht über Sprechstundenbedarf bezogen werden können, werden gesondert nach Maßgabe des § 44 Abs. 5 BMV-Ä bzw. § 13 Abs. 5 EKV in

nachgewiesener Höhe abgerechnet, soweit die Vertragspartner nichts Abweichendes vereinbart haben.

Telefonkosten, die entstehen, wenn der behandelnde Arzt mit dem Krankenhaus zu einer erforderlichen stationären Behandlung Rücksprache nehmen muss, werden nach Maßgabe von Anlage B1 erstattet. Der Arzt hat in der Abrechnung pro Gebühreneinheit die Nr. 80230 einzutragen.

§ 11

Wegegelder und Wegepauschale

- 1) Für jeden Besuch erhalten die Ärzte – soweit in Abs. 2 nichts anderes bestimmt ist – eine Wegepauschale von Euro 1,32 bei Tag und Euro 2,41 bei Nacht nach Maßgabe von Anlage B1.
- 2) Anstelle der Wegepauschale gemäß Abs. 1 erhalten die Ärzte für Besuche ein Wegegeld nach Maßgabe von Anlage B1, wenn die Entfernung von der Wohnung des Patienten zum Arztsitz mehr als 2 km beträgt. Es kann jedoch höchstens die doppelte Entfernung zum nächsten Praxissitz eines anderen Arztes mit derselben Gebietsbezeichnung zugrunde gelegt werden. Für die Ermittlung der Kilometerzahl ist der kürzeste befahrbare Weg maßgebend. Bruchteile unter 0,5 km bleiben unberücksichtigt; Bruchteile von 0,5 km und darüber werden auf volle Kilometer aufgerundet.
- 3) Die im organisierten Notfalldienst innerhalb des Notfalldienstbezirks gefahrenen und auf Abrechnungsscheinen für den ärztlichen Notfalldienst ausgewiesenen Kilometer können ohne Rücksicht auf die Entfernung von der Wohnung des Patienten zu einem ggf. näher liegenden Arztsitz angesetzt werden.
- 4) Bei Besuchen, die im Rahmen der Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 4. Lebensjahres notwendig werden, ist zur Berechnung des Wegegeldes nach Maßgabe von Anlage B1 die Entfernung zwischen der Praxis des Arztes und der Besuchsstelle maßgebend, es sei denn, der Besuch zur Durchführung der Früherkennungsuntersuchung wird im Verlauf einer allgemeinen Besuchstour erbracht. In diesem Fall ist zur Berechnung des Wegegeldes die Entfernung zwischen dem besuchten Kind und demjenigen besuchten Patienten zugrunde zu legen, der dem besuchten Kind am nächsten wohnt, höchstens aber die Entfernung zwischen Praxis und Besuchsstelle. Besuche nach dieser Bestimmung sind nur nach Nr. 01721 EBM abrechenbar. Wegegebühren im Zusammenhang mit Früherkennungsuntersuchungen sind nicht abrechnungsfähig, wenn diese mit gewisser Regelmäßigkeit am selben Ort (z.B. Krankenhaus, Entbindungsanstalt) durchgeführt werden.
- 5) Als Wegegeld wird nach Maßgabe von Anlage B1 je Doppelkilometer gezahlt:

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

§ 12 Quartalskonto-/Abrechnungsbescheid

1) Einzelheiten des Quartalskonto-/Abrechnungsbescheides

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

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

2) Honorarzahlungen für ermächtigte Ärzte

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

3) Fälligkeit/Abschlagszahlungen

- a) Der Honorarbescheid wird in der Regel bis zum Ende des auf das Abrechnungsquartal folgenden vierten Monats erlassen. Forderungen gegen die Kassenärztliche Vereinigung werden erst fällig, nachdem Prüfungen auf Richtigkeit und ggf. auf Wirtschaftlichkeit durchgeführt und deren Ergebnisse rechtswirksam geworden sind. Bis zu diesem Zeitpunkt steht der Honorarbescheid unter Vorbehalt; Zahlungen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein an den Vertragsarzt bleiben bis dahin aufrechnungsfähige und ggf. rückzahlungspflichtige Vorschüsse.
Auf das Vierteljahreshonorar können die an der Abrechnung Teilnehmenden monatliche Abschlagszahlungen, deren Höhe ggf. in der Regel mindestens 20%, höchstens jedoch 25% und für die erste Abschlagszahlung des vierten Abrechnungsquartals (Oktober-Rate) 24% des anerkannten Gesamthonorars abzüglich der Bareinnahmen an Praxisgebühr der letzten durch die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein fertig gestellten Quartalsabrechnung betragen soll, erhalten. Die Restzahlung erfolgt nach Erteilung des Honorarbescheides. Die Höhe der Abschlagszahlungen können geschätzt werden, wenn sich die Bedingungen grundlegend insbesondere durch die Umstellung auf eine neue Vergütungssystematik, durch die Nicht-Fortführung bisheriger vertraglicher Regelungen oder aufgrund von Änderungen an der Teilnahme der vertragsärztlichen Versorgung ändern. Im Falle der Überzahlung, bei Insolvenz sowie zur Sicherung möglicher Rückforderungs- oder Schadensersatzansprüche oder künftiger Forderungen kann die Abschlags- und/oder Restzahlung reduziert oder ausgesetzt werden. Bei Überzahlungen, Rückforderungen und Schadensersatzforderungen kann – auch im Falle der Insolvenz – der festgestellte Betrag auch sofort verrechnet werden. In den ersten beiden Quartalen nach Aufnahme der Vertragsarztpraxis erhält der Arzt angemessene Abschlagszahlungen aufgrund der von ihm nachgewiesenen Zahl der Behandlungsfälle. Bei diesen handelt es sich, wie bei allen Abschlagszahlungen nach diesem HVV, um Leistungen, auf die auch bei wiederholter Gewährung kein Rechtsanspruch besteht.

- b) Sofern die Krankenkassen nach den Bestimmungen der Gesamtverträge eine Berichtigung der Abrechnung eines Vertragsarztes nur innerhalb einer Ausschlussfrist geltend machen können, wird der Quartalskonto-/Abrechnungsbescheid gegenüber dem Arzt erst verbindlich, wenn entweder die Ausschlussfrist abgelaufen ist oder die Berichtigungsforderung der betreffenden Krankenkasse endgültig für unbegründet erklärt worden ist. Der betroffene Vertragsarzt ist von einer fristgerecht gestellten Berichtigungsforderung einer Krankenkasse unverzüglich zu unterrichten. Unberührt hiervon bleibt das Recht zur sachlich-rechnerischen Berichtigung der Abrechnung.

4) Honorareinbehalt

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

5) Aussetzung von Honorarzahungen

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

§ 13 Überleitungsvorschrift

Zur Überleitung der Vergütung von Notfällen, die von Krankenhäusern in dem Zeitraum von I/99 bis IV/06 erbracht worden sind, wird bestimmt, dass – soweit über die Honorierung nicht bereits bestandskräftig entschieden wurde – der Punktwert für die Vergütung quartalsweise aus der Division der Summe der Vergütungsanteile für Leistungen im organisierten Notfalldienst und der Vergütungsanteile für Notfalleistungen durch Krankenhäuser durch das für Notfalleistungen abgerechnete Gesamtpunktzahlvolumen ermittelt wird. Die Differenz zwischen dem jeweils ausgekehrten Vergütungspunktwert zu dem ermittelten Punktwert wird unter Berücksichtigung des 10%igen Investitionskostenabschlages bei Krankenhäusern für den anerkannten Leistungsbedarf für Notfallbehandlungen durch das jeweilige Krankenhaus im jeweiligen Quartal unter Abzug der Verwaltungskosten nachvergütet.

§ 14 Haftungsausschluss

1) MGV

Für den Fall, dass sich aus den Regelungen in diesem HVV eine Rechtswidrigkeit von Honorarbescheiden der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein ergibt, so hat dies keine Auswirkung auf die Höhe der MGV. Davon wird die gesetzlich vorgegebene Verlagerung des Morbiditätsrisikos auf die gesetzlichen Krankenkassen nicht tangiert.

2) Verfahrenskosten

Im Zusammenhang mit der Anfechtung von Honorarbescheiden, die auf der Grundlage dieser Vereinbarung ergehen, gehen evtl. anfallende Gerichtskosten und außergerichtliche Kosten ausschließlich zu Lasten der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein, sofern

seitens der anderen Partner dieser Vereinbarung im Rahmen der Beiladung keine Anträge gestellt werden.

§ 15 Laufzeit

Diese Vereinbarung (Teil B) tritt zum 01.01.2012 in Kraft und läuft bis zum 31.03.2012 mit der Maßgabe, dass dieser HVV als ein im Benehmen hergestellter Honorarverteilungsmaßstab (HVM) gilt, wenn es nach Inkrafttreten des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes zum 01.01.2012 einer Vereinbarung zwischen den Vertragspartnern nicht mehr bedarf.

ANLAGE B1
zum Honorarverteilungsvertrag mit Wirkung ab dem 01.01.2012

Leistungen außerhalb
der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

- Verträge über die hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V (**HZV AOK, BKK, Knappschaft, LKK ab 2008**)
- Vertrag zur präventionsorientierten hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V (**HZV BIG direkt gesund**)
- Verträge nach § 73 Abs. 3 SGB V i. V. m. § 73c SGB V über die Durchführung einer Hautkrebsvorsorgeuntersuchung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung (**Hautkrebs-Screening AOK, Barmer GEK, BIG direkt gesund, BKK, IKK classic, IKK Thüringen, Knappschaft, TK**)
- Verträge nach § 73c SGB V zur Förderung der Qualität in der homöopathischen Therapie im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung (**Homöopathie EKK, BKK für Heilberufe, pronova BKK**)
- Vertrag zur Versorgung mit klassischer Homöopathie als besonderem Versorgungsauftrag gemäß § 73c SGB V (**Homöopathie SECURVITA BKK, BKK Linde, BKK Daimler Benz, BKK ESSANELLE, BKK 24, BKK Pfaff, IKK classic, BKK Herkules**)
- Vertrag über die palliativmedizinische und palliativpflegerische Versorgung gemäß § 73c SGB V in Verzahnung zur Vereinbarung über die hausarztzentrierte Versorgung gemäß § 73b SGB V i. V. m. §§ 140a ff. SGB V (**Palliativ PKK**)
- Vereinbarung über die palliativmedizinische Versorgung von unheilbar erkrankten Patienten im häuslichen Umfeld (**Palliativ EKK**)
- Vertrag über ein strukturiertes Behandlungsprogramm (DMP) nach § 137f SGB V zur Verbesserung der Qualität der ambulanten Versorgung von Versicherten mit Asthma bronchiale bzw. COPD (**DMP Asthma/COPD**)
- Vertrag über ein strukturiertes Behandlungsprogramm (DMP) nach § 137f SGB V zur Verbesserung der Qualität der ambulanten Versorgung von Typ 1-Diabetikern (**DMP Diabetes 1**)
- Vertrag über ein strukturiertes Behandlungsprogramm (DMP) nach § 137f SGB V zur Verbesserung der Qualität der ambulanten Versorgung von Typ 2-Diabetikern (**DMP Diabetes 2**)
- Vertrag über ein strukturiertes Behandlungsprogramm (DMP) nach § 137f SGB V zur Verbesserung der Qualität der ambulanten Versorgung von Versicherten mit Koronarer Herzkrankheit (KHK) (**DMP KHK**)
- Vertrag über ein strukturiertes Behandlungsprogramm (DMP) nach § 137f SGB V zur Verbesserung der Qualität der ambulanten Versorgung von Brustkrebspatientinnen (**DMP Brustkrebs**)
- Vereinbarung über die Zahlung einer Sachkostenpauschale für die Versorgung mit Schienenverbänden - Knie Ruhigstellungsschienen/Immobilisationsschienen - (**Vereinbarung Schienenverbände**)
- Vereinbarung über die Versorgung der Versicherten der **Barmer GEK** mit parenteralen Ernährungslösungen (**parenterale Ernährung**)
- Vertrag nach § 132e SGB V über die Durchführung von Schutzimpfungen gemäß § 20d Abs. 1 i. V. m. § 92 Abs. 1 Nr. 15 SGB V (**Schutzimpfungen**)
- Vereinbarung über die Durchführung und Abrechnung von Schutzimpfungen für Auslandsreisen (**Reiseschutzimpfungen mit ktpBKK; BKK Vor Ort, BKK DEMAG**)

KRAUSS-MAFFEI, BKK für Heilberufe, BKK Novitas, pronova BKK, BKK Victoria-D.A.S, TK, BIG direkt gesund, BKK24, Barmer GEK, Deutsche BKK, Knappschaft)

- Vereinbarung über die Durchführung und Abrechnung der Impfung zur Prävention von Gebärmutterhalskrebs mit Humanem Papillomvirus-Impfstoff (**HPV Impfung mit BKK DEMAG KRAUSS-MAFFEI, BKK für Heilberufe, BKK Novitas, pronova BKK, BKK Victoria-D.A.S, TK, BIG direkt gesund, BKK Vor Ort, Deutsche BKK**)
- Verträge zur Abgeltung der Kosten für Intraokularlinsen und Verbrauchsmaterialien bei der ambulanten vertragsärztlichen Katarakt-Operation (**Katarakt LKK, Knappschaft**)
- Verträge über die Förderung ambulant durchgeführter Katarakt-Operationen in der vertragsärztlichen Versorgung (**Katarakt Kontingentvertrag AOK, BKK, EKK, IKK**)
- Vereinbarungen über die Vergütung der vertragsärztlichen Kataraktoperation und der Kosten für Intraokularlinsen und Verbrauchsmaterialien (**Katarakt Fallpauschale AOK, BKK, EKK, IKK**)
- Verträge zur Behandlung der feuchten, altersabhängigen Makuladegeneration (AMD) mittels intravitrealer Eingabe von VEGF-Hemmern (**Makuladegeneration (IVI) BIG direkt gesund, BKK, Knappschaft, LKK NRW**)
- Rahmenvertrag zur Behandlung der feuchten, altersabhängigen Makuladegeneration und anderer Krankheitsbilder (**AOK**)
- Vereinbarungen über ein erweitertes Präventionsangebot als Ergänzung zu den Kinder-richtlinien gemäß des Gemeinsamen Bundesausschusses (**Prävention Kinder U10 und U11 AOK, BKK, IKK, LKK**)
- Vertrag über die Erbringung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (**SAPV**) in Nordrhein gemäß § 132d SGB V i. V. m. § 37b SGB V
- Vereinbarung über den Ersatz des den Vertragsärzten entstehenden Aufwandes bei der ausführlichen Beantwortung der Anfragen der Krankenkassen zur Feststellung der zu Lasten der Krankenkassen abgerechneten Behandlungs- und Verordnungskosten bei rückwirkend anerkannten Berufskrankheiten (einzelne BKK' en)
- Vertrag nach § 73c SGB V über die Durchführung einer Tonsillotomie (**Tonsillotomie-Vertrag, KKH Allianz, Barmer GEK, BKK, Knappschaft, AOK**)
- Vertrag nach § 73c SGB V über die Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin (**U10 und U11, Knappschaft, TK**)
- Vertrag nach § 73c SGB V über die Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin (**J2, Knappschaft, TK, Bergische KK**)
- Vertrag nach § 73c SGB V über ein Konsequentes Infektionsscreening in der Schwangerschaft (**K.I.S.S. mit der BIG direkt gesund**)
- Vereinbarung zur Förderung der Qualität der vertragsärztlichen Versorgung von Kindern u. Jugendlichen mit AD(H)S ab 01.10.2010 (**AOK Rheinland/Hamburg**)
- Modulvertrag zum Vertrag zur Förderung der Qualität der vertragsärztlichen Versorgung von Kindern u. Jugendlichen mit AD(H)S ab 01.10.2010 (**AOK Rheinland/Hamburg**)
- Vereinbarung über Maßnahmen zur Verbesserung der ambulanten Versorgung von Patienten mit Schizophrenie (**Schizophrenie-Vereinbarung, AOK Rheinland/Hamburg, DAK**)
- Strukturvertrag zur Versorgung des diabetischen Fußsyndroms (**AOK**)
- Wegepauschale und Wegegeder Primär- und Ersatzkassen (§ 11 HVV)
- Rahmenvereinbarung über die "Auffangkonzeption" für die aus dem Krankenhausplan ausscheidenden Psychiatriebetten

- Belegärztliche Leistungen des Kapitels 36, Nrn. 13311, 13311I, 17370 EBM und Geburtshilfe
- Leistungen nach Kapitel 31 und nach dem Katalog zu § 115b SGB V Abschnitt 1 und 2, Leistungen des Abschnitts 5.3 EBM, soweit sie im Zusammenhang mit einer Leistung nach dem Katalog zu § 115b SGB V erbracht wurden, sowie Nrn. 13421-13431, 04514, 04515, 04518, 04520 EBM und Zentrumsvertrag
- Leistungen der Abschnitte 1.7.1 bis 1.7.4 sowie der Nrn. 40850, 40852, 32880-32882 EBM
- Früherkennungsuntersuchung U7a nach der Nr. 01723 EBM
- Hautkrebs-Screening nach den Nrn. 01745 und 01746 EBM
- Vakuumstanzbiopsien nach den Nrn. 34274, 40454, 40455, 40854, 40855 EBM
- Strahlentherapeutische Leistungen, einschließlich Kostenpauschalen, nach den Nrn. 25210 - 25342 sowie 40840 und 40841 EBM
- Phototherapeutische Keratektomie nach den Nrn. 31362, 31734, 31735 und 40680 EBM
- Leistungen der künstlichen Befruchtung
- Substitutionsbehandlung nach den Nrn. 01950, 01951, 01952, 01955 und 01956 EBM
- Kostenpauschalen nach den Nrn. 40870 und 40872 EBM
- Telefonkosten nach der Nr. 80230 (§ 10 Abs. 2 HVV)
- Sachkostenpauschale LDL-Apherese und bei isolierter Lipoproteinerhöhung nach den Nrn. 90020, 90021, 90020A, 90021A, 13622, 13622I
- Immun-Apherese bei rheumatoider Arthritis nach der Nr. 90022
- Dialyse St. Antonius Hospital bzw. Patientenheimversorgung Bad Homburg nach den Nrn. 90110, 90110E, 90123E – 90126E, 90128E – 90136E, 90140E – 90155E und 90156E – 90157E
- Kostenpauschale Dialyse Nrn. 40800 - 40808, 40810 - 40813, 40820 - 40822 EBM
- Neugeborenen-Hörscreening nach den Nrn. 01704 bis 01706 EBM
- Varicella-Zoster-Antikörper im Rahmen der Empfängnisregelung nach der Nr. 01833 EBM
- Balneophototherapie nach der Nr. 10350 EBM
- Leistungen der Nrn. 01425 und 01426 EBM (Erst- bzw. Folgeverordnung SAPV)

ANLAGE B2
zum Honorarverteilungsvertrag mit Wirkung ab dem 01.01.2012

Für nachfolgende Arztgruppen werden RLV und/oder QZV gemäß Beschluss Teil F, Abschnitt I., Ziffer 2.1 ermittelt und festgesetzt:

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

Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin

Fachärzte für Anästhesiologie

Fachärzte für Augenheilkunde

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

Fachärzte für Frauenheilkunde

Fachärzte für Frauenheilkunde mit fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin

Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde

Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten

Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören

Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie

Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Endokrinologie

Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie

Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/Onkologie

Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie

Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie

Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie

Fachärzte für 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 Physikalisch-rehabilitative Medizin

Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie

Fachärzte für Diagnostische Radiologie

Fachärzte für Urologie

ANLAGE B3
zum Honorarverteilungsvertrag mit Wirkung ab dem 01.10.2012

**Bildung der Regelleistungsvolumen (RLV) und
qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV)**

Schritt 1 **Bestimmung des versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumens**

Ausgangsgröße für die quartalsweise Ermittlung und Festsetzung der RLV und QZV ist die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) gemäß Beschluss Teil B, Ziffer 6 vom 02.09.2009 unter Abzug des Leistungsbedarfs auf Basis des entsprechenden Quartals des Jahres 2011 bewertet mit dem regional vereinbarten Punktwert, sofern nachfolgend nichts Abweichendes bestimmt ist, für

- zu erwartende Zahlungen im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 75 Abs. 7 und 7a SGB V, soweit diese die in Schritt 1 benannten Leistungen betreffen,
- die Vergütung für antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM der in § 87b Abs. 2 Satz 6 SGB V genannten Arztgruppen,
- die Vergütung für Leistungen im organisierten ärztlichen Notfalldienst sowie für ambulante Notfalleistungen der Krankenhäuser und durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte außerhalb der üblichen Praxiszeiten,
- die Vergütung für die Konsiliar- und Grundpauschale für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin, ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin (GOP 12210 und 12220 EBM), für die Grundpauschale für zur Abrechnung von Kostenerstattungen und Leistungen des Kapitels 32 EBM ermächtigte Ärzte, Einrichtungen, Krankenhäuser und Institutionen (GOP 01320), für die GOP 32001 EBM und für Leistungen und Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM,
- die Vergütung für die Erhöhung des Behandlungsbedarfs je Versichertem um 0,1635% gemäß Beschluss Teil B, Ziffer 3.3 vom 02.09.2009 ohne die zu erwartende Erhöhung der Leistungsmenge der antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der Richtlini-
enpsychotherapie.

Abweichend bestimmt sich die Ermittlung des unter dem vierten Punkt aufgeführten Vergütungsvolumens nach Teil B, Schritt 18 sowie Teil E der Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß § 87b Abs. 4 SGB V (Artikel 1, Nr. 24 GKV-VStG) zur Honorarverteilung der Kassenärztlichen Vereinigungen mit Wirkung zum 01. Juli 2012 zur Vergütung laboratoriumsmedizinischer Leistungen in ihrer jeweils gültigen Fassung.

Auf die so angepasste MGV wird zur Bestimmung des versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumens der nach Beschluss Teil F, Abschnitt I., Anlage 4, Anhang 1 ermittelte Trennungsfaktor angewendet. Dadurch entsteht jeweils ein haus- und ein fachärztliches Verteilungsvolumen.

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

Das haus- bzw. fachärztliche Verteilungsvolumen wird um 15% bzw. um 85% der unter Schritt 1 in Abzug gebrachten Vergütung für die Erhöhung des Behandlungsbedarfs je Versichertem von 0,1635% erhöht. Im Anschluss daran wird das versorgungsbereichsspezifische Verteilungsvolumen

1) im hausärztlichen Versorgungsbereich gemindert um

- a) die zu erwartenden bereichsspezifischen Zahlungen im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 75 Abs. 7 und 7a SGB V,
- b) die gemäß Beschlussteil G gebildeten Rückstellungen
 - zur Berücksichtigung einer Zunahme von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten

- für Sicherstellungsaufgaben (z.B. Gewährung von Ausnahmen, nachträglich erfolgende Honorarkorrekturen aus Vorquartalen)
 - zum Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten
 - für Praxisbesonderheiten gemäß § 87b Abs. 3 Satz 3 SGB V
 - zum Ausgleich von Fehlschätzungen für Vorwegabzüge gemäß Beschluss Teil F, Abschnitt I., Ziffer 3.1.2 und Anlage 4, Anhang 1,
- c) die zu erwartenden Zahlungen für den Aufschlag bei Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Arztpraxen mit angestellten Ärzten,
- d) 2% für die abgestaffelt zu vergütenden Leistungen,
- e) das Vergütungsvolumen für Leistungen der Psychotherapie der nicht in § 87b Abs. 2 Satz 6 SGB V genannten Arztgruppen soweit die Leistungen nicht in Anlage B4 aufgeführt sind, auf Basis des entsprechenden Quartals des Jahres 2011,
- f) das Vergütungsvolumen für Besuche nach den GOP 01410, 01413 und 01415 EBM,
- g) das Vergütungsvolumen für Besuche nach den GOP 01411 und 01412 EBM,
- h) das Vergütungsvolumen für Leistungen der schmerztherapeutischen speziellen Versorgung nach den GOP 30700 bis 30708 EBM,
- i) das Vergütungsvolumen für schmerztherapeutische spezielle Behandlungen nach den GOP 30710 bis 30760 EBM,
- j) das Vergütungsvolumen für die unvorhergesehene Inanspruchnahme nach den GOP 01100, 01101, 01102 EBM,
- k) das Vergütungsvolumen für Leistungen der ermächtigten Krankenhausärzte, ermächtigten Krankenhäuser, Einrichtungen und Institutionen, die wegen einer begrenzten Ermächtigung auf wenige Einzelleistungen kein Regelleistungsvolumen erhalten mit der Maßgabe, dass nach Beschluss Teil F, Abschnitt II., Ziffer 1 die unter g) bis k) aufgeführten Volumina jeweils auf Basis des Leistungsbedarfs des entsprechenden Quartals des Jahres 2011 mit dem Punktwert von 3,5048 Cent bewertet, abgesenkt um 10%, als jeweils eigenständiges Kontingent geführt werden,
- l) die Vergütungen für Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM mit Ausnahme der in Anlage B1 benannten Kostenpauschalen auf Basis des entsprechenden Quartals des Jahres 2011,
- m) die zu erwartenden Zahlungen für u. a. folgende Vereinbarungen:
- belegärztliche Leistungen innerhalb der MGV (§ 9 HVV)
 - Pauschalerstattung für suprapubische Katheter
 - Sozialpsychiatrie-Vereinbarung
 - Leistungen nach den GOP 30920, 30922 und 30924 EBM
 - Onkologie-Vereinbarung.

2) im fachärztlichen Versorgungsbereich gemindert um

- a) die zu erwartenden bereichsspezifischen Zahlungen im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 75 Abs. 7 und 7a SGB V,
- b) die gemäß Beschlussteil G gebildeten Rückstellungen
- zur Berücksichtigung einer Zunahme von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten
 - für Sicherstellungsaufgaben (z.B. Gewährung von Ausnahmen, nachträglich erfolgende Honorarkorrekturen aus Vorquartalen)
 - zum Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten
 - für Praxisbesonderheiten gemäß § 87b Abs. 3 Satz 3 SGB V
 - zum Ausgleich von Fehlschätzungen für Vorwegabzüge gemäß Beschluss Teil F, Abschnitt I., Ziffer 3.1.2 und Anlage 4, Anhang 1,
- c) die zu erwartenden Zahlungen für den Aufschlag bei Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Arztpraxen mit angestellten Ärzten,
- d) 2% zzgl. des 2%igen Abzuges gemäß § 8 Abs. 3) Satz 2 für alle abgestaffelt zu vergütenden Leistungen,
- e) das Vergütungsvolumen für nicht antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen der Psychotherapie der in § 87b Abs. 2 Satz 6 SGB V genannten Arztgruppen sowie

für Leistungen der Psychotherapie der nicht in § 87b Abs. 2 Satz 6 SGB V genannten Arztgruppen, soweit die Leistungen nicht in Anlage B4 aufgeführt sind, auf Basis des entsprechenden Quartals des Jahres 2011,

- f) das Vergütungsvolumen für Besuche nach den GOP 01410, 01413 und 01415 EBM,
- g) das Vergütungsvolumen für Besuche nach den GOP 01411 und 01412 EBM,
- h) das Vergütungsvolumen für Leistungen der Fachärzte für Strahlentherapie,
- i) das Vergütungsvolumen für Leistungen der Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie sowie der Fachärzte für Transfusionsmedizin,
- j) das Vergütungsvolumen für Leistungen der schmerztherapeutischen speziellen Versorgung nach den GOP 30700 bis 30708 EBM,
- k) das Vergütungsvolumen für schmerztherapeutische spezielle Behandlungen nach den GOP 30710 bis 30760 EBM,
- l) das Vergütungsvolumen für die unvorhergesehene Inanspruchnahme nach den GOP 01100, 01101, 01102 EBM,
- m) das Vergütungsvolumen für die Excision nach den GOP 10343 und 10344 im Rahmen des Hautkrebs-Screenings,
- n) das Vergütungsvolumen für Leistungen der Sonographie nach den Nrn. 33060, 33061, 33070, 33072, 33073, 33075, 33076 und 30500 EBM durch die Fachärzte für Gefäßchirurgie,
- o) das Vergütungsvolumen für Leistungen der Sonographie mittels Duplex-Verfahren nach den Nrn. 33070, 33071 und 33075 EBM für Fachärzte für Neurologie, Fachärzte für Psychiatrie und Neurologie sowie für Fachärzte, die sowohl als Facharzt für Neurologie, als auch als Facharzt für Psychiatrie zugelassen sind, und Nervenärzte mit Ausnahme der Fachärzte für Psychiatrie und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie,
- p) das Vergütungsvolumen für Leistungen der Anästhesie bei zahnärztlicher Behandlung nach den GOP 05330, 05331, 05340, 05341 und 05350 EBM, soweit sie nicht im Zusammenhang mit einer Leistung nach dem Katalog zu § 115b SGB V (Anlage B1) erbracht wurden,
- q) das Vergütungsvolumen für Leistungen auf Überweisungsfällen zur Befundung von dokumentierten Untersuchungsergebnissen (z.B. computergestützte Auswertung eines kontinuierlich aufgezeichneten Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden) sowie von Auftragsleistungen nach den GOP 01826, 01827, 01829, 01840, 01915 EBM,
- r) das Vergütungsvolumen für MRT-Leistungen der Fachärzte für Neurologie nach den GOP 34410 bis 34460 EBM,
- s) das Vergütungsvolumen für Leistungen des Kapitels 11 und nach den GOP 01837 sowie 08570 bis 08572 EBM, wobei das Volumen differenziert wird nach den GOP 11210 bis 11212, 11230 bis 11232, 01837, 08570 bis 08572 EBM einerseits und den übrigen Leistungen des Kapitels 11 EBM andererseits,
- t) das Vergütungsvolumen für Leistungen des Kapitels 19 EBM,
- u) das Vergütungsvolumen für Leistungen der ermächtigten Krankenhausärzte, ermächtigten Krankenhäuser, Einrichtungen und Institutionen, die wegen einer begrenzten Ermächtigung auf wenige Einzelleistungen kein Regelleistungsvolumen erhalten,
- v) das Vergütungsvolumen für Leistungen der Polysomnographie (GOP 30901 EBM),
- w) das Vergütungsvolumen für Leistungen von Vertragsärzten, die gemäß § 73 SGB V dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören und eine Ausnahmeregelung zur Durchführung und Abrechnung von Leistungen, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich zugeordnet sind, erhalten haben (sog. KO – Leistungen),
mit der Maßgabe, dass nach Beschluss Teil F, Abschnitt II., Ziffer 1 die unter g) bis w) aufgeführten Volumina jeweils auf Basis des Leistungsbedarfs des entsprechenden Quartals des Jahres 2011 mit dem Punktwert von 3,5048 Cent bewertet, abgesenkt um 10% als jeweils eigenständiges Kontingent geführt werden,
- x) das Vergütungsvolumen für die Strukturpauschale nach der GOP 06225 EBM (Beschluss des Bewertungsausschusses vom 31.08.2011), welches sich daraus ergibt, dass

- der Leistungsbedarf der Fachärzte für Augenheilkunde, der sich aus der Absenkung der Bewertungen einzelner GOP ergibt, mit dem durchschnittlichen Punktwert für die Leistungen der RLV und QZV des jeweiligen Vorjahresquartals multipliziert wird (Schritt 3 Abs. 1, Satz 3) und
 - unter Abzug des vorstehend ermittelten Betrages die Abrechnungsmöglichkeit der GOP 06225 EBM auf Basis der Abrechnung des jeweiligen Vorjahresquartals errechnet und der hieraus resultierende Leistungsbedarf ebenfalls mit dem durchschnittlichen Punktwert für die Leistungen der RLV und QZV des jeweiligen Vorjahresquartals zu Lasten des fachärztlichen Versorgungsbereichs multipliziert wird,
- mit der Maßgabe, dass dieses Vergütungsvolumen als eigenständiges Kontingent geführt wird,
- y) die Vergütungen für Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM mit Ausnahme der in Anlage B1 benannten Kostenpauschalen auf Basis des entsprechenden Quartals des Jahres 2011,
- z) die zu erwartenden Zahlungen für u. a. folgende Vereinbarungen:
- belegärztliche Leistungen innerhalb der MGV (§ 9 HVV)
 - Pauschalerstattung für suprapubische Katheter
 - Sozialpsychiatrie-Vereinbarung
 - Leistungen nach den GOP 30920, 30922 und 30924 EBM
 - Onkologie-Vereinbarung
 - Vereinbarung über die Durchführung und Abrechnung ambulant durchgeführter netzhaut- und glaskörperchirurgischer Eingriffe (vitreoretinale Chirurgie).

3) Versorgungsbereichswechsel

Bei einem Wechsel des Versorgungsbereichs durch einen Vertragsarzt sind die Regelungen des Beschlusses Teil F, Abschnitt I., Anlage 4 zu beachten.

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

1) Arztgruppenspezifisches Verteilungsvolumen

Das bisher ermittelte Verteilungsvolumen wird gemäß Beschluss Teil F, Abschnitt I., Anlage 5 versorgungsbereichsspezifisch jeweils auf die Arztgruppen gemäß Anlage B2 verteilt, wobei der Leistungsbedarf des jeweiligen Vorjahresquartals zu Grunde gelegt wird.

Dieser arztgruppenspezifische Leistungsbedarf ist nach den Beschlüssen des Bewertungsausschusses zur Änderung des EBM vom 31.08.2011 wie folgt anzupassen. Der Leistungsbedarf der Fachärzte für Augenheilkunde ist um die Änderung der Bewertungen einzelner GOP anzupassen und wird, multipliziert mit dem durchschnittlichen Punktwert für die Leistungen der RLV und QZV des jeweiligen Vorjahresquartals, dem in Schritt 2 Abs. 2x) gebildeten Kontingent zur Vergütung der GOP 06225 EBM zugeführt. Der Leistungsbedarf der Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde sowie für Phoniatrie und Pädaudiologie erhöht sich zu Lasten des fachärztlichen Versorgungsbereiches durch die ermittelten Anpassungsfaktoren für die neu in den EBM aufgenommenen Leistungen mit der Maßgabe, dass eine arztgruppenspezifische Anpassung ggf. auch für Folgezeiträume erfolgt, wenn die Abrechnungsergebnisse zeigen, dass die Leistungsentwicklung von den ermittelten Anpassungsfaktoren abweicht.

Im Zusammenhang mit den onkologischen Zusatzpauschalen im EBM erfolgt eine Aufwertung der Grundpauschalen des EBM und damit zu Lasten des fachärztlichen Versorgungsbereiches eine Erhöhung des Leistungsbedarfs des jeweiligen Vorjahresquartals für die Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie, für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie und für Urologie.

2) **Arztgruppenspezifische Vergütungsbereiche**

Für diese arztgruppenspezifischen Vergütungsvolumina gilt im weiteren Folgendes.

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

Die Vertragspartner vereinbaren nach Beschluss Teil F, Abschnitt I., Ziffer 3.1.4 für einzelne Vergütungsvolumen,

- dass bei den Fachärzten für Innere und Allgemeinmedizin, für Allgemeinmedizin, den Praktischen Ärzten und den Fachärzten für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören, die allergologischen Leistungen nach den GOP 30110, 30111 und 30120 bis 30123 EBM,
- dass bei den Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Hämatologie/Onkologie die praxisklinische Betreuung und Beobachtung nach den GOP 01510 bis 01512 EBM

als besonders förderungswürdige Leistungen jeweils in einem eigenständigen Anteil innerhalb des arztgruppenspezifischen Vergütungsvolumens geführt werden. Diese Anteile werden für die allergologischen Leistungen und für die praxisklinische Betreuung und Beobachtung gebildet auf Basis des jeweiligen Leistungsbedarfs des entsprechenden Quartals im Jahr 2011, bewertet mit dem sich rechnerisch ergebenden Durchschnittspunktwert im jeweiligen Versorgungsbereich.

Für das Vergütungsvolumen der Fachärzte für Diagnostische Radiologie und Fachärzte für Nuklearmedizin stellen die Vertragspartner fest, dass der Beschluss vom 26.03.2010 zu überproportional nachteiligen Auswirkungen führt. Diese entstehen u.a. dadurch, dass ein überwiegender Teil der Fachärzte für Diagnostische Radiologie und Fachärzte für Nuklearmedizin in der Regel einen überwiegenden Teil der Leistungen in den QZV abrechnet. Da die Aufschläge für Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Arztpraxen mit angestellten Ärzten grundsätzlich auf das RLV und nicht auf die QZV berechnet werden, wird vereinbart, diese arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen im Rahmen der Konvergenzphase nach Beschluss Teil F, Abschnitt II., Ziffer 1 zu erhöhen. Das Erhöhungsvolumen bemisst sich nach den Zahlungen, die im entsprechenden Quartal des Bezugszeitraumes III/2009 bis II/2010 als Aufschläge bei Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Arztpraxen mit angestellten Ärzten gewährt worden sind, abzüglich des Volumens, welches im jeweiligen Abrechnungsquartal für die entsprechenden Aufschläge zu zahlen ist.

Das Vergütungsvolumen der Fachärzte für Physikalisch-rehabilitative Medizin ermittelt sich zu Lasten des fachärztlichen Versorgungsbereiches auf Basis des Leistungsbedarfs des Vorjahresquartal bewertet mit dem Punktwert von 3,5048 Cent und abgesenkt um 10%.

Da die Auswirkungen dieses HVV nicht in allen Einzelheiten vorhersehbar sind, behalten sich die Vertragspartner vor, im Falle weiterer erheblich nachteiliger Auswirkungen Korrekturmaßnahmen zu beschließen, um überproportionale, die Kalkulationssicherheit gefährdende Honorarauswirkungen im Einzelfall, auf der Ebene der Arztgruppe oder in einzelnen Leistungsbereichen zu verhindern oder abzuschwächen.

b) **Vergütungsbereiche für RLV und QZV**

Das verbleibende arztgruppenspezifische Verteilungsvolumen wird sodann gemäß Beschluss Teil F, Abschnitt I., Anlage 6 jeweils auf die Vergütungsbereiche für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der RLV sowie für die Vergütung innerhalb der QZV aufgeteilt, wobei der Leistungsbedarf des jeweiligen Vorjahresquartals zu Grunde gelegt wird.

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

Den RLV-Verteilungsvolumen der Fachärzte für Frauenheilkunde wird im Rahmen der Konvergenzphase zu Lasten des fachärztlichen Versorgungsbereichs die Differenz zugesetzt, die sich aus der Betrachtung der Anteile an den RLV - Vergütungsvolumen für Leistungen nach den Abschnitten 1.7.5 bis 1.7.7 EBM und dem Volumen ergibt, welches sich ermittelt, wenn die vg. Leistungen auf Basis des Vorjahresquartal mit dem Punktwert von 3,5048 Cent bewertet und um 10% abgesenkt werden.

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

Bei der Bildung von QZV für Leistungen der Teilradiologie wird der Leistungsbedarf des Vorjahresquartals zu Lasten des fachärztlichen Versorgungsbereiches mit dem Punktwert von 3,5048 Cent bewertet und bei der Ermittlung der jeweiligen QZV-Fallwerte berücksichtigt.

Bei der Bildung von QZV für Leistungen der Akupunktur nach Abschnitt 30.7.3 EBM wird der Leistungsbedarf des Vorjahresquartals zu Lasten des fachärztlichen Versorgungsbereiches mit dem Punktwert von 3,5048 Cent bewertet und um 10% abgesenkt, wobei das sich nach dieser Berechnungsweise zu Beschluss Teil F, Abschnitt I., Anlage 6 je Arztgruppe für die leistungsfallbezogenen QZV ergebende Differenzvolumen dem RLV-Verteilungsvolumen der jeweiligen Arztgruppe zugeführt wird.

Schritt 4 Ermittlung RLV- und QZV-relevanter Fälle

Die Ermittlung der für RLV und QZV relevanten Fälle erfolgt nach Maßgabe des jeweils geltenden Beschlusses Teil F, Abschnitt I., Ziffer 2.6.

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

Schritt 5 Berechnung der arztgruppenspezifischen Fallwerte

1) RLV-Fallwert

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

2) QZV-Fallwert

Für die Vergütung ärztlicher Leistungen aller QZV einer Arztgruppe wird das gemäß Schritt 3 Abs. 2b) ermittelte arztgruppenspezifische QZV-Verteilungsvolumen aufgeteilt,

indem der Leistungsbedarf des jeweiligen QZV einer Arztgruppe ins Verhältnis gesetzt wird zum Leistungsbedarf aller QZV insgesamt einer Arztgruppe. Das hieraus resultierende arztgruppenspezifische Vergütungsvolumen je QZV wird durch die Anzahl der RLV/QZV-Fälle bzw. der QZV-Leistungsfälle der Arztgruppe des Vorjahresquartals dividiert und ergibt die arztgruppenspezifischen QZV-Fallwerte.

Schritt 6 Berechnung der arzt- und praxisbezogenen RLV und QZV

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

Die Höhe des RLV eines Arztes einer der in Anlage B2 zu diesem HVV benannten Arztgruppen ergibt sich aus der Multiplikation des quartalsweise gültigen arztgruppenspezifischen RLV-Fallwertes und der RLV-Fallzahl des Arztes im Vorjahresquartal.

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

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

- um 25% für RLV-Fälle über 150% bis 170% der durchschnittlichen RLV-Fallzahl der Arztgruppe,
- um 50% für RLV-Fälle über 170% bis 200% der durchschnittlichen RLV-Fallzahl der Arztgruppe,
- um 75% für RLV-Fälle über 200% der durchschnittlichen RLV-Fallzahl der Arztgruppe.

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

Das so ermittelte RLV je Arzt wird mit dem sich aus der morbiditätsbezogenen Differenzierung des RLV nach Altersklassen ergebenden und nach Maßgabe des jeweils geltenden Beschlusses (Teil F, Abschnitt I., Anlage 7, Nr. 3) errechneten Faktor multipliziert.

2) Berechnung des QZV

Die Höhe des QZV eines Arztes einer der in Anlage B2 zu diesem HVV benannten Arztgruppen ergibt sich aus der Multiplikation des quartalsweise gültigen arztgruppenspezifischen QZV-Fallwertes und der QZV-Fallzahl des Arztes im Vorjahresquartal.

Die QZV-Fallzahl des Arztes ermittelt sich aus der Behandlungsfallzahl gemäß Schritt 4. Für die Arztgruppen der Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin (beim QZV Allergologie erst ab 01.01.2013), Diagnostische Radiologie, Nuklearmedizin, Nervenheilkunde, Neurologie sowie für Psychiatrie und Psychotherapie wird bei der Berechnung der arzt- und praxisbezogenen QZV auf den Leistungsfall abgestellt. Gleiches gilt bei den QZV für Leistungen der Akupunktur nach Abschnitt 30.7.3 EBM, den QZV für Physikalische Therapie sowie Sonographie I für die Fachärzte für Orthopädie und den QZV für die GOP 01520, 01521 sowie 33070, 33072, 33073, 33075 und 33076 EBM für die Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie.

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

101 Abs. 1 Nr. 4 SGB V.

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

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

Der Anhang 1 zur Anlage B3 erhält für die Zeit vom 01.07.2012 bis längstens 30.06.2013 folgende Fassung.

ANHANG 1

zur ANLAGE B3 zum Honorarverteilungsvertrag mit Wirkung ab dem 01.07.2012

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

Nach Abzug des Bereinigungsbetrages für RLV- und/oder QZV – Leistungen ergeben sich bereinigte arztgruppenspezifische Verteilungsvolumina, welche unter Zugrundelegung des sich nach Beschluss Teil F, Abschnitt I., Anlage 6 ergebenden Faktors in die Vergütungsvolumen für RLV- sowie QZV-Leistungen aufgeteilt werden.

Bei der weiteren Berechnung findet das bereinigte QZV - Verteilungsvolumen allerdings keine Berücksichtigung mehr; die arzt- und praxisbezogenen QZV - Fallwerte werden ausschließlich nach Anlage B3 berechnet.

Im Ergebnis verbleibt jeweils ein bereinigtes arztgruppenspezifisches RLV - Vergütungsvolumen.

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

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

Soweit dieser bereinigte Fallwert, der grundsätzlich für alle Ärzte herangezogen wird, den sich nach Anlage B3 Schritt 5 Abs. 1 ergebenden Fallwert (unbereinigter Fallwert) um einen Schwellenwertes von 0,25 € unterschreitet, wird für die Ärzte, die nicht an einem Selektivvertrag teilnehmen (sog. Kollektiv-Ärzte), der unbereinigte Fallwert abzüglich des Schwellenwertes zu Grunde gelegt.

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

Die Höhe des RLV eines Kollektiv-Arztes ergibt sich gemäß Anlage B3 Schritt 6 Abs. 1 mit der Maßgabe, dass der bereinigte Fallwert bzw. unbereinigte Fallwert abzüglich des Schwellenwertes zu Grunde gelegt wird. Die Höhe des QZV eines Kollektiv-Arztes ergibt sich gemäß Anlage B3 Schritt 6 Abs. 2.

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

Die Höhe des QZV eines Selektiv-Arztes ergibt sich aus der Multiplikation des jeweiligen

QZV-Fallwertes und der bereinigten RLV-Fallzahl (RLV-Fallzahl abzüglich Selektiv-Fälle) des Selektiv-Arztes. Sofern auf den Leistungsfall abgestellt wird, ergibt sich das QZV durch Multiplikation des QZV-Fallwertes mit der bereinigten Leistungsfallzahl des Selektiv-Arztes. Diese bereinigte Leistungsfallzahl berechnet sich aus der unbereinigten Leistungsfallzahl multipliziert mit dem Ergebnis aus der Division der bereinigten RLV-Fallzahl des Selektiv-Arztes durch dessen unbereinigte RLV-Fallzahl.

Sofern sich hieraus infolge von Selektivverträgen die Notwendigkeit ergibt, die Anwendung der Regelungen in § 5 Abs. 3a) Sätze 3 bis 11 sowie in § 6 Abs. 4 anzupassen, erfolgt dies entsprechend.

ANLAGE B4
zum Honorarverteilungsvertrag mit Wirkung ab dem 01.10.2012

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

| | |
|--|---|
| Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören | Akupunktur |
| | Chirotherapie |
| | Ergometrie |
| | Kardiorespiratorische Polygraphie |
| | Langzeit-EKG |
| | Phlebologie |
| | Physikalische Therapie |
| | Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren |
| | Sonographie I |
| Sonographie III | |
| Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin | Akupunktur |
| | Allergologie (Zusatzbezeichnung) |
| | Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren |
| | Sonographie I |
| | Neuropädiatrische Leistungen (Abschnitt 4.4.2 EBM) |
| | Pädiatrisch-pneumologische Leistungen (Abschnitt 4.5.2 EBM) |
| | Kinderendokrinologische Leistung |
| | Hyposensibilisierung (ab dem 01.01.2013) |
| Fachärzte für Anästhesiologie | Akupunktur |
| | Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren |
| Fachärzte für Augenheilkunde | Fluoreszenzangiographie |
| | Sonographie I |
| Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie, für Neurochirurgie, für Gefäßchirurgie | Akupunktur |
| | Behandlung von Hämorrhoiden |
| | Phlebologie (30500 nicht Gefäßchirurgie) |
| | Physikalische Therapie |
| | Prokto-/Rektoskopie |
| | Sonographie I |
| | Sonographie III (nicht Gefäßchirurgie) |
| Teilradiologie | |
| Fachärzte für Frauenheilkunde | kurative Mammographie |
| | Mamma-Sonographie, Stanzbiopsie |
| | Praxisklinische Beobachtung und Betreuung |
| | Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren |

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

| | |
|--|---|
| Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Nephrologie | Sonographie II |
| | Sonographie III |
| Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie | Neurophysiologische Übungsbehandlung |
| Fachärzte für Nervenheilkunde | Akupunktur |
| | Betreuung neurologisch bzw. psychisch Kranker im sozialen Umfeld |
| | Sonographie III |
| Fachärzte für Neurologie | Akupunktur |
| | Kardiorespiratorische Polygraphie |
| | Praxisklinische Beobachtung und Betreuung |
| | Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren |
| | Sonographie III |
| Fachärzte für Nuklearmedizin | GOP 17362 |
| | GOP 17363 |
| | GOP 17320 |
| | GOP 17310, 17311, 17312, 17360 |
| | GOP 17371, 17372, 17373 |
| | GOP 17330, 17332 |
| | GOP 17331, 17333 |
| | GOP 33011, 33012 |
| GOP 34410 bis 34452, 34492 | |
| Fachärzte für Orthopädie | Akupunktur |
| | Physikalische Therapie |
| | Sonographie I |
| | Teilradiologie |
| Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie | Otoakustische Emissionen |
| | Sonographie I |
| Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie | Betreuung psychisch Kranker im sozialen Umfeld |
| Fachärzte für Diagnostische Radiologie | GOP 33011 |
| | GOP 33041 |
| | GOP 33042 |
| | GOP 33070 |
| | GOP 34220 |
| | GOP 34221 |
| | GOP 34223, 34235, 34236, 34284, 34293, 34297 |
| | GOP 34230 |
| | GOP 34231 |
| | GOP 34232 |
| | GOP 34233 |
| | GOP 34234 |
| | GOP 34237 |
| | GOP 34241 |
| GOP 34242 | |
| GOP 34246 | |

| | |
|--|---|
| | GOP 34247 |
| | GOP 34251 |
| | GOP 34255 |
| | GOP 34270 |
| | GOP 34271 |
| | GOP 34272 |
| | GOP 34280 |
| | GOP 34282 |
| | GOP 34283 |
| | GOP 34285 |
| | GOP 34286 |
| | GOP 34294 |
| | GOP 34310 |
| | GOP 34311 |
| | GOP 34320 |
| | GOP 34322 |
| | GOP 34330 |
| | GOP 34340 |
| | GOP 34341 |
| | GOP 34343 |
| | GOP 34344 |
| | GOP 34410 |
| | GOP 34411 |
| | GOP 34422 |
| | GOP 34431 |
| | GOP 34440 |
| | GOP 34441 |
| | GOP 34442 |
| | GOP 34450 |
| | GOP 34451 |
| | GOP 34452 |
| | GOP 34470, 34475.34480, 34485, 34486. 34489, 34490 |
| | GOP 34502 |
| | GOP 34492 |
| Fachärzte für Urologie | Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren |
| | Sonographie I |
| | Stoßwellenlithotripsie |
| | Teilradiologie |
| Fachärzte für Physikalisch-rehabilitative Medizin | Akupunktur |
| | Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren |
| | Chirotherapie |