

B E S C H L U S S

des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 218. Sitzung am 26. März 2010 mit Wirkung zum 1. Juli 2010

Teil F

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

mit Wirkung zum 1. Juli 2010

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

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

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

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

1. Grundsätze der Vergütung

1.1 Vergütung für vertragsärztliche Leistungen

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

1.2 Ermittlung

1.2.1 Quartalsbezug

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

1.2.2 Arztbezug

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

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

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

1.2.3 Tätigkeitsumfang

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

1.3 Zuweisung

1.3.1 Arztpraxisbezogene Zuweisung der Regelleistungsvolumen

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

Zur Förderung der vertragsärztlichen Versorgung in Berufsausübungsgemeinschaften wird das praxisbezogene Regelleistungsvolumen

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

Die Regelung nach 1.3.1 gilt vorerst bis zum 31. Dezember 2010. Der Bewertungsausschuss wird diese Regelung nach 1.3.1, Satz 2 b) dieses Beschlusses mit Wirkung zum 1. Januar 2011 anpassen mit der Zielsetzung, bei der Förderung fach- und schwerpunktübergreifender Berufsausübungsgemeinschaften neben der Anzahl der vertretenen Arztgruppen und Schwerpunkte insbesondere auch den Kooperationsgrad zu berücksichtigen. Der Bewertungsausschuss wird seine Überprüfung bis zum 30. September 2010 abschließen und eine Anpassung beschließen.

1.3.2 Arztpraxisbezogene Zuweisung qualifikationsgebundener Zusatzvolumen

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

1.4 Abrechnung

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

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

2.1 Ärzte und Arztgruppen

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

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

Ermächtigte Krankenhausärzte sowie ermächtigte Krankenhäuser, Einrichtungen oder Institutionen erhalten ein Regelleistungsvolumen nach dem mit der Ermächtigung begründeten Versorgungsauftrag. Über das Verfahren der Umsetzung einigen sich die Partner der Gesamtverträge.

2.2 Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

Die Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen nach Nr. 1.3 und 2.1 in Beschluss Teil B des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 2. September 2009 (amtliche Bekanntmachung: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 106, Heft 39 vom 25. September 2009, Seiten A 1907 bis 1919), geändert in der 208. Sitzung des Bewertungsausschusses am 8./9. Dezember 2009 (amtliche Bekanntmachung: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 107, Heft 3 vom 22. Januar 2010, Seiten A 101f.), sowie Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen, die sich aus Vereinbarungen der Partner der Gesamtverträge nach § 87a Abs. 3 Satz 5, 2. Halbsatz SGB V ergeben, unterliegen nicht dem Regelleistungsvolumen.

2.3 Besonders förderungswürdige Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen

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

2.4 Vergütung und Steuerung psychotherapeutischer Leistungen

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

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

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

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

2.5 Vergütung und Steuerung von Leistungen im Vorwegabzug

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

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

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

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

Leistungen des organisierten Notfalldienstes und der Notfallbehandlungen durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser während der Zeiten des organisierten Notfalldienstes gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 17. Sitzung am 16. Dezember 2009 werden aus dem Vergütungsvolumen gemäß Anlage 4, Anhang 1, Schritt 19. vergütet. Über das Verfahren bei Über- und Unterschreitung des Vergütungsvolumens einigen sich die Partner der Gesamtverträge unter Beachtung des Grundsatzes gemäß I., zweiter Absatz.

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

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

2.5.4 Vergütung und Steuerung der Kostenpauschalen gemäß Kapitel 40 EBM

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

2.6 Für Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundene Zusatzvolumen relevante Fälle

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

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

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

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

3. Festsetzung der Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen

3.1.1 Versorgungsbereichsspezifisches Verteilungsvolumen

Die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung gemäß Beschluss Teil B, 6. des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 2. September 2009 stellt die Ausgangsgröße für die Ermittlung und Festsetzung der Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen dar. Diese Ausgangsgröße wird auf den haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich gemäß Anlage 4 verteilt. Es entsteht jeweils ein haus- bzw. fachärztliches (versorgungsbereichsspezifisches) Verteilungsvolumen.

3.1.2 Versorgungsbereichsspezifisches RLV-Verteilungsvolumen

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

- unter Berücksichtigung der zu erwartenden Zahlungen im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 75 Abs. 7 und 7a SGB V,
- unter Abzug der durch die Partner der Gesamtverträge festgesetzten Rückstellungen entsprechend Beschluss Teil G des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 26. März 2010,
- unter Abzug der Vergütung für pathologische Leistungen des Kapitels 19 EBM als Überweisungsfälle zur Durchführung von Probenuntersuchungen,
- unter Abzug der Vergütung für innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanzierten Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM,
- unter Abzug der zu erwartenden Zahlungen für den Aufschlag bei Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Arztpraxen mit angestellten Ärzten,

- unter Abzug von 2 % des versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumens für abgestaffelt zu vergütenden Leistungen sowie
- unter Abzug des gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses nach 5. vereinbarten Vergütungsvolumens.

3.1.3 Arztgruppenspezifisches Verteilungsvolumen

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

3.1.4 Arztgruppenspezifische Vergütungsbereiche

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

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

Vereinbaren die Partner der Gesamtverträge Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen gemäß 2.3 als besonders förderungswürdig, so ist ein entsprechender zusätzlicher Vergütungsbereich aus dem arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen zu bilden. Über das Verfahren einigen sich die Partner der Gesamtverträge.

3.2 Ermittlung der Regelleistungsvolumen je Arzt

3.2.1 Regelleistungsvolumen (RLV)

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

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

Aus Sicherstellungsgründen kann im Einzelfall von der Minderung des Fallwertes abgewichen werden. Über das Verfahren der Umsetzung einigen sich die Partner der Gesamtverträge.

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

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

3.2.2 Berücksichtigung der Morbidität im Regelleistungsvolumen

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

3.3 Ermittlung der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen je Arzt

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

- er mindestens eine Leistung des entsprechenden qualifikationsgebundenen Zusatzvolumens im jeweiligen Vorjahresquartal erbracht hat und
- er die zutreffende Gebiets- bzw. Schwerpunktbezeichnung führt. Unterliegt die Voraussetzung zur Erbringung von in qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen aufgeführten Leistungen einer Qualifikation nach § 135 Abs. 2 SGB V, § 137 SGB V oder dem Führen einer Zusatzbezeichnung ist der Nachweis zusätzlich erforderlich oder
- die Versorgung der Versicherten mit einer Leistung des qualifikationsgebundenen Zusatzvolumens aus Sicherstellungsgründen notwendig ist und/oder
- die Partner der Gesamtverträge andere Regelungen vereinbart haben (z. B. für Neupraxen).

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

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

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

3.4 Unvorhersehbarer Anstieg der Morbidität

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

3.5 Kriterien zur Ausnahme von der Abstufung

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

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

3.6 Regelleistungsvolumen bei Neuzulassung und Umwandlung der Kooperationsform

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

3.7 Praxisbesonderheiten

Die Praxisbesonderheiten werden zwischen den Partnern der Gesamtverträge geregelt. Praxisbesonderheiten ergeben sich aus einem besonderen Versorgungsauftrag oder einer besonderen, für die Versorgung bedeutsamen fachlichen Spezialisierung. Über das Verfahren der Umsetzung einigen sich die Partner der Gesamtverträge.

3.8 Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten

Verringert sich das Honorar einer Arztpraxis um mehr als 15 % gegenüber dem Vorvorjahresquartal, können die Kassenärztlichen Vereinigungen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich befristete Ausgleichszahlungen an die Arztpraxis leisten, sofern die Honorarminderung mit der Umstellung der Mengensteuerung auf die neue Systematik oder dadurch begründet ist, dass die Partner der Gesamtverträge bisherige Regelungen zu den sogenannten extrabudgetären Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen nicht fortgeführt haben. Über das Verfahren der Umsetzung einigen sich die Partner der Gesamtverträge.

3.9 Information durch die Kassenärztliche Vereinigung

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

4. Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen

4.1 Anwendungsbereich

Abweichend von den Regelungen für Arztgruppen gemäß Anlage 2 werden für

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

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

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

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

4.2 Ermittlung und Festsetzung der Kapazitätsgrenzen

4.2.1 Antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen der Psychotherapie

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

4.2.2 Nicht antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen

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

4.2.3 Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen

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

5. Bereinigung des Regelleistungsvolumens bei Selektivverträgen

Der Erweiterte Bewertungsausschuss hat ein konkretes Verfahren zur Bereinigung der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen in seiner 17. Sitzung am 16. Dezember 2009 mit dem Beschluss zur Ermittlung des zu bereinigenden Behandlungsbedarfs bei Beitritt eines Versicherten zu einem Vertrag gemäß §§ 73b, 73c und 140d SGB V sowie zur damit verbundenen Bereinigung der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen festgelegt.

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

1. Zur Vermeidung von überproportionalen Honorarverlusten und zur Sicherung der flächendeckenden Versorgung mit vertragsärztlichen Leistungen können die Partner der Gesamtverträge¹ einvernehmlich und zeitlich begrenzt bis zum 31. Dezember 2011 ein Verfahren zur schrittweisen Anpassung der Steuerung der vertragsärztlichen Leistungen, insbesondere der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen (Konvergenzverfahren) beschließen, sofern diese Honorarverluste durch die Umstellung der Steuerung auf die neue Systematik begründet sind.

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

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

2. Soweit die Partner der Gesamtverträge ein Verfahren nach 1. beschließen, wird dieses mit dem Ziel einer schrittweisen Anpassung der Steuerung der vertragsärztlichen Leistungen, insbesondere der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen an die sich aus der Beschlussfassung des Erweiterten Bewertungsausschusses zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung ergebenden Vorgaben ausgestaltet.
3. Für die Vergütung der antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der Richtlinien-Psychotherapie der in § 87b Abs. 2 Satz 6 SGB V genannten Ärzte und Psychotherapeuten sind die gesetzlichen Vorgaben, die Rechtsprechung des BSG und die in Abschnitt I., Ziffer 4. genannten Vorschriften zwingend zu beachten.
4. Weiterhin ist Anlage 4 zur Trennung der Anteile der hausärztlichen und fachärztlichen Vergütung zu beachten.
5. Bestehende Differenzen zwischen der sich aus der jeweiligen Beschlussfassung des (Erweiterten) Bewertungsausschusses ergebenden Steuerung der vertragsärztlichen Leistungen insbesondere der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen sowie der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen und der aus dem regionalen Verfahren nach 1. ergebenden Steuerung der vertragsärztlichen Leistungen sind in quartalsweise erfolgenden Schritten bis zum 31. Dezember 2011 vollständig aufzuheben.

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

6. Hierzu sind im Interesse einer größtmöglichen Transparenz die durch die Gesamtvertragspartner beschlossenen Regelungen nach Ziffer 1. bis 4., die auf dieser Grundlage getroffenen Maßnahmen und ihre Auswirkungen im Vergleich zur Umsetzung der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen und der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen entsprechend den unveränderten Vorgaben der Beschlüsse des (Erweiterten) Bewertungsausschusses analog den Regelungen in Abschnitt III. dieses Beschlusses durch die Kassenärztliche Vereinigung zu dokumentieren und an die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen sowie über die Kassenärztliche Bundesvereinigung an das Institut des Bewertungsausschusses und den GKV-Spitzenverband zu übermitteln.
7. Die Regelungen unter den Ziffern 1. bis 5. lösen keine Nachschusspflicht der Krankenkassen aus und sind nicht schiedsfähig. Bei der Bildung von Rückstellungen gemäß Beschluss Teil G des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung in 2010 und bei den Vorwegabzügen gemäß Abschnitt 1, Ziffer 3.1.2 sind die Auswirkungen der Anwendung von Ziffern 1. bis 4. zum Zwecke der Vermeidung von Unterdeckungen zu berücksichtigen.
8. Die Regelungen nach den Ziffern 1. bis 7. schreiben den Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 9. Sitzung am 15. Januar 2009 zur Umsetzung und Weiterentwicklung der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen nach § 87b Abs. 2 und 3 SGB V (Teil A), geändert durch den Erweiterten Bewertungsausschuss in seiner 10. Sitzung am 27. Februar 2009, ergänzt durch den Bewertungsausschuss in seiner 180. Sitzung (Teil B) am 20. April 2009 sowie fortgeschrieben durch den Bewertungsausschuss in seiner 199. Sitzung am 22. September 2009, geändert in der 215. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung), fort und ersetzen diesen mit Wirkung ab 1. Juli 2010.

III. Information der Kassenärztlichen Vereinigungen über die Zuweisung und Auslastung der Regelleistungsvolumen

In Abschnitt I., Ziffer 3.9 ist grundsätzlich beschlossen, dass die Kassenärztliche Vereinigung quartalsweise die Krankenkassen über die Zuweisung der Regelleistungsvolumen an den Arzt oder die Arztpraxis gemäß der Vorgaben des Beschlusses informiert. Für die Konkretisierung der Umsetzung dieser Information fasst der Erweiterte Bewertungsausschuss folgenden Beschluss zum Nachweis und zur Auslastung der Regelleistungsvolumen. Dieser Beschluss schreibt den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 9. Sitzung am 15. Januar 2009 zur Information der Kassenärztlichen Vereinigungen über die Zuweisung und Auslastung der Regelleistungsvolumen (Teil B), geändert durch den Bewertungsausschuss in seiner 180. Sitzung (Teil C) am 20. April 2009 und in seiner 183. Sitzung am 30. April 2009 sowie fortgeschrieben durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 199. Sitzung am 22. September 2009, geändert in der 215. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung), fort und ersetzt diesen mit Wirkung ab 1. Juli 2010.

1. Grundsätze

- 1.1 Zur Information über die Zuweisung der Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen an den Arzt oder die Arztpraxis vereinbaren die Partner der Gesamtverträge ein Verfahren auf der Grundlage von 2.

1.2 Die Übermittlung der ergänzenden Abrechnungsinformationen bezüglich der Zuweisung der Regelleistungsvolumen sowie qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen und Verwendung der bei der Ermittlung eingestellten Beträge gemäß 2. erfolgt durch die Kassenärztliche Vereinigung an die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen sowie über die Kassenärztliche Bundesvereinigung an das Institut des Bewertungsausschusses und den GKV-Spitzenverband bis zum Ende des 5. Monats nach Abschluss des jeweiligen Abrechnungsquartals.

1.3 Die elektronische Datenübermittlung nach 1.2 legt der Bewertungsausschuss bis zum 31. März 2010 in einer technischen Anlage zu diesem Beschluss fest.

2. Nachweis zu den Regelleistungsvolumen

2.1 Die konkrete Ermittlung der arztgruppenspezifischen Fallwerte für die Festlegung der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen, deren arzt- und praxisbezogene Zuweisung und die praxisbezogene Zuweisung der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen erfolgt in den Spalten 2 der Tabellen 1, 2A und 2B, 3 bis 5 der Tabelle 3A, 3 bis 6 der Tabelle 3B und 1 bis 7 der Tabelle 4 der Anlage 9 zu diesem Beschluss.

2.2 Der Nachweis zur Verwendung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung erfolgt in Spalte 3 der Tabellen 1, 2A und 2B sowie in Bezug auf die Auslastung der Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen in den Spalten 8 bis 10 der Tabelle 4 der Anlage 9 zu diesem Beschluss.

2.3 Der in Tabelle 4 der Anlage 9 zu diesem Beschluss geforderte praxisbezogene Ausweis ist nach Vorgabe der Kassenärztlichen Bundesvereinigung pseudonymisiert durchzuführen; die Festlegung zum Verfahren der Pseudonymisierung erfolgt in Abstimmung mit dem Institut des Bewertungsausschusses. Aus Gründen des Datenschutzes erfolgt der Ausweis in Tabelle 4 zu diesem Beschluss für Arztgruppen mit weniger als 40 Praxen und Praxen mit Alleinstellungsmerkmalen aufgrund eines besonderen Leistungsspektrums oder besonderer Größe ohne Angabe des Arztgruppenkennzeichens und ohne Angabe der Fallzahl.

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

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

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

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

- der Konvergenzregelungen gemäß Abschnitt II.

Anlage 1

zum

Beschluss Teil F, Abschnitt I.

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

Ermittlung des abgestaffelten Preises gemäß 1.1

1. Im jeweiligen Quartal werden versorgungsbereichsspezifisch die über die Regelleistungsvolumen und die qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen hinausgehenden Vergütungen festgestellt.
2. In demselben Quartal wird versorgungsbereichsspezifisch das Vergütungsvolumen für abgestaffelte Preise gemäß Abschnitt I., Ziffer 3.1.2 in Höhe von 2% des versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumens ermittelt. Ggf. kommen ergänzend Vergütungsvolumen aus den Vorwegabzügen gemäß Anlage 4, Anhang 1 und Abschnitt I., Ziffer 3.1.2 in Verbindung mit dem Beschluss Teil G des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 2. September 2009 hinzu.
3. Die Vergütung aus 2. wird durch die Vergütung aus 1. dividiert. Es entsteht eine Quote für die abgestaffelt zu vergütenden Leistungen.
4. Die über die Regelleistungsvolumen und die qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen hinausgehenden Vergütungen werden mit der Quote nach 3. multipliziert.

Anlage 2

zum

Beschluss Teil F, Abschnitt I.

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

Arztgruppen gemäß 2.1

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

- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie und invasiver Tätigkeit
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Endokrinologie
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/Onkologie
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie und invasiver Tätigkeit
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Nephrologie
- Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
- Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
- Fachärzte für Nervenheilkunde
- Fachärzte für Neurologie
- Fachärzte für Nuklearmedizin
- Fachärzte für Orthopädie
- Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie
- Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie
- Fachärzte für Diagnostische Radiologie
- Fachärzte für Urologie
- Fachärzte für Physikalisch-Rehabilitative Medizin
- Ausschließlich bzw. weit überwiegend schmerztherapeutisch tätige Vertragsärzte gemäß Präambel 30.7 Nr. 6 EBM

Anlage 3
zum
Beschluss Teil F, Abschnitt I.

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

**Zuordnung der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen
gemäß 2.1**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

| Arztgruppe | Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen | Gebührenordnungspositionen des EBM |
|---|--|---|
| Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie | Bronchoskopie | 13662, 13663, 13664, 13670 |
| | Dringende Besuche | 01411, 01412, 01415 |
| | Labor-Grundpauschale | 12225 |
| | Verordnung medizinischer Rehabilitation | 01611 |
| | Physikalische Therapie | 30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 30431 |
| | Praxisklinische Beobachtung und Betreuung | 01510, 01511, 01512 |
| | Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren | 35100, 35110, 35111, 35113, 35120 |
| | Polysomnographie | 30901 |
| | Sonographie I | 33000, 33001, 33002, 33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092 |
| | Sonographie II | 33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040 |
| | Teilradiologie | 34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503 |
| Unvorhergesehene Inanspruchnahme | 01100, 01101, 01102 | |

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Anlage 4
zum
Beschluss Teil F, Abschnitt I.

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

**Berechnung des versorgungsbereichsspezifischen
Verteilungsvolumens gemäß 3.1.1**

Berechnung des Verteilungsvolumens eines Versorgungsbereichs (VV_{VB})

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

Anlage 5

zum

Beschluss Teil F, Abschnitt I.

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

Berechnung des arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumens gemäß 3.1.3

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

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

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

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

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

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

Die Partner der Gesamtverträge können hinsichtlich der Verwendung der Anzahl der RLV-Fälle aus dem Jahr 2009 bei der Berechnung des Regelleistungsvolumens je Arzt gemäß Anlage 7 für Arztgruppen mit kleinen Besetzungszahlen ein Verfahren vereinbaren, um Veränderungen in der Arztzahl der Arztgruppe im Zeitraum 2008/2009 zu berücksichtigen.

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

Die Anpassungsfaktoren werden wie folgt festgelegt:

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

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

Anlage 6

zum

Beschluss Teil F, Abschnitt I.

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

Berechnung der arztgruppenspezifischen Vergütungsbereiche gemäß 3.1.4

1. Berechnung des arztgruppenspezifischen Vergütungsbereichs für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der Regelleistungsvolumen (RLV_{AG})

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

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

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

VV_{AG}: Arztgruppenspezifisches Verteilungsvolumen gemäß Abschnitt I., Ziffer 3.1.3

AG: Arztgruppen gemäß Anlage 2

Der arztgruppenspezifische Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der Regelleistungsvolumen (RLV_{AG}) ist maximal in der Höhe des arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumens gemäß Abschnitt I., Ziffer 3.1.3 festzulegen.

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

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

VV_{AG}: Arztgruppenspezifisches Verteilungsvolumen gemäß Abschnitt I., Ziffer 3.1.3

RLV_{AG}: Arztgruppenspezifischer Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der Regelleistungsvolumen gemäß 1.

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

Anlage 7
zum
Beschluss Teil F, Abschnitt I.

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

Berechnung des Regelleistungsvolumens je Arzt gemäß 3.2

1. Berechnung des arztgruppenspezifischen Fallwertes gemäß 3.2.1

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

RLV_{AG}: Arztgruppenspezifischer Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der Regelleistungsvolumen gemäß Anlage 6, Ziffer 1.

FZ_{AG}: Anzahl der RLV-Fälle gemäß Abschnitt I., Ziffer 2.6 einer Arztgruppe in 2009

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

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

FW_{AG}: Arztgruppenspezifischer Fallwert gemäß 1.

FZ_{Arzt}: Anzahl der RLV-Fälle eines Arztes gemäß Abschnitt I, Ziffer 2.6 eines Arztes im Vorjahresquartal unter Berücksichtigung der Fallzahlsteuerung gemäß Abschnitt I., Ziffer 3.2.1

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

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

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

f = KV-bezogener, arztgruppenspezifischer Leistungsbedarfs je RLV-Fall in 2009 aus Leistungen, die innerhalb des Regelleistungsvolumens vergütet werden, für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr

- g** = KV-bezogener, arztgruppenspezifischer Leistungsbedarfs je RLV-Fall in 2009 aus Leistungen, die innerhalb des Regelleistungsvolumens vergütet werden, für Versicherte ab dem 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
- h** = KV-bezogener, arztgruppenspezifischer Leistungsbedarfs je RLV-Fall in 2009 aus Leistungen, die innerhalb des Regelleistungsvolumens vergütet werden, für Versicherte ab dem 60. Lebensjahr
- i** = KV-bezogener, arztgruppenspezifischer Leistungsbedarfs je RLV-Fall in 2009 aus Leistungen, die innerhalb des Regelleistungsvolumens vergütet werden, für alle Versicherten
- n_f** = Zahl der RLV-Fälle eines Arztes für die Behandlung von Versicherten bis zum vollendeten 5. Lebensjahr in 2009
- n_g** = Zahl der RLV-Fälle eines Arztes für die Behandlung von Versicherten ab dem 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr in 2009
- n_h** = Zahl der RLV-Fälle eines Arztes für die Behandlung von Versicherten ab dem 60. Lebensjahr in 2009
- n** = Zahl der RLV-Fälle eines Arztes in 2009

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

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

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

Anlage 8
zum
Beschluss Teil F, Abschnitt I.

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

**Berechnung der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen
gemäß 3.3**

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

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

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

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

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

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

i: Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen einer Arztgruppe gemäß Anlage 3

AG: Arztgruppe gemäß Anlage 3

2. Berechnung des qualifikationsgebundenen Zusatzvolumens je Fall oder je Arzt

Variante A: Fallbezug

2.1 a) Berechnung des Fallwertes für ein qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen

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

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

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

i: qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen einer Arztgruppe

b) Berechnung des qualifikationsgebundenen Zusatzvolumens eines Arztes

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

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

2.2 Berechnung der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen je Leistungsfall

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

Variante B: Arztbezug

Berechnung des qualifikationsgebundenen Zusatzvolumens eines Arztes

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

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

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

i : Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen einer Arztgruppe

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

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

$BE_QZV_{\text{AG}}^i$ Auf den QZV-Leistungsumfang i der Arztgruppe AG entfallender Teil des Bereinigungsbetrags der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung in 2010 für den Selektivvertrag mit ex-ante Einschreibung von Versicherten

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

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

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

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

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

Diese Bereinigung ist für jeden betroffenen Selektivvertrag getrennt durchzuführen.

Anlage 9
zum
Beschluss Teil F, Abschnitt III.

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

**Information der Zuweisung und Verwendung der
Regelleistungsvolumen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen**

| Tabelle 1 | | |
|--|--|--|
| Ermittlung des RLV-Vergütungsvolumens je Versorgungsbereich | | |
| Quartal | | |
| Sachverhalt | Bei RLV-Berechnung zugrunde gelegte Werte | Tatsächliche Werte nach Quartalsabschluss |
| 1 | 2 | 3 |
| Vereinbarte morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) in Euro | | |
| Abzug Vergütung für Psychotherapie von Ärzten aus Arztgruppen in § 87b Abs. 2 Satz 6 SGB V nach Abschnitt 35.2 EBM in Euro | | |
| Abzug für die Auswirkungen GKV-OrgWG (0,1722 %) in Euro | | |
| Abzug für Konsiliar- und Grundpauschale für Laborärzte (GOP 12210 und 12220) und Ermächtigte Laborärzte (GOP 01320) | | |
| Abzug für Leistungen und laboratoriumsmedizinische Untersuchungen des Kapitels 32 | | |
| Abzug für Leistungen im organisierten Notfalldienst und Notfallbehandlungen durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser | | |
| Abzug der Teilvergütung gemäß Beschluss Teil B, 3.3 | | |
| Trennungsrelevantes versorgungsbereichsübergreifendes Verteilungsvolumen in Euro | | |
| Anteil hausärztlicher Versorgungsbereich in Prozent | | |
| Anteil fachärztlicher Versorgungsbereich in Prozent | | |
| RLV-Vergütungsvolumen hausärztlicher Versorgungsbereich in Euro | | |
| RLV-Vergütungsvolumen fachärztlicher Versorgungsbereich in Euro | | |

| Tabelle 2A | | |
|--|--|--|
| Höhe der Abzüge im hausärztlichen Versorgungsbereich | | |
| Quartal | | |
| Sachverhalt | Bei RLV-Berechnung zugrunde gelegte Werte | Tatsächliche Werte nach Quartalsabschluss |
| | Euro | Euro |
| 1 | 2 | 3 |
| Rückstellungen gemäß Beschlussteil G für die Zunahme von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte | | |
| Rückstellungen gemäß Beschlussteil G für Sicherstellungsaufgaben | | |
| Rückstellungen gemäß Beschlussteil G für überproportionale Honorarverluste | | |
| Rückstellungen gemäß Beschlussteil G für Praxisbesonderheiten | | |
| Rückstellungen gemäß Beschluss Teil G für den Ausgleich von Fehlschätzungen für Vorwegabzüge | | |
| FKZ-Saldo | | |
| Innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanzierte Kostenpauschalen des Kapitels 40 | | |
| Zu erwartende Zahlungen für den Aufschlag bei Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Arztpraxen mit angestellten Ärzten | | |
| 2% des vorläufigen Verteilungsvolumens des hausärztlichen Versorgungsbereichs für die abgestaffelt zu vergütenden Leistungen | | |
| ggf. weitere regional verhandelte Abzüge für: <i>bitte eintragen</i> | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| Summe der Abzüge im hausärztlichen Versorgungsbereich | | |
| Hausärztliches Verteilungsvolumen | | |
| Angefordertes Vergütungsvolumen im RLV und QZV | | |
| Abstaffelungsquote | | |

| Tabelle 2B | | |
|--|--|--|
| Höhe der Abzüge im fachärztlichen Versorgungsbereich | | |
| Quartal | | |
| Sachverhalt | Bei RLV-Berechnung zugrunde gelegte Werte | Tatsächliche Werte nach Quartalsabschluss |
| | Euro | Euro |
| 1 | 2 | 3 |
| Rückstellungen gemäß Beschlussteil G für die Zunahme von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte | | |
| Rückstellungen gemäß Beschlussteil G für Sicherstellungsaufgaben | | |
| Rückstellungen gemäß Beschlussteil G für überproportionale Honorarverluste | | |
| Rückstellungen gemäß Beschlussteil G für Praxisbesonderheiten | | |
| Rückstellungen gemäß Beschluss Teil G für den Ausgleich von Fehlschätzungen für Vorwegabzüge | | |
| FKZ-Saldo | | |
| Pathologische Leistungen des Kapitels 19 bei Überweisungsfällen zur Durchführung von Probenuntersuchungen | | |
| Innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanzierte Kostenpauschalen des Kapitels 40 | | |
| Zu erwartende Zahlungen für den Aufschlag bei Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Arztpraxen mit angestellten Ärzten | | |
| 2% des vorläufigen Verteilungsvolumens des fachärztlichen Versorgungsbereichs für die abgestaffelt zu vergütenden | | |
| ggf. weitere regional verhandelte Abzüge für: <i>bitte eintragen</i> | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| Summe der Abzüge im fachärztlichen Versorgungsbereich | | |
| Teilvergütung gemäß Beschluss Teil B, 3.3 | | |
| Fachärztliches Verteilungsvolumen | | |
| Angefordertes Vergütungsvolumen im RLV und QZV | | |
| Abstaffelungsquote | | |

| Tabelle 3A | | | |
|--|--------------------|--|---|
| Ermittlung der arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen | | | |
| Quartal | | | |
| Arztgruppe | Kennzeichen | Anteil der Arztgruppe am versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumen (LB_{AG}/LB_{VB}) | Arztgruppenspezifisches Verteilungsvolumen |
| | | Prozent | Euro |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| Hausärztlicher Versorgungsbereich | | | |
| Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören | 1 | | |
| Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin | 2 | | |
| ggf. weitere regionale Arztgruppen (Kennzeichen vergeben) | | | |
| | | | |
| | | | |
| Fachärztlicher Versorgungsbereich | | | |
| Fachärzte für Anästhesiologie | 3 | | |
| Fachärzte für Augenheilkunde | 4 | | |
| Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie, für Neurochirurgie | 5 | | |
| Fachärzte für Frauenheilkunde | 6a | | |
| Fachärzte für Frauenheilkunde mit fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin | 6b | | |
| Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde | 7 | | |
| Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten | 8 | | |
| Fachärzte für Humangenetik | 9 | | |
| Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören | 10 | | |
| Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie | 10aa | | |
| Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie und invasiver Tätigkeit | 10ab | | |
| Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Endokrinologie | 10b | | |
| Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie | 10c | | |
| Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/Onkologie | 10d | | |
| Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie | 10ea | | |
| Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie und invasiver Tätigkeit | 10eb | | |
| Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie | 10f | | |
| Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie | 10g | | |
| Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Nephrologie | 10h | | |
| Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie | 17 | | |
| Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie | 11 | | |
| Fachärzte für Nervenheilkunde | 12 | | |
| Fachärzte für Neurologie | 13 | | |
| Fachärzte für Nuklearmedizin | 14 | | |
| Fachärzte für Orthopädie | 15 | | |
| Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie | 16 | | |
| Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie | 18 | | |
| Fachärzte für Diagnostische Radiologie | 20 | | |
| Fachärzte für Urologie | 24 | | |
| Fachärzte für Physikalisch-Rehabilitative Medizin | 25 | | |
| Ausschließlich bzw. weit überwiegend schmerztherapeutisch tätige Vertragsärzte gemäß Präambel 30.7 Nr. 6 EBM | 26 | | |
| Psychologische Psychotherapeuten | 27a | | |
| Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten | 27b | | |
| Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie | 27c | | |
| Andere ausschließlich psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte | 27d | | |
| ggf. weitere regionale Arztgruppen (Kennzeichen vergeben) | | | |

| Tabelle 3B | | | | | |
|--|--------------------|------------------------------|--|--------------------------------|------------------------------|
| Ermittlung der Vergütungsbereiche und Fallwerte | | | | | |
| Quartal | Kennzeichen | RLV-Vergütungsbereich | Arztgruppenspezifische Anzahl der RLV-Fälle | Fallwert der Arztgruppe | QZV-Vergütungsbereich |
| Arztgruppe | | Prozent | | Euro | Euro |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Hausärztlicher Versorgungsbereich | | | | | |
| Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören | 1 | | | | |
| Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin | 2 | | | | |
| ggf. weitere regionale Arztgruppen (Kennzeichen vergeben) | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| Fachärztlicher Versorgungsbereich | | | | | |
| Fachärzte für Anästhesiologie | 3 | | | | |
| Fachärzte für Augenheilkunde | 4 | | | | |
| Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie, für Neurochirurgie | 5 | | | | |
| Fachärzte für Frauenheilkunde | 6a | | | | |
| Fachärzte für Frauenheilkunde mit fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin | 6b | | | | |
| Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde | 7 | | | | |
| Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten | 8 | | | | |
| Fachärzte für Humangenetik | 9 | | | | |
| Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören | 10 | | | | |
| Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie | 10aa | | | | |
| Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie und invasiver Tätigkeit | 10ab | | | | |
| Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Endokrinologie | 10b | | | | |
| Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie | 10c | | | | |
| Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/Onkologie | 10d | | | | |
| Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie | 10ea | | | | |
| Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie und invasiver Tätigkeit | 10eb | | | | |
| Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie | 10f | | | | |
| Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie | 10g | | | | |
| Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Nephrologie | 10h | | | | |
| Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie | 17 | | | | |
| Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie | 11 | | | | |
| Fachärzte für Nervenheilkunde | 12 | | | | |
| Fachärzte für Neurologie | 13 | | | | |
| Fachärzte für Nuklearmedizin | 14 | | | | |
| Fachärzte für Orthopädie | 15 | | | | |
| Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie | 16 | | | | |
| Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie | 18 | | | | |
| Fachärzte für Diagnostische Radiologie | 20 | | | | |
| Fachärzte für Urologie | 24 | | | | |
| Fachärzte für Physikalisch-Rehabilitative Medizin | 25 | | | | |
| Ausschließlich bzw. weit überwiegend schmerztherapeutisch tätige Vertragsärzte gemäß Präambel 30.7 Nr. 6 EBM | 26 | | | | |
| ggf. weitere regionale Arztgruppen (Kennzeichen vergeben) | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

**Tabelle 4
 Arzt- und praxisbezogene Information zu Zuweisung und Auslastung der Regelleistungsvolumen**

| Quartal | | | | | | | Tatsächliche Werte nach Quartalsabschluss | | |
|------------------------------------|------------------|---|--|------------------|------------------------------|-----------------------|---|--|-----------------------------------|
| Arztpraxis-Pseudonym ¹⁾ | Anzahl der Ärzte | Kennzeichen der Arztgruppe (siehe "Ermittlung Fallwerte") ^{2), 3)} | Anzahl der RLV-Fälle im Vorjahresquartal ³⁾ | Zugewiesenes RLV | Zugewiesenes Volumen aus QZV | Summe aus RLV und QZV | Anzahl der RLV-Fälle im aktuellen Quartal ³⁾ | Honorar innerhalb zugewiesener Summe aus RLV und QZV | Honorar zu abgestaffelten Preisen |
| | | | | | | | | Euro | Euro |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

¹⁾ Das einer Arztpraxis zugewiesene Pseudonym muss eine eindeutige Zuordnung im Zeitablauf gewährleisten, sofern sich die Zusammensetzung einer Arztpraxis nicht ändert.

²⁾ Das Kennzeichen ist bei arztgruppenübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften nicht anzugeben.

³⁾ Die Angaben sind für Arztgruppen mit weniger als 40 Praxen und Praxen mit Alleinstellungsmerkmal gemäß Abschnitt III., Ziffer 2.3 nicht erforderlich.

Anhang 1 zu Anlage 4

zum

Beschluss, Teil F, Abschnitt I.

TEIL I.

Beschluss zur Berechnung des versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumen gemäß 3.1.1 mit Wirkung zum 1. Juli 2010

Die Kassenärztlichen Vereinigungen ermitteln mit Wirkung ab dem 3. Abrechnungsquartal 2010 in jedem Abrechnungsquartal aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (Vergütung für bereichseigene und bereichsfremde Vertragsärzte und -psychotherapeuten) gemäß Beschluss Teil B, 6. des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 2. September 2009 das versorgungsbereichsspezifische Verteilungsvolumen mit folgenden Schritten.

Eine Anpassung des gemäß Schritt 15. ermittelten Trennungsfaktors erfolgt mit Wirkung ab dem 5. Quartal nach dem Wirksamwerden einer Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) aufgrund des Beitritts von Versicherten zu einem Vertrag gemäß §§ 73b, 73c und 140d SGB V. Bei der Anpassung sind die Beträge der MGV(-Teile) der Schritte 1. bis 13. entsprechend zu bereinigen. Für die Anwendung des angepassten Trennungsfaktors gemäß Schritt 22. sind die MGV(-Teile) der Schritte 16. bis 21. entsprechend zu bereinigen. Bis zum 4. Quartal nach Wirksamwerden der Bereinigung ist ein nicht angepasster Trennungsfaktor auf die nicht bereinigten MGV(-Teile) der Schritte 16. bis 21. anzuwenden und der vereinbarte Bereinigungsbetrag der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung aufgrund des Beitritts von Versicherten zu einem Vertrag gemäß §§ 73b, 73c und 140d SGB V auf die versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumen unter Berücksichtigung der Verträge gemäß §§ 73b, 73c und 140d SGB V aufzuteilen.

Ermittlung des Trennungsfaktors

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

(= MGV^{2009})

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

$$(= TVG_1^{2009})$$

Schritt 3.) Feststellung der für die Abrechnungsquartale 1./2009 und 2./2009 insgesamt zutreffenden MGV (MGV für die entsprechende Behandlung bzw. Untersuchung von Material bereichseigener Versicherter durch bereichseigene und bereichsfremde Vertragsärzte) für

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

$$(= TVG_2^{2009})$$

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

$$(= TVG_3^{2009})$$

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

$$(= TVG_4^{2009})$$

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

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

[Formel 1]

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

$$(= \text{MGV}_{\text{HÄ}}^{2009})$$

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

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

$$(= \text{LAB}^{2007})$$

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

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

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

[Formel 2]

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

$$\text{TVG}_{2\text{HÄ}}^{2009} = \text{LAB}_{\text{HÄ}}^{2007} / \text{LAB}^{2007} \times \text{TVG}_2^{2009}$$

[Formel 3]

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

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

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

[Formel 4]

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

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

[Formel 5]

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

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

[Formel 6]

Schritt 15.) Ermittlung des Trennungsfaktors.

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

[Formel 7]

Ermittlung des trennungsrelevanten versorgungsbereichsübergreifenden Verteilungsvolumens in einem Abrechnungsquartal

Schritt 16.) Feststellung der für das Abrechnungsquartal zutreffenden kassenübergreifenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV für bereichseigene und bereichsfremde Vertragsärzte und -psychotherapeuten) gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 15. Sitzung am 2. September 2009, Beschluss Teil B, 6. insgesamt für die im Abrechnungsquartal zutreffende Anzahl der Versicherten aller Krankenkassen mit Wohnsitz im Bereich des Bezirks der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung, für alle Vertragsärzte und -psychotherapeuten, MVZ, ermächtigten Ärzte, Einrichtungen, Krankenhäuser und Institutionen.

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

Schritt 17.) Ermittlung der für das Vorjahresabrechnungsquartal zutreffenden und gemäß Beschluss Teil B, 2.3.3 angepassten MGVS (MGV für die entsprechende Behandlung bereichseigener Versicherter durch bereichseigene und bereichsfremde Vertragsärzte und -psychotherapeuten) für die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM der in § 87b Abs. 2 Satz 6 SGB V genannten Arztgruppen, zzgl. der Anpassung gemäß Beschluss Teil B, 3.3, für diejenigen ärztlichen Leistungen und Kostenerstattungen, die in der kassenübergreifenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 2. September 2009 enthalten sind.

$$\text{TVG}_{1\text{Quartal}} = \text{VG}_{\text{VJQ}} (\text{Kap. 35.2 EBM}) \times 1,016616 + 0,001722 \times \text{MGV}_{\text{KV}}^{\text{Quartal}}$$

[Formel 8]

Schritt 18.) Ermittlung der für das Vorjahresabrechnungsquartal zutreffenden und gemäß Beschluss B, 2.3.3 angepassten MGV (MGV für die entsprechende Behandlung bzw. Untersuchung von Material bereichseigener Versicherter durch bereichseigene und bereichsfremde Vertragsärzte) für

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

$$\text{TVG}_2^{\text{Quartal}} = \text{VG}_{\text{VJQ}}(\text{Labor}) \times 1,016616$$

[Formel 9]

Schritt 19.) Ermittlung der für das Vorjahresabrechnungsquartal zutreffenden und gemäß Beschluss B, 2.3.3 angepassten MGV (MGV für die entsprechende Behandlung bereichseigener Versicherter durch bereichseigene und bereichsfremde Vertragsärzte) für die abgerechneten Leistungen und Kostenerstattungen des EBM ohne Vergütung, die bereits mit Schritt 18. erfasst ist, für den von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung organisierten Not(fall)dienst und für die Notfallbehandlung während der Zeiten des organisierten Notdienstes gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 17. Sitzung am 16. Dezember 2009 durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Institute und Krankenhäuser.

$$\text{TVG}_3^{\text{Quartal}} = \text{VG}_{\text{VJQ}}(\text{NFD}) \times 1,016616$$

[Formel 10]

Schritt 20.) Ermittlung der Teilvergütung in Höhe von 0,1635 vom Hundert aus $\text{MGV}_{\text{KV}}^{\text{Quartal}}$ gemäß Beschluss Teil B, 3.3.

$$\text{TVG}_4^{\text{Quartal}} = \text{MGV}_{\text{KV}}^{\text{Quartal}} \times 0,001635$$

[Formel 11]

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

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

[Formel 12]

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

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

$$VV_{H\ddot{A}}^{Quartal} = V\ddot{U}V_{KV}^{Quartal} \times TF + TVG_4^{Quartal} \times 0,15$$

[Formel 13]

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

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

$$VV_{F\ddot{A}}^{Quartal} = V\ddot{U}V_{KV}^{Quartal} - VV_{H\ddot{A}}^{Quartal} + TVG_4^{Quartal}$$

[Formel 14]

Konvergenz für die Anpassung der versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumen

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

$$MVG_{1H\ddot{A}}^{VJQ} = MG_{KV}^{VJQ} \times VR$$

[Formel 15]

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

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

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

[Formel 16]

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

$$TVG_{3HÄ}^{VJQ} = VG_{VJQ} (NFD) \times VR$$

[Formel 17]

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

$$VV_{HÄ}^{VJQ} = MVG_{1HÄ}^{VJQ} - TVG_{2HÄ}^{VJQ} - TVG_{3HÄ}^{VJQ} (+ TVG_{4}^{Quartal} \times 0,15)^*$$

[Formel 18]

* Nur in 3/2010 und 4/2010

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

| | |
|--|---|
| $KVV_{HÄ}^{Quartal} = VV_{HÄ}^{Quartal}$ | falls $0,95 \times VV_{HÄ}^{VJQ} \leq VV_{HÄ}^{Quartal} \leq 1,05 \times VV_{HÄ}^{VJQ}$ |
| $KVV_{HÄ}^{Quartal} = 0,95 \times VV_{HÄ}^{VJQ}$ | falls $VV_{HÄ}^{Quartal} < 0,95 \times VV_{HÄ}^{VJQ}$ |
| $KVV_{HÄ}^{Quartal} = 1,05 \times VV_{HÄ}^{VJQ}$ | falls $VV_{HÄ}^{Quartal} > 1,05 \times VV_{HÄ}^{VJQ}$ |

Schritt 29.) Ermittlung des fachärztlichen Verteilungsvolumens nach Konvergenz

$$KVV_{FÄ}^{Quartal} = V_{Ü} V_{KV}^{Quartal} - KVV_{HÄ}^{Quartal} + TVG_{4}^{Quartal}$$

[Formel 19]

Folgeänderungen aus den Änderungen des RLV-Beschlusses

Teil G

Beschluss gemäß § 87b Abs. 4 Satz 2 SGB V zu den Grundsätzen zur Bildung von Rückstellungen nach § 87b Abs. 3 Satz 5 SGB V

mit Wirkung zum 1. Juli 2010

Gemäß § 87b Abs. 4 Satz 2 SGB V beschließt der Erweiterte Bewertungsausschuss in Fortschreibung seines Beschlusses zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung im Jahr 2009 vom 27./28. August 2008 und vom 23. Oktober 2008 folgende Grundsätze zur Bildung von Rückstellungen nach § 87b Abs. 3 Satz 5 SGB V:

1. Von der für den Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung nach § 87a Abs. 3 SGB V vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung werden nach Berechnung der vorläufigen RLV-Vergütungsvolumen der Versorgungsbereiche Anteile für die Bildung von Rückstellungen versorgungsbereichsspezifisch verwendet:
 - zur Berücksichtigung einer Zunahme von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte,
 - für Sicherstellungsaufgaben (u. a. nachträglich erfolgende Honorarkorrekturen aus Vorquartalen, Ermächtigungen),
 - zum Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten und
 - für Praxisbesonderheiten gemäß § 87b Abs. 3. Satz 3 SGB V und
 - zum Ausgleich von Fehlschätzungen für Vorwegabzüge gemäß Beschluss Teil F, Abschnitt I., Ziffer 3.1.2 und Anlage 4, Anhang 1.
2. Die Partner der Gesamtverträge stellen gemeinsam bis zum 15. November 2009 neben der für die Zuweisung der Regelleistungsvolumen nach § 87b Abs. 5 SGB V anzuwendenden Berechnungsformel nach § 87b Abs. 4 Satz 3 SGB V auch die Summe der Rückstellungen nach Nr. 1 für das Jahr 2010 fest.
3. Die Bildung der Rückstellungen und ihre Auflösung bzw. Rückführung in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung erfolgt versorgungsbereichsspezifisch durch die Kassenärztliche Vereinigung im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen unter Berücksichtigung der im Vorjahr für die unter Nr. 1 genannten Sachverhalte aufgewendeten Vergütung. Im Jahr 2010 erwartete Änderungen des damit verbundenen Vergütungsbedarfs sind zu beachten. Über das Verfahren der Umsetzung einigen sich die Partner der Gesamtverträge.
4. Eine Über- oder Unterdeckung wird zum nächst möglichen Zeitpunkt berücksichtigt.
5. In den Nrn. 1. bis 4. ist die Verteilung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gemäß § 87a Abs. 3 Satz 3 SGB V geregelt. Hieraus ergibt sich für die Krankenkassen keine Nachschusspflicht zur morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

BESCHLUSS

des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 239. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

zur Änderung des Beschlusses des 218. Bewertungsausschusses vom 26. März 2010 zur Berechnung und zur Anpassung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen nach § 87b Abs. 2 und 3 SGB V

mit Wirkung zum 1. Januar 2011

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 239. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) beschlossen, den Beschluss des 218. Bewertungsausschusses vom 26. März 2010, Teil F, zur Berechnung und zur Anpassung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen nach § 87b Abs. 2 und 3 SGB V (Amtliche Bekanntmachung: Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses am 30.03.2010 [www.institut-ba.de]; Deutsches Ärzteblatt, Jg. 107, Beilage zu Heft 16 vom 23.04.2010), zuletzt geändert durch Beschluss des 233. Bewertungsausschusses in schriftlicher Beschlussfassung (Amtliche Bekanntmachung: Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses am 03.09.2010; Deutsches Ärzteblatt, Jg. 107, Heft 37 vom 17.09.2010, Seiten A 1769-1770) wie folgt zu ändern:

1. Der Abschnitt I. wird wie folgt geändert:

a) Nr. 1.3.1, Absatz 3 wird wie folgt geändert:

In Satz 1 wird die Angabe „31. Dezember 2010“ gestrichen und durch die Angabe „31. März 2011“ ersetzt.

In Satz 2 wird das Wort „Januar“ durch das Wort „April“ ersetzt.

In Satz 3 wird die Angabe „30. September 2010“ durch die Angabe „31. Dezember 2010“ ersetzt.

- b) Nr. 3.8 wird wie folgt neu gefasst:

„Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten

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

2. Der Transparenzbeschluss (Abschnitt III.) wird wie folgt geändert:

- a) Nr. 1 und Nr. 2 wird wie folgt neu gefasst:

„1. Grundsätze

Zur Information über die Zuweisung der Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen an den Arzt oder die Arztpraxis sowie der zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen gemäß Abschnitt I., Ziffer 4 an den Arzt bzw. Psychotherapeuten und über die Verwendung der bei der Ermittlung eingestellten Beträge übermitteln die Kassenärztlichen Vereinigungen an die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen sowie über die Kassenärztliche Bundesvereinigung an das Institut des Bewertungsausschusses und den GKV-Spitzenverband bis zum Ende des 5. Monats nach Abschluss des jeweiligen Abrechnungsquartals Daten gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 236. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zur elektronischen Übermittlung von RLV-Transparenzdaten.

2. Anpassung des Beschlusses zur Übermittlung von RLV-Transparenzdaten aus der 236. Sitzung des Bewertungsausschusses

Der Bewertungsausschuss wird den Beschluss zur Übermittlung von RLV-Transparenzdaten aus der 236. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung) bis zum 31. Oktober 2010 mit Wirkung zum 1. Oktober 2010 um die mit Beschluss der 233. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung) zur Änderung des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 218. Sitzung zur Berechnung und Anpassung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen nach § 87b Abs. 2 und 3 SGB V vom 26. März

2010, zuletzt geändert durch Beschluss der 228. Sitzung des Bewertungsausschusses vom 1. Juli 2010 unter Nr. 2 neu eingefügte Tabelle 5 erweitern.“

- b)** Anlage 9 wird gestrichen.
- 3.** In der Anlage 5 zum Abschnitt I. wird in Nr. 1 Abs. 2 Satz 1 die Angabe „Jahr 2009“ durch das Wort „Vorjahresquartal“ ersetzt und nach dem Wort „Zeitraum“ das Wort „seit“ eingefügt sowie die Angabe „/2009“ gestrichen.
- 4.** Die Anlage 7 zum Abschnitt I. wird wie folgt geändert:
- a)** In Nr. 1. wird in der Definition der Variablen „ FZ_{AG} “ die Angabe „in 2009“ durch die Wörter „im Vorjahr*“ mit der folgenden Fußnote ersetzt:
- „* Bei jahresbezogener Ermittlung des Fallwertes gemäß Abschnitt I., Nr. 1.2.1 ggf. geschätzt auf der Basis der vorliegenden aktuellen Abrechnungsdaten, die vier Quartale umfassen“
- b)** In Nr. 3. wird in allen dort genannten Definitionen der Variablen jeweils die Angabe „in 2009“ durch die Wörter „im Vorjahr“ ersetzt.
- 5.** In der Anlage 8 zum Abschnitt I., Nr. 3. wird in der Definition der Variablen „ $BE_{QZV_{AG}^i}$ “ die Angabe „in 2010“ gestrichen.
- 6.** Die Befristung der Änderungen in Anhang 1 zu Anlage 4 zu Abschnitt I., Teil I gemäß Nr. 6 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 228. Sitzung vom 1. Juli 2010 zur Änderung des Beschlusses des 218. Bewertungsausschusses zur Berechnung und zur Anpassung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen wird aufgehoben; in Absatz 2 der Einleitung zu Anhang 1 zu Anlage 4 werden die Worte „bis zum 31. Dezember 2010“ gestrichen.

BESCHLUSS

des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 242. Sitzung am 24. November 2010

mit Wirkung zum 1. Januar 2011

-
- A Änderung des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses zur Weiterentwicklung der vertragsärztlichen Vergütung in den Jahren 2011 und 2012
 - B Änderung des Beschlusses des Bewertungsausschusses zur Ermittlung des zu bereinigenden Behandlungsbedarfs bei Beitritt eines Versicherten zu einem Vertrag gemäß §§ 73b, 73c und 140a ff. SGB V sowie zur Bereinigung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen
 - C Änderung des Beschlusses des Bewertungsausschusses, Teil F zur Berechnung und zur Anpassung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen
 - D Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM)
 - E Anpassung des Anhangs 2 zum Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V an den Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) Version 2011
-

Teil A

zur Änderung des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses zur Weiterentwicklung der vertragsärztlichen Vergütung in den Jahren 2011 und 2012

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 242. Sitzung aufgrund der vom Deutschen Bundestag am 12. November 2010 erfolgten Verabschiedung des GKV-Finanzierungsgesetzes (GKV-FinG) beschlossen, den Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses zur Weiterentwicklung der vertragsärztlichen Vergütung in den Jahren 2011 und 2012 in seiner 23. Sitzung am 5./11. Oktober 2010 (Amtliche Bekanntmachung: Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses am 15.10.2010 [www.institut-ba.de]; Deutsches Ärzteblatt, Jg. 107, Heft 44 vom 5.11.2010, A 2193 - 2195) wie folgt zu ändern:

1. In der Präambel wird der erste Satz wie folgt neu gefasst:
„Der Erweiterte Bewertungsausschuss beschließt auf der Grundlage des GKV-Finanzierungsgesetzes (GKV-FinG) nachfolgende Regelungen zur Weiterentwicklung der vertragsärztlichen Vergütung in den Jahren 2011 und 2012.“
2. In Nr. 1, vierter Absatz und in der Überschrift zu Nr. 2.3 wird das Wort „Kabinettsentwurf“ gestrichen.

Teil B

zur Änderung des Beschlusses des Bewertungsausschusses zur Ermittlung des zu bereinigenden Behandlungsbedarfs bei Beitritt eines Versicherten zu einem Vertrag gemäß §§ 73b, 73c und 140a ff. SGB V sowie zur Bereinigung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 242. Sitzung aufgrund der vom Deutschen Bundestag am 12. November 2010 erfolgten Verabschiedung des GKV-Finanzierungsgesetzes (GKV-FinG) und den hierin enthaltenen Änderungen zur Fassung des Kabinettsentwurfes (Stand 23.09.2010) beschlossen, den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 238. Sitzung am 19. Oktober 2010 zur Ermittlung des zu bereinigenden Behandlungsbedarfs gemäß § 87a Abs. 3 Satz 2 SGB V bei Beitritt eines Versicherten zu einem Vertrag gemäß §§ 73b, 73c und 140a ff. SGB V sowie zur Bereinigung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen gemäß § 87b Abs. 2 und 3 SGB V (Amtliche Bekanntmachung: Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses am 29.10.2010 [www.institut-ba.de]) wie folgt zu ändern:

1. Die Präambel wird im 2. Absatz wie folgt geändert:
 - a) Der erste Satz wird aufgehoben.
 - b) Am Ende wird folgender Satz angefügt:
„Der im Rahmen von Übergangsregelungen für das erste Quartal 2011 zu bereinigende Behandlungsbedarf ist - ggf. auch rückwirkend - um die Steigerungsraten gemäß Abschnitt II., Nr. 3.1, Ziffer 3., Buchstabe f. bzw. Nr. 3.2, Ziffer 3., Buchstabe f. anzupassen.“
2. Abschnitt II., Nr. 1.3, 3. Absatz wird wie folgt geändert:
 - a) In Satz 1 werden nach den Wörtern „durchschnittliche Leistungsbedarf der“ die Wörter „am Selektivvertrag teilnehmenden“ eingefügt.
 - b) In Satz 2 werden nach den Wörtern „durchschnittlichen Leistungsbedarf der“ die Wörter „am Selektivvertrag teilnehmenden Versicherten in der“ eingefügt.
3. Abschnitt II., Nr. 3.1, Ziffer 3. wird wie folgt geändert:
 - a) Buchstabe f. wird aufgehoben.
 - b) Der bisherige Buchstabe g. wird Buchstabe f. und wie folgt neu gefasst:

„die in der Vertrags-KV bzw. - bei KV-übergreifender Bereinigung - in der Kassenärztlichen Vereinigung, für die die Bereinigung durchgeführt wird, gültige KV-spezifische Steigerungsrate nach § 87d Abs. 2 Satz 2 und Satz 4 SGB V gemäß Nr. 2.3.1 des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 23. Sitzung am 5./11. Oktober 2010, zuletzt geändert durch Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 25. Sitzung am 24. November 2010,“

- c) Der bisherige Buchstabe h. wird Buchstabe g. und die Zahl „0,75“ durch die Zahl „1,25“ ersetzt.
4. Abschnitt II., Nr. 3.2, Ziffer 3. wird wie folgt geändert:
- a) Buchstabe f. wird aufgehoben.
 - b) Der bisherige Buchstabe g. wird Buchstabe f. und wie folgt neu gefasst:
„die in der Vertrags-KV bzw. - bei KV-übergreifender Bereinigung - in der Kassenärztlichen Vereinigung, für die die Bereinigung durchgeführt wird, gültige KV-spezifische Steigerungsrate nach § 87d Abs. 2 Satz 2 und Satz 4 SGB V gemäß Nr. 2.3.1 des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 23. Sitzung am 5./11. Oktober 2010, zuletzt geändert durch Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 25. Sitzung am 24. November 2010,“
 - c) Der bisherige Buchstabe h. wird Buchstabe g. und die Zahl „0,75“ durch die Zahl „1,25“ ersetzt.

Teil C

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

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 242. Sitzung beschlossen, den Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 218. Sitzung am 26. März 2010, Teil F Beschluss gemäß § 87b Abs. 4 Satz 1 SGB V zur Berechnung und zur Anpassung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen nach § 87b Abs. 2 und 3 SGB V (Amtliche Bekanntmachung: Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses am 30.03.2010 [www.institut-ba.de]; Deutsches Ärzteblatt, Jg. 107, Beilage zu Heft 16 vom 23.04.2010), zuletzt geändert mit Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 239. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) (Amtliche Bekanntmachung: Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses am 30.09.2010 [www.institut-ba.de]; Deutsches Ärzteblatt, Jg. 107, Heft 43 vom 29. Oktober 2010, A 2132-2133) wie folgt zu ändern:

- 1. In Abschnitt I., Nr. 2.4, erster Absatz werden nach der Angabe „Anlage 4, Anhang 1, Schritt 17.“ die folgenden Wörter eingefügt:

- „unter Berücksichtigung der für diesen Leistungsbereich im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung erfolgenden Zahlungen“
2. In Abschnitt I., Nr. 2.5.1, erster Absatz werden nach der Angabe „Anlage 4, Anhang 1, Schritt 18.“ die folgenden Wörter eingefügt:
„unter Berücksichtigung der für diesen Leistungsbereich im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung erfolgenden Zahlungen“
3. In Abschnitt I., Nr. 2.5.2 werden nach der Angabe „Anlage 4, Anhang 1, Schritt 19.“ die folgenden Wörter eingefügt:
„unter Berücksichtigung der für diesen Leistungsbereich im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung erfolgenden Zahlungen“
4. In Abschnitt I. wird nach Nr. 2.5.4 eine neue Nr. 2.5.5 eingefügt:
„2.5.5 Vergütung und Steuerung humangenetischer Leistungen des Kapitels 11 EBM bei Probeneinsendungen
Humangenetische Leistungen des Kapitels 11 EBM werden aus dem Vergütungsvolumen gemäß 3.1.2, 8. Spiegelstrich vergütet, sofern sie zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen überwiesen werden. Über das Verfahren bei Über- und Unterschreitung des Vergütungsvolumens einigen sich die Partner der Gesamtverträge unter Beachtung des Grundsatzes I., 2. Absatz.“
5. In Abschnitt I. wird die Nr. 3.1.2 wie folgt geändert:
- a) Im 6. Spiegelstrich wird das Wort „sowie“ durch ein Komma ersetzt.
- b) Im 7. Spiegelstrich wird der Punkt am Ende des Satzes durch das Wort „sowie“ ersetzt.
- c) Nach dem 7. Spiegelstrich wird unter einem neuen 8. Spiegelstrich folgende Angabe angefügt:
„- unter Abzug der Vergütung für humangenetische Leistungen des Kapitels 11 EBM als Überweisungsfälle zur Durchführung von Probenuntersuchungen.“
6. In Abschnitt I., Anlage 4, Anhang 1, Schritt 16. wird nach den Wörtern „zutreffenden kassenübergreifenden“ das Wort „unbereinigten“ eingefügt.
7. In Abschnitt I., Anlage 4, Anhang 1, Schritt 16. werden die Wörter „gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 15. Sitzung am 2. September 2009, Beschluss Teil B, 6.“ durch die Wörter „gemäß Beschluss des (Erweiterten) Bewertungsausschusses für das entsprechende Abrechnungsquartal“ ersetzt.
8. In Abschnitt I., Anlage 4, Anhang 1, Schritt 17. werden die Wörter „gemäß Beschluss Teil B, 2.3.3 angepassten“ durch die Wörter „um die für das entsprechende Abrechnungsquartal gültige Veränderungsrate (VR) gemäß Beschluss des (Erweiterten) Bewertungsausschusses gesteigerten“ ersetzt sowie die Formel 8 wie folgt neu gefasst:
„ $TVG_1^{Quartal} = VG_{VJQ} (\text{Kap. 35.2 EBM}) \times VR + 0,001722 \times MG_{VKV}^{Quartal}$ “

9. In Abschnitt I., Anlage 4, Anhang 1, Schritt 18. werden die Wörter „gemäß Beschluss B, 2.3.3 angepassten“ durch die Wörter „um die für das entsprechende Abrechnungsquartal gültige Veränderungsrate (VR) gemäß Beschluss des (Erweiterten) Bewertungsausschusses gesteigerten“ ersetzt sowie die Formel 9 wie folgt neu gefasst:
„ $TVG_2^{Quartal} = VG_{VJQ}(\text{Labor}) \times VR$ “
10. In Abschnitt I., Anlage 4, Anhang 1, Schritt 19. werden die Wörter „gemäß Beschluss B, 2.3.3 angepassten“ durch die Wörter „um die für das entsprechende Abrechnungsquartal gültige Veränderungsrate (VR) gemäß Beschluss des (Erweiterten) Bewertungsausschusses gesteigerten“ ersetzt sowie die Formel 10 wie folgt neu gefasst:
„ $TVG_3^{Quartal} = VG_{VJQ}(\text{NFD}) \times VR$ “
11. In Abschnitt I., Anlage 4, Anhang 1, Schritt 20. werden nach den Wörtern „Beschluss Teil B, 3.3“ die Wörter „gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 15. Sitzung am 2. September 2009“ eingefügt.
12. In Abschnitt I., Anlage 4, Anhang 1, Schritt 27. werden in der Formel 18 die Klammerzeichen gestrichen und die Fußnote aufgehoben.

Teil D

zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM)

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 242. Sitzung beschlossen, den in seiner 172. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) gefassten Beschluss zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) (Amtliche Bekanntmachung: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 106, Heft 5 vom 30. Januar 2009, Seite A212), geändert durch Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 202. Sitzung am 2. November 2009 (Amtliche Bekanntmachung: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 106, Heft 47 vom 20. November 2009, Seite A2382) wie folgt zu verlängern:

Bewertung der Leistungen der Reproduktionsmedizin

1. Die Leistungen der Reproduktionsmedizin (Gebührenordnungspositionen 08530, 08531, 08550, 08551, 08552, 08560 und 08561) wurden mit dem Anpassungsfaktor von 1,1545 höher bewertet. Diese Anpassung gilt weiter.
2. Der Bewertungsausschuss wird darüber hinaus keine besondere Berücksichtigung des zusätzlichen Dokumentationsaufwandes aufgrund der im April 2008 in Kraft getretenen TPG-Gewebeverordnung bei der Bewertung der o. g. Gebührenordnungspositionen vornehmen.

BESCHLUSS

des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 245. Sitzung am 22. Dezember 2010

zur Änderung des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 218. Sitzung vom 26. März 2010 zur Berechnung und zur Anpassung von arzt- und praxis- bezogenen Regelleistungsvolumen nach § 87b Abs. 2 und 3 SGB V

mit Wirkung zum 1. Januar 2011

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 245. Sitzung am 22. Dezember 2010 beschlossen, den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 218. Sitzung vom 26. März 2010, Teil F, zur Berechnung und zur Anpassung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen nach § 87b Abs. 2 und 3 SGB V (Amtliche Bekanntmachung: Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses am 30.03.2010 [www.institut-ba.de]; Deutsches Ärzteblatt, Jg. 107, Beilage zu Heft 16 vom 23.04.2010), zuletzt geändert durch Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 242. Sitzung am 24. November 2010 (Amtliche Bekanntmachung: Internetseite des Bewertungsausschusses am 15.12.2010 [www.institut-ba.de]) wie folgt zu ändern:

1. In Abschnitt I., Nr. 3.1.1 wird Satz 1 wie folgt neu gefasst:

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

2. In Abschnitt I., Nr. 3.1.2, 2. Spiegelstrich werden die Wörter „Beschluss Teil G des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 26. März 2010“ durch die Wörter „dem jeweils gültigen Beschluss des (Erweiterten) Bewertungsausschusses“ ersetzt.

3. In Abschnitt I. wird Nr. 5. wie folgt neu gefasst:

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

4. In Abschnitt II., Nr. 7., Satz 2 werden die Wörter „Beschluss Teil G des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung in 2010“ durch die Wörter „dem jeweils gültigen Beschluss des (Erweiterten) Bewertungsausschusses“ ersetzt.

5. Abschnitt III. wird wie folgt neu gefasst:

„Information der Kassenärztlichen Vereinigungen über die Zuweisung und Auslastung der Regelleistungsvolumen, qualitätsgebundenen Zusatzvolumen und zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen

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

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

6. In Abschnitt I., Anlage 1, Nr. 2., Satz 2 werden die Wörter „Beschluss Teil G des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 2. September

2009“ durch die Wörter „jeweils gültigen Beschluss des (Erweiterten) Bewertungsausschusses“ ersetzt.

7. In Abschnitt I., Anlage 5, Nr. 2. wird in der Überschrift das Wort „in“ durch das Wort „seit“ ersetzt.
8. In Abschnitt I., Anlage 4, Anhang 1 wird Absatz 1 wie folgt neu gefasst:

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

BESCHLUSS

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

zur Sicherung der Versorgung in besonderen Situationen

mit Wirkung zum 1. April 2011

Teil A

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

BESCHLUSS

des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 262. Sitzung am 31. August 2011 mit Wirkung zum 1. Januar 2012

Teil A

zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM)

1. Aufnahme einer Leistung nach der Gebührenordnungsposition 30131 in den Abschnitt 30.1.3

30131 Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 30130 für jede weitere Hyposensibilisierungsbehandlung durch Injektion(en) zu unterschiedlichen Zeiten am selben Behandlungstag (zum Beispiel bei Injektion verschiedener nicht mischbarer Allergene oder Cluster- oder Rush-Therapie)

Obligater Leistungsinhalt

- Hyposensibilisierungsbehandlung (Desensibilisierung) durch subkutane Allergeninjektion(en),
- Nachbeobachtung von mindestens 30 Minuten Dauer,

je Hyposensibilisierungsbehandlung

200 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 30131 ist mit Angabe des jeweiligen Injektionszeitpunkts bis zu viermal am Behandlungstag berechnungsfähig.

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 30131 neben der Gebührenordnungsposition 30130 und die mehrmalige Berechnung der Gebührenordnungsposition 30131 setzen jeweils eine Desensibilisierungsbehandlung durch

Allergeninjektion(en) mit jeweils mindestens 30 minütigem Nachbeobachtungsintervall sowie die Angabe des jeweiligen Behandlungszeitpunktes auch bei der Gebührenordnungsposition 30130 voraus.

Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 30131 ist die Erfüllung der notwendigen, sachlichen und personellen Bedingungen für eine gegebenenfalls erforderliche Schockbehandlung und Intubation.

2. Änderung der Nrn. 1 und 2 der Präambel im Abschnitt 30.1

1. Die Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts können - mit Ausnahme der Gebührenordnungspositionen 30130 und 30131 - nur von
 - Fachärzten für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde,
 - Fachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten,
 - Vertragsärzten mit der Zusatzbezeichnung Allergologie,
 - Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Pneumologie und Lungenärzte,
 - Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin
 berechnet werden.
2. Die Gebührenordnungspositionen nach den Nrn. 30130 und 30131 können von allen Vertragsärzten - soweit dies berufsrechtlich zulässig ist - berechnet werden.

3. Aufnahme einer Leistung in den Anhang 3 zum EBM

| GOP | Kurzlegende | Kalkulationszeit in Minuten | Prüfzeit in Minuten | Eignung der Prüfzeit |
|------------|--|--|------------------------------------|-------------------------------------|
| 30131 | Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 30130 | 2 | 2 | Tages- und Quartalsprofil |

Teil B

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

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 262. Sitzung vom 31. August 2011 aufgrund der Aufnahme der Gebührenordnungsposition 30131 in den EBM beschlossen, den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 218. Sitzung vom 26. März 2010, Teil F, zur Berechnung und zur Anpassung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen nach § 87b Abs. 2 und 3 SGB V (Amtliche Bekanntmachung: Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses am 30. März 2010 [www.institut-ba.de]; Deutsches Ärzteblatt, Jg. 107, Beilage zu Heft 16 vom 23. April 2010), zuletzt geändert durch Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 261. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) (Amtliche Bekanntmachung: Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses am 7. Juli 2011 [www.institut-ba.de]; Deutsches Ärzteblatt, Jg. 108, Heft 30 vom 29. Juli 2011, Seite A 1653) wie folgt zu ändern:

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

Bei den dem qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen „Hyposensibilisierungsbehandlung“ zugeordneten Gebührenordnungspositionen wird jeweils die Gebührenordnungsposition „30131“ in der Spalte „Gebührenordnungspositionen des EBM“ bei allen von diesem qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen betroffenen Arztgruppen aufgenommen.

Protokollnotizen:

1. Die Einführung der Gebührenordnungsposition 30131 in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) wirkt sich nicht auf die Höhe der Gesamtvergütung aus; sie wird für die Krankenkassen finanzneutral umgesetzt.
2. Falls sich die gesetzlichen Rahmenbedingungen verändern, wird der Bewertungsausschuss prüfen, ob der Beschluss und die Protokollnotiz anzupassen sind.