

Information der KVBB	Honorarverteilungsvertrag (HVV)	6. <hr/> 1/36
-------------------------------------	--	-------------------------

Honorarverteilungsvertrag (HVV)

vereinbart zwischen der

Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg (KVBB)

und

der AOK – Die Gesundheitskasse

**dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V.,
AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V.
Landesvertretung Brandenburg**

**dem BKK-Landesverband Ost
Landesrepräsentanz Berlin-Brandenburg**

**der IKK Brandenburg und Berlin
handelnd als Landesverband**

**der Landwirtschaftlichen Krankenkasse Mittel- und Ostdeutschland
handelnd als Landesverband**

**der Knappschaft
Verwaltungsstelle Cottbus**

gültig ab: 01.01.2008

6. <hr style="width: 50%; margin: 0 auto;"/> 2/36	Honorarverteilungsvertrag (HVV)	Information der KVBB
---	--	-------------------------------------

Inhaltsverzeichnis

Präambel.....	3
§ 1 Geltungsbereich.....	3
§ 2 Grundsätze der Honorarverteilung.....	4
§ 3 Ermittlung der Honoraranforderung.....	5
§ 4 Aufteilung der Gesamtvergütung.....	5
§ 5 Zentrale Honorarfonds.....	7
§ 6 Vergütungsanteile für hausärztliche und fachärztliche Versorgung.....	8
§ 7 Honorarfonds „Hausärzte“	8
§ 8 Honorarfonds „Fachärzte“	9
§ 9 Honorarfonds „Psychotherapie“	10
§ 10 Fallzahlabhängige Regelleistungsvolumen (RLV).....	11
§ 11 Regelleistungsvolumen Psychotherapie (PTLV).....	14
§ 12 Praxisbesonderheiten/Härtefallregelung.....	16
§ 13 Interventionsregelungen.....	16
§ 14 Begleitung der Umsetzung.....	18
§ 15 Inkrafttreten.....	18
§ 16 Salvatorische Klausel.....	19
Anlage 1: Arztgruppen mit RLV.....	20
Anlage 2: Arztgruppen mit PTLV.....	23
Anlage 3: Leistungen und Leistungsbereiche, die nicht im RLV enthalten sind.....	24
Anlage 4: Bildung der Arztgruppenhonorarfonds AG-HF.....	25
Anlage 5: Richtlinie zur Auslegung des Honorarverteilungsvertrages (RiLi HVV).....	28

Information der KVBB	Honorarverteilungsvertrag (HVV)	6. <hr/> 3/36
-------------------------------------	--	-------------------------

Präambel

- (1) Auf der Grundlage des § 85 Abs. 4 i.V.m. den §§ 85a-b und 87 SGB V sowie der hierzu gefassten Beschlüsse des Bewertungsausschusses vereinbaren die Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg (KVBB), die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen (Verbände der Krankenkassen) gemeinsam und einheitlich die Honorarverteilung.
- (2) Die Vertragspartner verpflichten sich zur Fortsetzung der gemeinsamen Analyse der Auswirkungen des EBM 2000plus und der Honorarverteilungsmechanismen.

§ 1 Geltungsbereich

- (1) Zur Honorarverteilung gelangen die der KVBB direkt oder über den Fremdkassenzahlungsausgleich gem. den Richtlinien der KBV zur Durchführung des bundeseinheitlichen Zahlungsausgleichsverfahrens zwischen den KVen von den Krankenkassen zufließenden Gesamtvergütungen und sonstigen Zahlungen aus Vereinbarungen mit den Partnern der Gesamtverträge gemäß § 85 SGB V.
- (2) An der Honorarverteilung nehmen teil:
- Vertragsärzte,
 - ermächtigte Ärzte,
 - psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten,
 - Fachwissenschaftler der Medizin,
 - Gemeinschaftspraxen,
 - Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V,
 - Medizinische Versorgungszentren nach § 95 SGB V,
 - ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen,
 - in Notfällen in Anspruch genommene Nichtvertragsärzte und Krankenhäuser.

6. 4/36	Honorarverteilungsvertrag (HVV)	Information der KVBB
-------------------	--	-------------------------------------

Alle an der Honorarverteilung Teilnehmenden werden im Folgenden als Beteiligte bezeichnet. Beteiligte, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich gem. § 73 Abs. 1a SGB V angehören, werden als Hausarzt bezeichnet. Ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte, Fachärzte für psychotherapeutische Medizin, psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten werden als ärztliche und psychologische Psychotherapeuten bezeichnet. Sonstige Beteiligte, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören, werden als Facharzt bezeichnet. In Gemeinschaftspraxen, Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V und Medizinischen Versorgungszentren nach § 95 SGB V erfolgt die Zuordnung zum haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich teilnehmerbezogen.

§ 2

Grundsätze der Honorarverteilung

- (1) Die KVBB verteilt gemäß § 85 SGB V die Gesamtvergütung an die Beteiligten, getrennt für die Bereiche der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung (§ 73 SGB V).
- (2) Die von den in den Anlagen 1 und 2 aufgeführten Arztgruppen erbrachten Leistungen werden bis zu einem bestimmten Umfang, dem Regelleistungsvolumen (RLV / PTLV), mit einem festen Punktwert vergütet. Leistungen und Leistungsbereiche der Anlage 3 unterliegen nicht dieser Form der Leistungssteuerung.
- (3) Im Rahmen der Vereinbarung von Modellvorhaben (§§ 63, 64 SGB V), des Abschlusses von Strukturverträgen (§ 73a SGB V), von Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung (§ 73b SGB V) bzw. zu besonderen Versorgungsaufträgen (§ 73c SGB V), von strukturierten Behandlungsprogrammen bei chronischen Krankheiten (§§ 137f-g SGB V) und der Bildung von integrierten Versorgungsformen (§§ 140a-h SGB V) können die jeweiligen Vertragspartner von diesem HVV abweichende Regelungen zur Vergütung treffen.

Information der KVBB	Honorarverteilungsvertrag (HVV)	6. <hr/> 5/36
-------------------------------------	--	-------------------------

- (4) Soweit in den Vergütungsvereinbarungen mit einzelnen Krankenkassen spezifische Vergütungsregelungen zur Förderung einzelner Leistungen oder Leistungsbereiche getroffen wurden, werden diese zur arztseitigen Vergütung herangezogen.
- (5) Zur Gewährleistung des Sicherstellungsauftrages wird ein Sicherstellungsfonds auch unter Einbeziehung der zweckgebunden hierfür von den Krankenkassen auf der Grundlage vertraglich vereinbarter Regelungen zur Verfügung gestellten Mittel mit dem Ziel gebildet, effiziente Versorgungsformen zur flächendeckenden ambulanten ärztlichen Betreuung zu fördern. Die inhaltliche Ausgestaltung des Sicherstellungsfonds sowie die Verwendung der Mittel aus dem Sicherstellungsfonds obliegt gem. § 85 Abs. 4 i.V.m. § 85b Abs. 1 SGB V der KVBB.
- (6) Bei Nachzahlungen bis 5 % der pauschalierten Gesamtvergütung eines Quartals des jeweiligen Krankenkassenverbandes kann der Vorstand der KVBB beschließen, dass diese Nachzahlungsbeträge für die laufende Abrechnung verwendet werden.

§ 3

Ermittlung der Honoraranforderung

- (1) Die KVBB ermittelt auf der Basis der abgerechneten Leistungen des jeweiligen Abrechnungsquartals und des HVV die Honoraranforderungen.
- (2) Ein Anspruch auf Honorierung nach dem HVV besteht nur, sofern die Vergütung nicht gem. § 2 Abs. 3 bzw. 5 geregelt ist.

§ 4

Aufteilung der Gesamtvergütung

- (1) Die Gesamtvergütungen und sonstigen Zahlungen gem. § 1 Abs. 1 abzüglich zweckgebundener Mittel gem. § 2 Abs. 3-5 sowie Rückstellungen gem. Punkt 3.2 der Abrechnungsordnung der KVBB werden vierteljährlich zusammengefasst und verteilt.

6. <hr style="width: 50px; margin: 0 auto;"/> 6/36	Honorarverteilungsvertrag (HVV)	Information der KVBB
--	--	-------------------------------------

(2) Es werden folgende Honorarfonds gebildet:

1. Zentrale Honorarfonds

- a) Kosten, Wegepauschalen, Schutzimpfungen und sonstige Pauschalvergütungen für Leistungen gem. vertraglicher Vereinbarungen (Honorarfonds „Vorwegabzüge“)
- b) Fremdarztleistungen (Honorarfonds „Fremdarzt“)
- c) Präventionsleistungen, Leistungen bei der Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit und sonstige Einzelleistungsvergütungen gem. vertraglicher Vereinbarungen (Honorarfonds „Prävention, Einzelleistungen“)
- d) Laborleistungen und diagnostische humangenetische Leistungen (Honorarfonds „Labor“)
- e) Leistungen im ärztlichen Bereitschaftsdienst (Honorarfonds „Bereitschaftsdienst“)

2. Honorarfonds „Hausärzte“ (gem. § 73 Abs. 1a SGB V) mit den Teilbereichen

- a) Leistungen, die dem fallzahlabhängigen Regelleistungsvolumen gem. § 9 (RLV) unterliegen (Teilbereich „RLV“)
- b) sonstige Leistungen, die nicht dem RLV unterliegen, sowie Leistungen von hausärztlich tätigen Beteiligten, die nicht dem RLV unterliegen (Teilbereich „freie Leistungen“)

3. Honorarfonds „Fachärzte“ mit den Teilbereichen

- a) Kurative Histologie, Zytologie und Zyto- und Molekulargenetik (Teilbereich „Histologie/Zytologie“)
- b) Leistungen der Strahlentherapie (Teilbereich „Strahlentherapie“)
- c) Leistungen, die dem RLV unterliegen (Teilbereich „RLV“)
- d) sonstige Leistungen, die nicht dem RLV unterliegen, sowie Leistungen von fachärztlich tätigen Beteiligten, die nicht dem RLV unterliegen (Teilbereich „freie Leistungen“)

Die Teilbereiche werden zu Arztgruppenhonorarfonds (AG-HF) gem. Anlage 4 zusammengefasst.

4. Honorarfonds „Psychotherapie“ mit den Teilbereichen

- (a) antragspflichtige psychotherapeutische Leistungen (Teilbereich „PT“)
- (b) sonstige Leistungen der ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten (Teilbereich „sonstige Leistungen“)

Information der KVBB	Honorarverteilungsvertrag (HVV)	6. <hr/> 7/36
-------------------------------------	--	-------------------------

- (3) Leistungen von Beteiligten in Gemeinschaftspraxen, Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V und Medizinischen Versorgungszentren nach § 95 SGB V werden gem. der Zugehörigkeit des Beteiligten zu einem Honorarfonds bzw. AG-HF gem. Abs. 2 zugeordnet.

§ 5 Zentrale Honorarfonds

- (1) Vorwegabzüge werden entsprechend den Anforderungen und den vertraglichen Regelungen unter Berücksichtigung von § 13 Abs. 6 beglichen. Das daraus resultierende Vergütungsvolumen bildet den Honorarfonds „Vorwegabzüge“.
- (2) Der Leistungsbedarf von bereichsfremden Beteiligten wird gem. den Richtlinien der KBV zur Durchführung des bundeseinheitlichen Zahlungsausgleichsverfahrens vergütet. Das dafür erforderliche Vergütungsvolumen bildet den Honorarfonds „Fremdarzt“. Der Honorarverteilung im jeweiligen Quartal werden die Ergebnisse des letzt verfügbaren Vorquartals zugrunde gelegt.
- (3) Der Honorarfonds „Prävention, Einzelleistungen“ ergibt sich aus der von den Krankenkassen für diese Leistungen gezahlten Vergütung. Der Leistungsbedarf der Präventionsleistungen, Leistungen bei der Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit und sonstiger Einzelleistungen gem. vertraglicher Vereinbarungen wird mit den Krankenkassen, den Landesverbänden der Krankenkassen bzw. den Verbänden der Ersatzkassen vereinbarten Punktwerten vergütet. Bei Krankenkassen, mit deren Verbänden für den Bereich der KVBB keine entsprechenden Punktwerte zu vereinbaren sind, werden die mit der AOK für das Land Brandenburg vereinbarten Punktwerte herangezogen.
- (4) Der Honorarfonds „Labor“ ergibt sich aus der auf Laborleistungen sowie diagnostischen humangenetischen Leistungen entfallenden Vergütung. Aus diesem Honorarfonds werden die von Haus- und Fachärzten selbst erbrachten und veranlassten Kosten, sowie die in Punkten bewerteten Laborleistungen und diagnostischen humangenetischen Leistungen mit einem Punktwert von 3,5 €-Cent vergütet.

6. <hr style="width: 50%; margin: 0 auto;"/> 8/36	Honorarverteilungsvertrag (HVV)	Information der KVBB
---	--	-------------------------------------

- (5) Der Honorarfonds „Bereitschaftsdienst“ ergibt sich aus der für den ärztlichen Bereitschaftsdienst gem. Teil C der „Ausführungsbestimmungen zur Verwendung der Mittel aus dem Sicherstellungsfonds gem. § 2 Abs. 5“ (ABSF) festgelegten Vergütung. Ein darüber hinausgehender Vergütungsanspruch für die im ärztlichen Bereitschaftsdienst erbrachten Leistungen besteht nicht.

§ 6

Vergütungsanteile für hausärztliche und fachärztliche Versorgung

- (1) Der nach Abzug der Vergütungen nach § 5 verbleibende Teil der Gesamtvergütung wird gem. Beschluss des Bewertungsausschusses (BewA) zur Trennung der Gesamtvergütungen für die Bereiche der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung gem. § 85 SGB V in seiner jeweils gültigen Fassung kassenartenspezifisch auf den Honorarfonds „Hausärzte“ und im fachärztlichen Versorgungsbereich auf die Honorarfonds „Fachärzte“ und „Psychotherapie“ aufgeteilt.
- (2) Der gem. o.g. Beschluss des BewA im Jahr 1999 auf die Erstattungspsychotherapie gem. Artikel 11 Abs. 1 Nr. 2 PsychThG entfallende Anteil an der Gesamtvergütung sowie die sich aus der jeweils aktuellen Beschlussfassung des BewA gem. § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V zur Festlegung der angemessenen Höhe der Vergütung psychotherapeutisch tätiger Vertragsärzte und -therapeuten gem. § 85 Abs. 4a SGB V gegenüber der diesbezüglichen Beschlussfassung des BewA mit Wirkung zum 01. Januar 2000 ergebenden erhöhten Vergütungsanteile werden dem Honorarfonds „Psychotherapie“ hinzugerechnet.

§ 7

Honorarfonds „Hausärzte“

- (1) Der Honorarfonds „Hausärzte“ ergibt sich aus dem gem. § 6 auf diesen Honorarfonds entfallenden Anteil an der Gesamtvergütung.

Information der KVBB	Honorarverteilungsvertrag (HVV)	6. <hr/> 9/36
-------------------------------------	--	-------------------------

- (2) Leistungen, die dem RLV unterliegen, werden bis zur Höhe des RLV des Beteiligten gem. § 10 unter Berücksichtigung von § 13 Abs. 2 mit einem Punktwert von 4,1 €-Cent im Primärkassenbereich sowie von mindestens 4,1 €-Cent und höchstens 4,5 €-Cent im Ersatzkassenbereich vergütet. Das über das RLV hinausgehende Punktzahlvolumen (RPZV) wird mit einem Punktwert von mindestens 0,01 €-Cent im Primärkassenbereich und 0,1 €-Cent im Ersatzkassenbereich vergütet.
- (3) Sonstige Leistungen gem. Anlage 3 und Leistungen von hausärztlich tätigen Beteiligten, die nicht den Regelungen des § 10 unterliegen, werden mit einem Punktwert von 3,3 €-Cent vergütet.
- (4) Im Fall einer kassenspezifischen Förderung gem. § 2 Abs. 4 werden die hierfür zur Verfügung gestellten Mittel in Form von Zusatzpunktwerten oder zusätzlichen Pauschalvergütungen bei Versicherten der jeweiligen Krankenkasse zur Auszahlung gebracht. Dabei werden Leistungen im RPZV bis zum Erreichen des Punktwertes im RLV vorrangig gefördert.

§ 8

Honorarfonds „Fachärzte“

- (1) Der Honorarfonds „Fachärzte“ ergibt sich aus dem gem. § 6 auf den fachärztlichen Versorgungsbereich entfallenden Anteil an der Gesamtvergütung, abzüglich des auf den Honorarfonds „Psychotherapie“ gem. § 9 entfallenden Gesamtvergütungsanteils.
- (2) Der Teilbereich „Histologie/ Zytologie“ ergibt sich aus der auf kurative histologische, zytologische, zyto- und molekulargenetische Leistungen gem. Anlage 3 entfallenden Vergütung. Der Leistungsbedarf der Leistungen gem. Satz 1 wird mit einem Punktwert von 2,5 €-Cent im Primärkassenbereich und von 3,5 €-Cent im Ersatzkassenbereich vergütet.

6. <hr/> 10/36	Honorarverteilungsvertrag (HVV)	Information der KVBB
--------------------------	--	-------------------------------------

- (3) Der Teilbereich „Strahlentherapie“ ergibt sich aus der auf Leistungen der Strahlentherapie gem. Anlage 3 entfallenden Vergütung. Der Leistungsbedarf der Leistungen gem. Satz 1 wird mit einem Punktwert von 2,5 €-Cent im Primärkassenbereich und von 3,5 €-Cent im Ersatzkassenbereich vergütet.
- (4) Leistungen, die dem RLV unterliegen, werden bis zur Höhe des RLV des Beteiligten gem. § 10 unter Berücksichtigung von § 13 Abs. 1 und 2 mit einem Punktwert von 4,01 €-Cent im Primärkassenbereich sowie mindestens 4,1 €-Cent und höchstens 4,4 €-Cent im Ersatzkassenbereich vergütet. Das über das RLV hinausgehende Punktzahlvolumen (RPZV) wird mit einem Punktwert von mindestens 0,01 €-Cent im Primärkassenbereich und 0,1 €-Cent im Ersatzkassenbereich vergütet.
- (5) Sonstige Leistungen gem. Anlage 3 und Leistungen von fachärztlich tätigen Beteiligten, die nicht den Regelungen des § 10 unterliegen, werden mit einem Punktwert von 3,3 €-Cent vergütet.
- (6) Im Fall einer kassenspezifischen Förderung gem. § 2 Abs. 4 werden die hierfür zur Verfügung gestellten Mittel in Form von Zusatzpunktwerten oder zusätzlichen Pauschalvergütungen bei Versicherten der jeweiligen Krankenkasse zur Auszahlung gebracht. Dabei werden Leistungen im RPZV bis zum Erreichen des Punktwertes im RLV vorrangig gefördert.

§ 9

Honorarfonds „Psychotherapie“

- (1) Der Honorarfonds „Psychotherapie“ ergibt sich aus den nicht der trennungsrelevanten Gesamtvergütung unterliegenden Mitteln gem. § 6 Abs. 2 zuzüglich des Anteils an der trennungsrelevanten Gesamtvergütung gem. § 6 Abs. 2, der im Zeitraum IV/03 bis III/04 zur Vergütung der Leistungen dieses Honorarfonds aus Mitteln des fachärztlichen Versorgungsbereiches verwendet wurde.

Information der KVBB	Honorarverteilungsvertrag (HVV)	6. <hr/> 11/36
-------------------------------------	--	--------------------------

- (2) Antragspflichtige psychotherapeutische Leistungen von ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten, Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie, Fachärzten für Psychiatrie, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie und Fachärzte für Nervenheilkunde werden bis zu einer dem PTLV gem. § 11 entsprechenden Punktmenge mit dem Punktwert gem. Beschluss des Bewertungsausschusses zur Festlegung der angemessenen Höhe der Vergütung zeitgebundener psychotherapeutischer Leistungen in der jeweils gültigen Fassung vergütet.
- (3) Sonstige Leistungen der ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten werden unter Anrechnung auf das PTLV gem. § 11 unter Berücksichtigung von § 13 Abs. 3 mit dem Punktwert für Leistungen im RLV gem. § 8 Abs. 4 vergütet. Das darüber hinaus gehende Punktzahlvolumen wird mit dem Punktwert für das RPZV gem. § 8 Abs. 4 vergütet.

§ 10

Fallzahlabhängige Regelleistungsvolumen (RLV)

- (1) Das RLV gilt für alle Vertragsärzte der in Anlage 1 aufgeführten Arztgruppen, einschließlich ermächtigter Ärzte, Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V und Medizinischer Versorgungszentren nach § 95 SGB V. Leistungen und Leistungsbereiche gem. Anlage 3 bleiben unberücksichtigt. Zur Fallzählung werden die kurativ-ambulanten Behandlungsfälle gem. § 21 Abs. 1 Bundesmantelvertrag / Ärzte bzw. § 25 Abs. 1 Arzt- / Ersatzkassen-Vertrag herangezogen, mit Ausnahme der Behandlungsfälle zur belegärztlichen Behandlung, Behandlungsfälle im ärztlichen Bereitschaftsdienst und Behandlungsfälle, auf denen ausschließlich präventive Leistungen abgerechnet werden (Gesamtfallzahl).
- Bei Gemeinschaftspraxen, Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V und Medizinischen Versorgungszentren nach § 95 SGB V bleiben Ärzte aus Arztgruppen, die nicht in Anlage 1 aufgeführt sind, sowie Ärzte aus den Arztgruppen Radiologie und Nuklearmedizin unberücksichtigt. Deren Fälle und Leistungen gehen nicht in die Berechnung der RLV der Gemeinschaftspraxen, Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V und Medizinischen Versorgungszentren nach § 95 SGB V ein.

6. <hr style="width: 50px; margin: 0 auto;"/> 12/36	Honorarverteilungsvertrag (HVV)	Information der KVBB
---	--	-------------------------------------

- (2) Die Höhe des kassenartenspezifischen RLV für Ärzte der Arztgruppen Radiologie und Nuklearmedizin ergibt sich aus der Multiplikation des RLV gem. Anlage 1 mit dem praxisindividuellen Anteil an ambulant kurativen Behandlungsfällen gem. Abs. 1 einer Kassenart zur Gesamtfallzahl unter Berücksichtigung des praxisindividuellen Korrekturfaktors gem. Abs. 4.
- (3) Die Höhe des kassenartenspezifischen RLV einer Arztpraxis ergibt sich aus der Multiplikation der kassenartenübergreifenden und arztgruppenspezifischen Grenzfallpunktzahl (GFPZ) mit der kassenarten- und arztgruppenspezifischen Grenzfallzahl (GFZ) und dem praxisindividuellen Anteil an ambulant kurativen Behandlungsfällen gem. Abs. 1 einer Kassenart zur Gesamtfallzahl unter Berücksichtigung des praxisindividuellen Korrekturfaktors gem. Abs. 4. Die für eine Arztpraxis jeweils zutreffende GFPZ und GFZ ergibt sich aus der Zugehörigkeit zu einer der in Anlage 1 aufgeführten Arztgruppen (Identifikation über Zulassung, Schwerpunkte und erteilte Genehmigungen).
- Für Gemeinschaftspraxen, Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V, Medizinische Versorgungszentren nach § 95 SGB V und Praxen mit angestellten Ärzten gem. § 95 Abs. 9 SGB V einschließlich Sicherstellungsassistenten gem. dem Sicherstellungsstatut der KVBB, die nicht der Leistungsbegrenzung gem. § 101 Abs. 1 Nr. 5 SGB V unterliegen, sowie Ärzten, die ihre vertragsärztliche Tätigkeit unter mehreren Gebietsbezeichnungen ausüben, wird das zutreffende Produkt aus Grenzfallzahl und Grenzfallpunktzahl als gewichteter Mittelwert der arztgruppenbezogenen Durchschnittswerte der vertretenen Arztgruppen unter Berücksichtigung des in der Bedarfsplanung festgelegten Faktors bzw. des Beschäftigungsanteils der Sicherstellungsassistenten errechnet.
- Nicht aufgeführte Arztgruppen, die Arztgruppen Radiologie und Nuklearmedizin sowie auf der Basis von § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V zugelassene Vertragsärzte bzw. auf der Basis von § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V angestellte Ärzte bleiben bei der Berechnung der zutreffenden Durchschnittswerte unberücksichtigt. Bei fachgleichen Beteiligten innerhalb von Gemeinschaftspraxen, Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V, Medizinischen Versorgungszentren nach § 95 SGB V, in denen ein oder mehrere der in Anlage 1 genannten Teilgebiete, Schwerpunkte, Zusatzbezeichnungen oder Genehmigungen vertreten sind, erfolgt die Bildung

Information der KVBB	Honorarverteilungsvertrag (HVV)	6. <hr/> 13/36
-------------------------------------	--	--------------------------

gewichteter Mittelwerte ausschließlich auf Basis der in Anlage 1 vertretenen Schwerpunkte und Genehmigungen.

- (4) Der praxisindividuelle Fallzahlkorrekturfaktor ergibt sich aus dem Verhältnis der individuellen Zahl der Behandlungsfälle gem. Abs. 1 zur durchschnittlichen Fallzahl (DFZ) der Arztgruppe gem. Anlage 1 im Basiszeitraum IV/03 bis III/04. Hierbei gilt:

- bis 25 %:	Faktor 0,25
- mehr als 25 % bis 50 %:	Faktor 0,5
- mehr als 50 % bis 75 %:	Faktor 0,75
- mehr als 75 % bis 100 %:	Faktor 1
- mehr als 100 % bis 125 %:	Faktor 1,25
- mehr als 125 %	Faktor 1,5

Für Praxen, deren erstes Abrechnungsquartal nach dem 31.12.2002 liegt, wird der praxisindividuelle Fallzahlkorrekturfaktor wie folgt ermittelt: Sind seit dem ersten Abrechnungsquartal noch keine acht Abrechnungsquartale vergangen, wird der Faktor mit 1 festgelegt. Ab dem neunten Abrechnungsquartal gilt der Faktor, der aus dem Verhältnis der individuellen Zahl der Behandlungsfälle gem. Abs. 1 in den davor liegenden letzten vier Quartalen zur DFZ der Arztgruppe gem. Anlage 1 resultiert.

Für Beteiligte mit Schwerpunkt Nephrologie, der Arztgruppe Neurochirurgie und Beteiligte der Arztgruppe Radiologie mit Vorhaltung von MRT wird der Faktor mit 1 festgelegt, sofern der sich ergebene individuelle Fallzahlkorrekturfaktor kleiner als 1 ist.

Liegt in mindestens vier aufeinanderfolgenden Quartalen die individuelle Zahl der Behandlungsfälle gem. Abs. 1 über oder unter der für die Ermittlung des Korrekturfaktors berücksichtigten individuellen Fallzahl, so kann auf Antrag des Arztes oder der KVBB gem. der Richtlinie zur Auslegung des HVV der Faktor für nachfolgende Abrechnungen um jeweils 0,25 nach oben bzw. unten individuell angepasst werden.

- (5) Die Regelungen zur Bildung des RLV einer Arztpraxis gelten für Gemeinschaftspraxen, Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V, Medizinische Versorgungszentren nach § 95 SGB V und Praxen mit angestellten Ärzten gem. § 95 Abs. 9 SGB V einschließlich Sicherstellungsassistenten gem. dem Sicherstellungsstatut der KVBB, die nicht der Leistungsbegrenzung gem. § 101 Abs. 1

6. <hr style="width: 50px; margin: 0 auto;"/> 14/36	Honorarverteilungsvertrag (HVV)	Information der KVBB
---	--	-------------------------------------

Nr. 5 SGB V unterliegen, je Arzt unter Berücksichtigung des in der Bedarfsplanung festgelegten Faktors bzw. des Beschäftigungsanteils der Sicherstellungsassistenten.

- (6) Das je Kassenart im aktuellen Abrechnungsquartal abgerechnete und anerkannte Punktzahlvolumen einer Arztpraxis für Leistungen, die dem RLV unterliegen (PZV_{EBM}), wird bis zur Höhe des kassenarten- und arztgruppenspezifischen RLV der Arztpraxis, jedoch maximal bis zu einer dem 1,5fachen der GFPZ der Arztgruppe entsprechenden praxisindividuellen Fallpunktzahl mit dem in § 7 Abs. 2 bzw. § 8 Abs. 4 festgelegten Punktwert vergütet. Diese Fallpunktzahlbergrenze gilt nicht für Beteiligte gem. Anlage 1 mit Schwerpunkt Nephrologie sowie der Arztgruppen Neurochirurgie, Radiologie und Nuklearmedizin.
- (7) Für Beteiligte der Arztgruppen Radiologie und Nuklearmedizin mit Vorhaltung von CT und / oder MRT wird das RLV um die jeweilige Strukturkomponente gem. Anlage 1 erhöht. Für Beteiligte der Arztgruppe Radiologie mit Vorhaltung von MRT wird der praxisindividuelle Fallzahlkorrekturfaktor gem. Abs. 4 bis max. 1,5 auch auf die Strukturkomponenten angewandt. In Gemeinschaftspraxen, Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V und Medizinischen Versorgungszentren gem. § 95 SGB V wird die Strukturkomponente je vorgehaltenem Gerät gewährt.

§ 11

Regelleistungsvolumen Psychotherapie (PTLV)

- (1) Für ärztliche und psychologische Psychotherapeuten, Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Fachärzte für Psychiatrie, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie und Fachärzte für Nervenheilkunde wird das PTLV gem. Anlage 2 für antragspflichtige psychotherapeutische Leistungen gem. Anlage 3 kassenartenübergreifend je Beteiligtem unter Berücksichtigung des praxisindividuellen Korrekturfaktors gem. Abs. 2 festgelegt. In Gemeinschaftspraxen, Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V und Medizinischen Versorgungszentren nach § 95 SGB V werden hierbei nur die Leistungen der in Satz 1 genannten Arztgruppen berücksichtigt.
- (2) Der praxisindividuelle Korrekturfaktor für das PTLV ergibt sich aus dem Verhältnis des individuellen Punktzahlvolumens antrags-

Information der KVBB	Honorarverteilungsvertrag (HVV)	6. <hr/> 15/36
-------------------------------------	--	--------------------------

pflichtiger psychotherapeutischer Leistungen und dem PTLV gem. Anlage 2 für antragspflichtige Leistungen gem. Anlage 3 im Basiszeitraum IV/03 bis III/04.

Hierbei gilt:

- bis 25 %: Faktor 0,25
- mehr als 25 % bis 50 %: Faktor 0,5
- mehr als 50 % bis 75 %: Faktor 0,75
- mehr als 75 % bis 100 %: Faktor 1

Für Praxen, deren erstes Abrechnungsquartal nach dem 31.12.2002 liegt, wird der praxisindividuelle Korrekturfaktor für das PTLV wie folgt ermittelt:

Sind seit dem ersten Abrechnungsquartal noch keine acht Abrechnungsquartale vergangen, wird der Faktor mit 1 festgelegt. Ab dem neunten Abrechnungsquartal gilt der Faktor, der aus dem Verhältnis des individuellen Punktzahlvolumens antragspflichtiger psychotherapeutischer Leistungen in den davor liegenden letzten vier Quartalen zum PTLV gem. Anlage 2 resultiert.

Liegt in mindestens vier aufeinanderfolgenden Quartalen das individuelle Punktzahlvolumen antragspflichtiger psychotherapeutischer Leistungen über oder unter dem für die Ermittlung des Korrekturfaktors für das PTLV berücksichtigten individuellen Punktzahlvolumen der entsprechenden Leistungen, so kann auf Antrag des Arztes oder der KVBB gem. der Richtlinie zur Auslegung des HVV der Faktor für nachfolgende Abrechnungen um jeweils 0,25 nach oben bzw. unten individuell angepasst werden.

- (3) Für ärztliche und psychologische Psychotherapeuten wird das PTLV um die Strukturkomponente für sonstige Leistungen gem. Anlage 2 erhöht.

6. <hr/> 16/36	Honorarverteilungsvertrag (HVV)	Information der KVBB
--------------------------	--	-------------------------------------

§ 12

Praxisbesonderheiten/Härtefallregelung

- (1) Sofern Überschreitungen vorliegen, die auf typisierte Praxisbesonderheiten gem. der Anlage 5 HVV zurückzuführen sind, können auf Antrag Abweichungen zu den Regelungen in §§ 10 und 11 durch den Vorstand der KVBB festgelegt werden.
- (2) Sofern Überschreitungen vorliegen, die auf atypische Praxisbesonderheiten mit begrenzter Wirkungsdauer zurückzuführen sind, entscheidet der Vorstand der KVBB im Falle des Vorliegens von besonderen Härten über Abweichungen zu den Regelungen der §§ 10 und 11. Die Arbeitsgemeinschaft der Verbände der Krankenkassen wird über diese Entscheidungen unterrichtet.
- (3) Sofern Überschreitungen vorliegen, die nicht auf anerkannte Praxisbesonderheiten gem. Abs. 1 und 2 zurückzuführen sind, erhöht sich das nach den Regelungen der §§ 10 und 11 anzuerkennende Punktzahlvolumen nicht.

§ 13

Interventionsregelungen

- (1) Im Honorarfonds „Fachärzte“ werden AG-HF gem. Anlage 4 gebildet. Mehr- und Minderbeträge nach Vergütung aller Leistungen mit den Mindestpunktwerten gem. § 8 werden kassenartenspezifisch jeweils anteilig zwischen den AG-HF ausgeglichen.
- (2) Die nach Vergütung aller Leistungen im Honorarfonds „Hausärzte“ bzw. den AG-HF gem. Anlage 4 im Honorarfonds „Fachärzte“ mit den Punktwerten gem. §§ 7 und 8 kassenarten- und arztgruppenspezifisch noch zur Verfügung stehenden Mittel werden über den Punktwert, der sich als Quotient aus diesen Mitteln und dem RPZV ergibt, im Primärkassenbereich bis maximal zur Höhe von 50 % bzw. im Ersatzkassenbereich bis zur Höhe von 10 % des Mindestpunktwertes für das RLV gem. § 7 Abs. 2 bzw. § 8 Abs. 4, für das RPZV ausgezahlt. Im Ersatzkassenbereich werden die ggf. darüber hinaus zur Verfügung stehenden Mittel arztgruppenspezifisch für das RLV über eine entsprechende Erhöhung des Punktwertes für das RLV bis zur Höhe des maximalen Punktwertes gem. § 7 Abs. 2 bzw. § 8 Abs. 4 ausgezahlt.

Information der KVBB	Honorarverteilungsvertrag (HVV)	6. <hr/> 17/36
-------------------------------------	--	--------------------------

- (3) Die nach Vergütung aller Leistungen im Honorarfonds „Psychotherapie“ mit den Punktwerten gem. § 9 kassenartenspezifisch noch zur Verfügung stehenden Mittel werden über den Punktwert, der sich als Quotient aus diesen Mitteln und dem RPZV für sonstige Leistungen ergibt, jedoch maximal bis zur Höhe des Punktwertes „sonstige Leistungen“ im PTLV gem. § 9 Abs. 3, für „sonstigen Leistungen“, die das PTLV überschreiten, ausgezahlt.
- (4) Nach Vergütung aller Leistungen mit den Maximalpunktwerten ggf. noch zur Verfügung stehende Mittel werden kassenartenspezifisch und differenziert nach den Honorarfonds „Hausärzte“ und „Fachärzte“ zur Anhebung des Punktwertes der RLV gem. Anlage 1 verwendet.
- (5) Sofern die sich aus der abgerechneten Leistungsmenge nach sachlich- rechnerischer Richtigstellung ergebende Fallpunktzahl der jeweiligen Arztgruppe im Durchschnitt der abgerechneten Quartale seit Einführung des EBM 2000plus, jedoch maximal unter Berücksichtigung von drei Vorquartalen, um mehr als 10 % von der GFPZ gem. Anlage 1 mit Stand vom 01.07.06 abweicht, wird über eine Anpassung der GFPZ verhandelt. Für Radiologen und Nuklearmediziner werden bei Vorliegen der Abrechnungsergebnisse nach dem EBM 2000plus für vier aufeinander folgende Quartale die kassenartenspezifischen RLV gem. Anlage 1 einschließlich der Strukturkomponenten durch anhand der IST- Abrechnung der Sub-Arztgruppen zu ermittelnde GFPZ sowie kassenartenspezifische GFZ, die in der Relation dem Verhältnis der jeweiligen GFZ zur DFZ über alle Arztgruppen des Honorarfonds „Fachärzte“ entspricht, ersetzt. Die sich daraus ergebenden Änderungen an diesem HVV werden zwischen den Vertragspartnern gesondert vereinbart. Arztgruppen die im Rahmen der EBM-Evaluation des BewA einer Überprüfung der Leistungsbewertung im EBM unterliegen, bleiben hierbei unberücksichtigt. Die Benennung der Arztgruppen bedarf des Einvernehmens der Vertragspartner. Begünstigende Parameteranpassungen werden bereits ab der nächst folgenden Honorarverteilung nach diesem HVV honorarwirksam. Absenkungen von Parametern werden ab dem nächsten vollen Quartal der Leistungserbringung honorarwirksam und bedürfen der Vorabveröffentlichung.

6. <hr style="width: 50px; margin: 0 auto;"/> 18/36	Honorarverteilungsvertrag (HVV)	Information der KVBB
---	--	-------------------------------------

(6) Für Pauschalvergütungen für Leistungen gem. gesamtvertraglicher Vereinbarungen, die einer Budgetierung unterliegen, wird bei nicht ausreichend zur Verfügung gestellten Mitteln (VKT), die zu vergütende Anzahl individuell erbrachter Leistungen (ANZ_{ind}) mit der sich aus den im jeweiligen Quartal zur Verfügung stehenden Mitteln und der

anerkannten Summe der Pauschalvergütungen (VSoll) ergebenden Quote (QV)

$$ANZ = ANZ_{ind} * Q_v \quad \text{mit} \quad Q_v = \frac{V_{KT}}{V_{Soll}}$$

begrenzt, sofern der Mehrbedarf nicht außerhalb der budgetierten Gesamtvergütung durch die Krankenkassen ausgeglichen wird.

§ 14 Begleitung der Umsetzung

Die Vertragspartner begleiten die Umsetzung des Vertrages, indem die Umsetzung quartalsweise analysiert wird und eine gemeinsame Feststellung von Anpassungsbedarf erfolgt. Hierzu stellt die KVBB für das Abrechnungsquartal II/06 unverzüglich nach erfolgter Abrechnung die Informationen im Vergleich zum Abrechnungsquartal II/05 in der für die Analyse der Quartale II/05 und III/05 praktizierten Form der Arbeitsgemeinschaft der Verbände der Krankenkassen zur Verfügung. Die Datenlieferung für die Quartale ab III/2006 erfolgt ff. nach dem gleichen Modus.

§ 15 Inkrafttreten

Der Vertrag tritt mit Wirkung zum 01.07.2006 in Kraft. Er kann frühestens zum 01.10.2007 mit einer Frist von sechs Wochen zum Quartalsende gekündigt werden.

Einvernehmliche Änderungen, insbesondere zu den Anlagen des HVV, sind unbeschadet dessen jeweils zu Beginn eines neuen Quartals zulässig.

Information der KVBB	Honorarverteilungsvertrag (HVV)	6. <hr/> 19/36
-------------------------------------	--	--------------------------

§ 16
Salvatorische Klausel

Sollten Bestimmungen dieses Vertrages ganz oder teilweise nicht rechtswirksam sein oder werden, wird dadurch die Geltung der übrigen Bestimmungen nicht berührt. An die Stelle der unwirksamen oder undurchführbaren Bestimmungen soll eine Regelung treten, die dem Willen der Vertragspartner sowie dem Sinn und der Vereinbarung entspricht.

6. 20/36	Honorarverteilungsvertrag (HVV)	Information der KVBB
--------------------	--	-------------------------------------

Anlage 1 Arztgruppen mit RLV

	DFZ	GFZ_{PK}	GFZ_{EK}	GFPZ
Fachärzte für Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte und Fachärzte für Innere Medizin (hausärztlich)	930	680	680	965
Fachärzte für Kinderheilkunde	820	560	730	875
Fachärzte für Kinderheilkunde mit Schwerpunkt Kinderkardiologie	1.360	660	960	2.990
Fachärzte für Anästhesiologie	370	180	260	1.120
Fachärzte für Augenheilkunde	1.650	850	1.230	670
Fachärzte für Augenheilkunde mit operativer Tätigkeit	1.570	760	1.100	730
Fachärzte für Chirurgie	950	460	670	870
Fachärzte für Chirurgie mit Schwerpunkt Gefäßchirurgie	1.590	770	1.120	1.100
Fachärzte für Chirurgie mit Schwerpunkt Unfallchirurgie	950	460	670	870
Fachärzte für Kinderchirurgie und Fachärzte für Chirurgie mit Schwerpunkt Kinderchirurgie	950	460	670	870
Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe	1.340	650	940	490
Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit operativer Tätigkeit	1.380	670	970	510
Fachärzte für Hals- Nasen- Ohrenheilkunde	1.140	580	840	900
Fachärzte für Hals- Nasen- Ohren- heilkunde mit operativer Tätigkeit	1.340	690	1.000	920
Fachärzte für Dermatologie	1.430	750	1.100	560
Fachärzte für Dermatologie mit operativer Tätigkeit	1.800	940	1.350	530
Fachärzte für Innere Medizin (fachärztlich)	1.100	530	770	1.220

Information der KVBB	Honorarverteilungsvertrag (HVV)	6. <hr/> 21/36
-------------------------------------	--	--------------------------

	DFZ	GFZ_{PK}	GFZ_{EK}	GFPZ
Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Angiologie / Kardiologie	1.160	560	820	1.680
Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Endokrinologie	1.100	530	770	1.320
Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Gastroenterologie	1.100	530	770	1.400
Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Hämatologie / Onkologie	1.100	530	770	2.470
Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Nephrologie	300	190	190	2.730
Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Pneumologie und Fachärzte für Lungen- und Bronchialheilkunde	1.210	590	850	1.500
Fachärzte für Mund- Kiefer- Gesichtschirurgie	290	140	220	400
Fachärzte für Nervenheilkunde ohne Psychotherapie und Fachärzte für Neurologie	1.020	490	720	1.210
Fachärzte für Nervenheilkunde mit Psychotherapie, Fachärzte für Psychiatrie und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie	790	380	590	1.340
Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie	360	180	260	2.390
Fachärzte für Neurochirurgie	950	460	670	870
Fachärzte für Orthopädie	1.400	680	980	820
Fachärzte für Orthopädie mit operativer Tätigkeit	1.450	700	1.020	840
Fachärzte für Urologie	1.570	760	1.100	690
Fachärzte für Physikalisch-Rehabilitative Medizin	990	510	750	1.200

6. _____ 22/36	Honorarverteilungsvertrag (HVV)	Information der KVBB
-----------------------------	--	-------------------------------------

	DFZ	RLV_{PK}	RLV_{EK}	Struktur- komponente
Fachärzte für Radiologie	2.110	1.025.000	1.845.000	CT: 440.000 MRT: 750.000
Fachärzte für Nuklearmedizin	1.010	1.490.000	2.682.000	

Information der KVBB	Honorarverteilungsvertrag (HVV)	6. <hr/> 23/36
-------------------------------------	--	--------------------------

**Anlage 2
Arztgruppen mit PTLV**

	PTLV	Struktur- komponente für „sonstige Leistungen“
Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin, ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte, psychologische Psychotherapeuten und psychologische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	679.185	32.330
Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Fachärzte für Psychiatrie, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie und Fachärzte für Nervenheilkunde	679.185	

6. <hr style="width: 50%; margin: 0 auto;"/> 24/36	Honorarverteilungsvertrag (HVV)	Information der KVBB
--	--	-------------------------------------

Anlage 3

Leistungen und Leistungsbereiche, die nicht im RLV enthalten sind

- Kosten und Wegepauschalen gem. Kap. 40 EBM, Schutzimpfungen und sonstige Pauschalvergütungen für Leistungen gem. vertraglicher Vereinbarungen
- Prävention, Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit und sonstige Einzelleistungen gem. vertraglicher Vereinbarungen
- Labor gem. Kap. 12 und 32 EBM, diagnostische humangenetische Leistungen gem. Kap. 11.3 EBM
- Leistungen im ärztlichen Bereitschaftsdienst
- kurative Histologie, Zytologie, Zyto- und Molekulargenetik gem. Kap. 19 EBM
- Strahlentherapie gem. Kap. 25 EBM
- Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (ESWL) von Harnsteinen (GNR 26330 EBM)
- Diagnostische Radiologie gem. Kap. 34.2 EBM für alle Arztgruppen, mit Ausnahme der Fachärzte für Radiologie
- ambulante Operationen gem. Kap. 31.1 bis 31.5 EBM
- antragspflichtige psychotherapeutische Leistungen gem. Kap. 35.2 EBM
- belegärztliche Leistungen
- Leistungen des Kap. 1.7.5 bis 1.7.7 EBM

Information der KVBB	Honorarverteilungsvertrag (HVV)	6. <hr/> 25/36
-------------------------------------	--	--------------------------

Anlage 4 Bildung der Arztgruppenhonorarfonds AG-HF

Es werden Arztgruppenhonorarfonds (AG-HF) im Honorarfonds „Fachärzte“ kassenartenspezifisch als Anteil am Honorarfonds „Fachärzte“ auf der Basis des Zeitraumes IV/03 bis III/04 gebildet.

AG-HF	Arztgruppen
Anästhesie	Fachärzte für - Anästhesiologie
Augenheilkunde	Fachärzte für Augenheilkunde - mit und ohne operativer Tätigkeit
Chirurgie	Fachärzte für Chirurgie, - ohne SP - SP Gefäßchirurgie - SP Unfallchirurgie - SP Kinderchirurgie Fachärzte für Kinderchirurgie Fachärzte für MKG-Chirurgie Fachärzte für Neurochirurgie
Frauenheilkunde	Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe - mit und ohne operativer Tätigkeit
HNO	Fachärzte für Hals- Nasen- Ohrenheilkunde - mit und ohne operativer Tätigkeit
Dermatologie	Fachärzte für Dermatologie - mit und ohne operativer Tätigkeit
Innere Medizin	Fachärzte für Innere Medizin (fachärztlich) - ohne SP - SP Angiologie/Kardiologie Diabetologie - SP Endokrinologie - SP Gastroenterologie - SP Hämatologie/Onkologie - SP Nephrologie - SP Pneumologie Fachärzte für Lungen- und Bronchialheilkunde

6. _____ 26/36	Honorarverteilungsvertrag (HVV)	Information der KVBB
-----------------------------	--	-------------------------------------

Nervenheilkunde	Fachärzte für - Nervenheilkunde mit und ohne Psychotherapie - Neurologie - Psychiatrie, Psychiatrie und Psychotherapie - Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
Orthopädie	Fachärzte für - Orthopädie mit und ohne operative Tätigkeit
Urologie	Fachärzte für - Urologie
Physikalisch-Rehabilitative Medizin	Fachärzte für - Physikalisch-Rehabilitative Medizin
Radiologie/ Nuklearmedizin	Fachärzte für - Radiologie - Nuklearmedizin

Information der KVBB	Honorarverteilungsvertrag (HVV)	6. <hr/> 27/36
-------------------------------------	--	--------------------------

Anlage 5
Richtlinie zur Auslegung des Honorarverteilungsvertrages
(RiLi HVV)

A. Präambel

Bei der Anwendung der gültigen Honorarverteilung ist für die Bearbeitung von Anträgen und Widersprüchen zu den Regelungen des HVV eine einheitliche Auslegung der Regelungen des HVV erforderlich. Die Richtlinie dient der gleichförmigen Anwendung wesentlicher Elemente der Einheitlichen Honorarverteilung. Im Rahmen der Vorgaben dieser Richtlinie entscheidet der Vorstand der KVBB über die Auslegung der Grundsätze der Honorarverteilung.

Diese Richtlinie gilt ab dem Abrechnungsquartal IV/2007, soweit nicht ein neuer HVV mit einer geänderten Richtlinie vereinbart wird. Soweit im Einzelnen nichts anderes bestimmt ist, gilt diese Richtlinie für alle Anträge zu prospektiven Regelungen der Leistungssteuerung nach HVV ab dem Quartal IV/2007. Sie gilt auch für alle Widersprüche zu Regelungen der Leistungssteuerung nach HVV im Honorarbescheid ab dem Quartal IV/2007.

B. Grundsätze

Anträge auf abweichende Regelung der Leistungssteuerung sind spätestens 6 Wochen nach Ablauf des antragsbezogenen Quartals zu stellen. Nach diesem Zeitpunkt können Begehren auf Modifikation der Leistungssteuerung nach Erhalt des Honorarbescheides im Rahmen eines Widerspruchs geltend gemacht werden. Der Widerspruch gilt auch als Antrag bezogen auf nachfolgende Quartale.

Auf Grund des notwendigen Prüfungsumfanges erfolgt die Prüfung von Praxisbesonderheiten nach § 12 HVV in der Regel innerhalb eines Widerspruchsverfahrens zum Honorarbescheid.

Bei Anpassungen des praxisindividuellen Korrekturfaktors (KF) wird grundsätzlich der Zeitraum der vorangegangenen vier Quartale zugrunde gelegt.

Die Regelungen dieser Richtlinie gelten bei der Bearbeitung von Widersprüchen mit der Maßgabe, dass bei einem erforderlichen Vergleich vorangegangener Quartale die letzten vier Quartale bis einschließlich des Widerspruchsquartals heranzuziehen sind.

6. <hr style="width: 50px; margin: 0 auto;"/> 28/36	Honorarverteilungsvertrag (HVV)	Information der KVBB
---	--	-------------------------------------

Bei der Bewertung des Einzelfalles sind Auswirkungen aus einer Veränderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes nicht zu berücksichtigen.

Eine Modifikation nach § 12 Abs. 1 HVV erfordert eine Überschreitung des RLV (PK + EK) im Widerspruchsverfahren um mindestens 15 %.

Regelungen zur Modifikation des Regelleistungsvolumens Psychotherapie (PTLV) nach Anlage 2 zum HVV gemäß § 12 HVV sind auf Grund der umgesetzten gesetzlichen Rahmenbedingungen des PsychThG und der Beschlüsse des BewA nicht möglich. Ausgenommen sind Anträge oder Widersprüche der in Anlage 2 des HVV genannten Arztgruppen, die sich auf die Erhöhung des KF für das PTLV oder die Strukturkomponente für sonstige Leistungen beziehen.

Modifikationen der Leistungssteuerung für ermächtigte Krankenhausärzte, ermächtigte Therapeuten und ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen werden ausschließlich innerhalb eines Widerspruchsverfahrens vorgenommen.

Eine Doppelbegünstigung auf Grund von Umständen, die bereits eine Modifikation begründet haben, ist ausgeschlossen. Solche Umstände sind bereits (durch Antrags- oder Widerspruchsentscheidung) anerkannte Praxisbesonderheiten, begrenzt auf den Umfang der Anerkennung.

Vergleiche zur Arztgruppe finden grundsätzlich gegenüber der Gruppe statt, die sich aus den nicht modifizierten niedergelassenen Praxen der Arztgruppe ergibt.

Der nach den Regelungen dieser Richtlinie im Rahmen der RLV maximal festzusetzende praxisindividuelle KF beträgt 1,75 bzw. im Rahmen des PTLV 1,0. Soweit nichts Abweichendes bestimmt ist, erfolgt grundsätzlich eine Anpassung um 0,25. Die maximal festzusetzende Grenzfallpunktzahl beträgt i.S.d. Fallpunktzahlobergrenze des § 10 Abs. 6 HVV das 1,5 fache der Arztgruppe.

Soweit nichts Abweichendes bestimmt ist, gelten Modifikationen für den Zeitraum der Gültigkeit des dem Bescheid zugrunde liegenden HVV einschließlich der Anlagen 1, 2 und 5, bzw. bis zur Erstfestsetzung der Basis nach den §§ 10 Abs. 4 Satz 4, 11 Abs. 2 Satz 4 HVV, längstens aber 6 Quartale. Soweit die von dieser Richtlinie betroffenen Regelungen und Anlagen dieses HVV auch für den nachfolgend geltenden HVV vereinbart werden, wirkt die Modifikation nach Maßgabe des erteilten Bescheides auch unter diesem fort.

Information der KVBB	Honorarverteilungsvertrag (HVV)	6. <hr/> 29/36
-------------------------------------	--	--------------------------

C. Richtlinien zu §§ 10 und 11 HVV

1.1. Berechnung des praxisindividuellen Korrekturfaktors nach § 10 Abs. 4 HVV (KF)

Einem Antrag auf Anpassung des KF um 0,25 ist nach Prüfung der individuellen Fallzahlen in den letzten vier dem Antragsquartal vorangegangenen Quartalen bis maximal 1,5 zu entsprechen, sofern bei einem Antrag auf Anhebung eine tatsächliche Überschreitung des bisherigen Faktors vorliegt.

Eine Absenkung ist möglich, wenn eine tatsächliche Unterschreitung des bisherigen Faktors vorliegt.

1.2. Berechnung des praxisindividuellen Korrekturfaktors nach § 11 Abs. 2 HVV (KF)

Einem Antrag auf Anpassung des KF um 0,25 ist nach Prüfung des individuellen Punktzahlvolumens antragspflichtiger psychotherapeutischer Leistungen im Verhältnis zum PTLV nach Anlage 2 zum HVV für antragspflichtige Leistungen nach Anlage 3 zum HVV in den letzten vier Quartalen bis maximal 1,0 zu entsprechen, sofern bei einem Antrag auf Anhebung eine tatsächliche Überschreitung des bisherigen Faktors vorliegt.

Eine Absenkung ist möglich, wenn eine tatsächliche Unterschreitung des bisherigen Faktors vorliegt.

2. Neuzulassung, Statuswechsel und Tätigkeitsunterbrechung

Die Zuordnung KF = 1 gilt neben der Neuzulassung auch für folgende Fälle:

- Neugründung einer Berufsausübungsgemeinschaft oder eines Medizinischen Versorgungszentrums nach § 95 SGB V je Arzt
- Auflösung einer Berufsausübungsgemeinschaft, einer Einrichtung nach § 311 Abs. 2 SGB V oder eines Medizinischen Versorgungszentrums nach § 95 SGB V in Einzelpraxen je Arzt
- Statuswechsel von der Ermächtigung in die Niederlassung
- Statuswechsel von der Anstellung in einer Einrichtung nach § 311 Abs. 2 SGB V oder in einem Medizinischen Versorgungszentrum nach § 95 SGB V in die Niederlassung oder Ermächtigung in eigener Praxis
- Ruhen des Praxisbetriebes über mehr als zwei Quartale
- Nichtvorliegen von vier zusammenhängenden Quartalen der Praxistätigkeit im Zeitraum IV/2003 bis I/2005 bis zum Vorliegen der Voraussetzungen eines praxisindividuellen Basiszeitraums. Bei

6. <hr style="width: 50px; margin: 0 auto;"/> 30/36	Honorarverteilungsvertrag (HVV)	Information der KVBB
---	--	-------------------------------------

ermächtigten Krankenhausärzten werden hiervon abweichend bei der Ermittlung des praxisindividuellen KF nur die verfügbaren Quartale im Basiszeitraum zugrunde gelegt.

- Als Neugründung gelten auch Statuswechsel, wie die Aufhebung der Jobsharing-Begrenzung in offenen Planungsbereichen.

3. Veränderungen von Arztpraxen (Berufsausübungsgemeinschaften, Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V, Medizinischen Versorgungszentren nach § 95 SGB V und Einzelpraxen)

Bei Veränderungen innerhalb bestehender Arztpraxen (Hinzukommen beteiligter Ärzte) werden ohne Antrag der KF und die Parameter des RLV unter Zugrundelegung der Basisdaten der vorangegangenen vier Quartale neu berechnet:

Die Anpassung des KF der Arztpraxis (alt) erfolgt durch Hinzurechnung der durchschnittlichen Fallzahlen nach Anlage 1 HVV der AGR des neuen Beteiligten unter Beachtung des § 10 Abs. 3 HVV.

Eine entsprechende Anwendung dieser Grundsätze ist bei einer Reduzierung der Beteiligten vorzunehmen, sofern die Reduzierung nicht zur Auflösung führt.

Im 5. Quartal nach der Veränderung kann v.A.w. eine Neuberechnung des KF auf Basis der vier vorangegangenen Quartale erfolgen.

4. Änderung des Zulassungsstatus

Bei Änderung des Zulassungsstatus (z.B. hausärztlicher/fachärztlicher Versorgungsbereich), neuen Genehmigungen, Zusatzbezeichnungen und anderen Spezifika (Schwerpunkte), welche die Einordnungssystematik nach Anlage 1 HVV betreffen, erfolgt eine Neuberechnung des KF v.A.w. entsprechend den Parametern der neu zugeordneten Arztgruppe (AGR).

5. Tätigkeitsumfang

Bei angestellten Ärzten mit einem Bedarfsplanungsfaktor 0 (vgl. § 23m Bedarfsplanungs-Richtlinie), die nicht der Leistungsbegrenzung gem. § 101 Abs. 1 SGB V unterliegen, erfolgt abweichend vom § 10 Abs. 5 HVV die Berücksichtigung des Tätigkeitsumfangs (analog § 23i Abs. 2 Bedarfsplanungs-Richtlinie gebildet) anstelle des Bedarfsplanungsfaktors.

Bei Ärzten mit Teilzulassung wird der Tätigkeitsumfang mit 0,5 bei der Berechnung der RLV berücksichtigt.

Liegt die Aufnahme der Tätigkeit eines Arztes nicht am Quartalsanfang oder die Beendigung nicht am Quartalsende, so wird der tatsächliche

Information der KVBB	Honorarverteilungsvertrag (HVV)	6. <hr/> 31/36
-------------------------------------	--	--------------------------

Tätigkeitszeitraum (Quartalsanteil) bei der Berechnung der RLV berücksichtigt.

D. Praxisbesonderheiten nach § 12 Abs. 1 HVV

Sofern Überschreitungen vorliegen, die auf Praxisbesonderheiten zurückzuführen sind, prüft der Vorstand der KVBB auf Antrag / im Widerspruchsverfahren, ob Abweichungen bezüglich der Honorarbegrenzung nach den folgenden Regeln festzulegen sind. Als Praxisbesonderheiten im Sinne des § 12 Abs. 1 HVV gelten:

1. Praxisschließungen bzw. -einschränkungen

1.1. Praxisschließung im Planungsbereich

Bei Übernahme von Patienten aus einer innerhalb der vorangegangenen vier Quartale geschlossenen Praxis im Planungsbereich erfolgt auf Antrag eine Anhebung des KF um 0,25 für das RLV maximal auf 1,5 bzw. für das PTLV maximal auf 1,0 wenn das durch Patienten, die aus der „geschlossenen“ Praxis stammen, verursachte „Mehraufkommen“ an Behandlungsfällen die Zuordnung zu einem höheren Cluster in dem der Schließung folgenden Quartal rechtfertigt und plausibel ist. Als Schließung gilt auch das Ruhen der Praxistätigkeit eines Arztes über mindestens zwei Quartale, hierbei ist die Anhebung beschränkt auf den Zeitraum des Ruhens und endet mit der Wiederaufnahme der Praxistätigkeit.

1.2. Sonstige Übernahme von Versicherten

Auf Grund der Übernahme von Versicherten erfolgt allein für das Widerspruchsquartal eine Anhebung des KF auf den rechnerischen Korrekturfaktor des Widerspruchsquartals, maximal aber um 0,25 bzw. maximal auf 1,75, wenn

- eine angezeigte Urlaubs- und/oder Krankheitsvertretung von mindestens 28 Kalendertagen vorlag
oder
- eine Praxisschließung oder ein Ruhen bzw. eine Einschränkung der Praxistätigkeit im Umkreis von 35 km innerhalb der letzten vier Quartale erfolgte

und dadurch eine Fallzahlsteigerung im Quartal des Widerspruchs und damit eine Überschreitung des KF verursacht hat.

6. <hr/> 32/36	Honorarverteilungsvertrag (HVV)	Information der KVBB
--------------------------	--	-------------------------------------

2. Gründung von Zweigpraxen

- 2.1. Zweigpraxen von Ärzten anderer KVen (gem. § 24 Abs. 3 Satz 3 Ärzte-ZV) erhalten bei Neugründung den KF 0,25.
- 2.2. Für Ärzte der KV Brandenburg wird bei Neugründung einer Zweigpraxis prospektiv eine Anhebung des KF um 0,25, jedoch maximal auf 1,75 gewährt, wenn das durch die Betreuung zusätzlicher Patienten verursachte Mehraufkommen an Behandlungsfällen die Zuordnung zu einem höheren Cluster in dem Quartal der Eröffnung der Zweigpraxis rechtfertigt und plausibel ist.

3. Praxisnachfolge

3.1. Einzelpraxisübernahme

Bei der Übernahme einer Praxis erhält die übernehmende Praxis auf Antrag für das RLV unter Einbeziehung der Fallzahlen der übernommenen Praxis in der Regel den KF der „Vorgänger“-Praxis, maximal 1,5, mindestens jedoch den Faktor 1, unter der Voraussetzung, dass der Betrieb der übernommenen Praxis höchstens zwei Quartale ruhte. Ab dem 9. vollständigen Abrechnungsquartal gilt der sich nach § 10 Abs. 4 Satz 3 bzw. § 11 Abs. 2 Satz 4 HVV ergebende KF.

3.2. Berufsausübungsgemeinschaft, Einrichtung nach § 311 Abs. 2 SGB V und MVZ nach § 95 SGB V

Bei der Übernahme der Versicherten einer aufgelösten Berufsausübungsgemeinschaft, Einrichtung nach § 311 Abs. 2 SGB V und MVZ nach § 95 SGB V durch einen Vertragsarzt in einer Einzelpraxis erfolgt die Anhebung des KF unter Berücksichtigung der Anzahl der Ärzte und des KF der aufgelösten Praxis unter den in D. Nr. 1.1 (Praxisschließung im Planungsbereich) genannten Voraussetzungen.

Ab dem 9. vollständigen Abrechnungsquartal gilt der sich nach § 10 Abs. 4 Satz 3 HVV bzw. § 11 Abs. 2 Satz 4 ergebende KF.

Diese Regelung kann im Widerspruchsverfahren auf vergleichbare Fälle wie die Neugründung einer Berufsausübungsgemeinschaft oder eines MVZ nach § 95 SGB V aus bestehenden Einzelpraxen- oder Berufsausübungsgemeinschaften oder die Übernahme einer Praxisgemeinschaft angewendet werden. Bei der Einzelfallprüfung sind die Fallzahlen der Vorgängerpraxen und insbesondere die Fallzahl im Quartal der Neugründung zu berücksichtigen.

Information der KVBB	Honorarverteilungsvertrag (HVV)	6. <hr/> 33/36
-------------------------------------	--	--------------------------

4. Besonderer Versorgungsbedarf

Ein besonderer Versorgungsbedarf ist festzustellen, wenn

- der Versorgungsgrad im Planungsbereich weniger als 110 % beträgt und der Antragsteller / Widerspruchsführer mit seiner Praxisstruktur einen besonderen Versorgungsschwerpunkt aufweist
oder
- aus anderen Gründen durch den Antragsteller / Widerspruchsführer im Ergebnis der Prüfung seines Vortrags ein Sonderbedarf, insbesondere in seinem Altkreis, abgedeckt wird.

- 4.1. War der KF für das RLV mit Gültigkeit vor dem Quartal IV/2007 auf Grund eines besonderen Versorgungsbedarfs auf einen KF über 1,5 angehoben worden, so wird, soweit sich aus dem Verhältnis der DFZ nach Anlage 1 zum HVV und den HVV-relevanten Fallzahlen im Basiszeitraum erneut ein höherer rechnerischer Korrekturfaktor als 1,5 ergibt, dieser rechnerische Korrekturfaktor maximal auf 1,75 v.A.w. festgesetzt. Ein entsprechender rechnerischer Korrekturfaktor über 1,5 maximal auf 1,75 wird auch für Radiologen und Nuklearmediziner v.A.w. bei der Basisfestsetzung gewährt.
- 4.2. Liegt nach den Fallzahlen im Durchschnitt der vier Quartale bis einschließlich des Widerspruchsquartals auf Grund des Vorliegens eines durch den Widerspruchsführer dargelegten besonderen Versorgungsbedarfs eine Überschreitung des KF von 1,5 vor, so kann der KF im Widerspruchsverfahren auf den sich ergebenden rechnerischen Korrekturfaktor, maximal auf 1,75, angehoben werden.
- 4.3. Stellt eine Praxis, deren erstes Abrechnungsquartal bezogen auf das Widerspruchsquartal höchstens vier Abrechnungsquartale zurückliegt, einen besonderen Versorgungsbedarf sicher, so kann der KF auf den sich ergebenden rechnerischen Korrekturfaktor des Widerspruchsquartals, maximal aber um 0,25, allein für das Widerspruchsquartal angehoben werden. Nach erstmaliger Feststellung der Praxisbesonderheit im Widerspruchsverfahren ist, bei weiterem Vorliegen, in den nachfolgenden Quartalen eine Anhebung des KF bereits auf Antrag möglich.

6. <hr style="width: 50px; margin: 0 auto;"/> 34/36	Honorarverteilungsvertrag (HVV)	Information der KVBB
---	--	-------------------------------------

5. Besondere Praxisstruktur

- 5.1. Weist eine Berufsausübungsgemeinschaft, Einrichtung nach § 311 Abs. 2 SGB V oder MVZ nach § 95 SGB V (BAG / MVZ) mit mehr als drei Ärzten einen Anteil von mehr als 15 % gemeinsamer Fälle nach, deren Berücksichtigung zu einer Überschreitung des KF führen würde, wird auf Antrag der KF der BAG / MVZ um 0,25 maximal auf 1,5 angehoben.
- 5.2. Sind in nephrologischen Berufsausübungsgemeinschaften fachärztliche Internisten ohne Schwerpunkt tätig, ist die Bildung gewichteter Mittelwerte abweichend von § 10 Abs. 3 Satz 5 HVV möglich.

6. Modifikation der Arztgruppenzuordnung nach § 10 Abs. 3 HVV

Erbringen Fachärzte für Radiologie oder Nuklearmedizin im überwiegenden Maß Leistungen aus dem jeweils anderen Leistungsbereich, kann auf Antrag eine Zuordnung zu der jeweils anderen Arztgruppe erfolgen. Die Prüfung erfolgt auf Grundlage der durchschnittlichen Leistungsanforderungen der letzten vier Quartale.

7. Eingeschränkte oder ruhende Praxistätigkeit

Führt eine eingeschränkte oder ruhende Praxistätigkeit über einen Zeitraum von mindestens vier Wochen je Quartal auf Grund eines unverschuldeten Hindernisses, z.B. Krankheit oder zusammenhängende Weiter- / Fortbildung, zu einer Unterschreitung der Fallzahlen bzw. der antragspflichtigen Leistungen nach Anlage 3 zum HVV gegenüber uneingeschränkter Praxistätigkeit, so kann der KF im Widerspruchsverfahren bei Nachweis des Hinderungsgrundes unter Herausnahme der Quartale, in welchen er vorlag, berechnet werden.

8. Anhebung der GFPZ

Erhöhung der Grenzfallpunktzahl im Widerspruchsverfahren auf Grund der Anerkennung eines besonderen Leistungsspektrums oder einer besonderen Patientenstruktur.

8.1. Besonderes Leistungsspektrum

Trägt der Widerspruchsführer unter Angabe von HVV-relevanten GNRn bzw. Leistungsbereichen des EBM 2000plus ein besonderes Leistungsspektrum vor, kann im Widerspruchsverfahren die Anhebung der GFPZ erfolgen. Voraussetzung dafür ist, dass

- die Fallpunktzahl (FPZ) des Widerspruchsführers im Widerspruchsquartal um mindestens 15 % über dem Wert der FPZ seiner Arztgruppe liegt und

Information der KVBB	Honorarverteilungsvertrag (HVV)	6. <hr/> 35/36
-------------------------------------	--	--------------------------

- der Anteil spezialisierter im RLV enthaltener Leistungen gemessen am HVV-relevanten Gesamtleistungsbedarf größer als 15 % ist und sich im Vergleich zum entsprechenden Durchschnitt seiner Arztgruppe eine Überschreitung von mindestens 50 % ergibt.

Die Anhebung der GFPZ erfolgt in Höhe der sich aus dem Produkt der Überschreitung der individuellen FPZ zur FPZ der Arztgruppe und dem Leistungsbedarfsanteil der als Besonderheit anerkannten Leistungen ergebenden Punkte, maximal jedoch auf die tatsächliche FPZ bzw. die 1,5-fache GFPZ der Arztgruppe.

Ist die Besonderheit im Durchschnitt der letzten vier Quartale gegeben, kann die GFPZ auch für nachfolgende Quartale auf den Durchschnittswert der sich für die letzten vier Quartale ergebenden GFPZ Anhebung angehoben werden.

Spezialisiert sind Leistungen, die nicht regelmäßig in erheblichem Umfang in der Arztgruppe erbracht werden.

8.2. Besondere Patientenstruktur

Trägt der Widerspruchsführer eine besondere Patientenstruktur vor, kann im Widerspruchsquartal die Anhebung der GFPZ erfolgen, wenn

- der Anteil von Versicherten bis zum vollendeten 5. Lebensjahr bzw. ab Beginn des 60. Lebensjahrs den entsprechenden Durchschnitt seiner Arztgruppe um mehr als 25 % überschreitet,
- der Anteil dieser Fälle gemessen an der Gesamtfallzahl des Widerspruchsführers mindestens 15 % beträgt und
- diese Fälle in der Arztgruppe im Regelfall ursächlich für eine mindestens 15 % höhere FPZ als im Durchschnitt der Gesamtbehandlungsfälle sind und,
- bezogen auf diese Fälle, die FPZ des Widerspruchsführers der FPZ der Arztgruppe entspricht.

Die Anhebung der GFPZ erfolgt in Höhe der sich aus dem Produkt der Überschreitung der FPZ der Arztgruppe für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr bzw. ab Beginn des 60. Lebensjahrs zur FPZ der Arztgruppe im Ø der Gesamtbehandlungsfälle und der Überschreitung des prozentualen Anteils dieser Fälle an der individuellen Gesamtfallzahl zu dem entsprechenden Anteil der Arztgruppe ergebenden Punkte, maximal jedoch auf die tatsächliche FPZ bzw. die 1,5-fache GFPZ der Arztgruppe.

6. <hr style="width: 50px; margin: 0 auto;"/> 36/36	Honorarverteilungsvertrag (HVV)	Information der KVBB
---	--	-------------------------------------

9. Geringe Fallzahlen

Bei geringen Fallzahlen (Richtwert: um 50 Fälle im Quartal und / oder rechnerischer Korrekturfaktor ist kleiner als 0,1) kann im Bedarfsfall zusätzlich die Fallpunktzahlobergrenze nach § 10 Abs. 6 HVV aufgehoben werden, wenn die Voraussetzungen einer Anhebung der Parameter aus Anlage 1 HVV nach einer der o.g. Regeln vorliegen.

10. Abweichendes Praxisprofil bzgl. nicht antragspflichtiger Leistungen bei Psychotherapeuten (Ausnahmen von § 11 HVV)

Beträgt der Anteil der in der Strukturkomponente einschließlich Verrechnung mit dem PTLV anerkannten sonstigen (*also nicht der antragspflichtigen Leistungen nach Kapitel 35.2 EBM*) Leistungen

- bei einem KF von 0,5 weniger als 56.115 Punkte bzw.
 - bei einem KF von 0,75 weniger als 81.170 Punkte,
- so wird die Strukturkomponente für das Widerspruchsquartal um die Differenz zu diesen Werten erhöht. Diese Regelung ist gegenüber einer Anhebung des KF nach den o.g. Regelungen subsidiär.

E. Weitere Praxisbesonderheiten

Über die Anerkennung weiterer Praxisbesonderheiten beschließt der Vorstand im Einzelfall im Widerspruchsverfahren.