

**Honorarverteilungsmaßstab (HVM)
der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg (KVBB)**

beschlossen von der Vertreterversammlung am 27.11.2015

gültig ab: 01.01.2016

Präambel

Auf der Grundlage des § 87b SGB V und der Satzung der KVBB beschloss die Vertreterversammlung der KVBB im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen den Honorarverteilungsmaßstab.

Über die Umsetzung der Grundsätze der Honorarverteilung entscheidet der Vorstand. Er ist ermächtigt, im Einzelfall ergänzende Regelungen zu treffen.

§ 1

Geltungsbereich

- (1) Zur Honorarverteilung gelangen die der KVBB von den Krankenkassen zufließenden Gesamtvergütungen gem. § 87a SGB V und sonstigen Zahlungen, unter Beachtung der aus dem Fremdkassenzahlungsausgleich (FKZ) gem. den Richtlinien der KBV zur Durchführung des bundeseinheitlichen Zahlungsausgleichsverfahrens zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen resultierenden Forderungen bzw. Verbindlichkeiten.
- (2) An der Honorarverteilung nehmen teil:
 - niedergelassene Vertragsärzte,
 - Ärzte gem. § 24 Abs. 3 Satz 6 Ärzte-ZV,
 - Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V,
 - medizinische Versorgungszentren gem. § 95 SGB V (MVZ),
 - Einrichtungen gem. § 105 Abs. 1 SGB V (Eigeneinrichtungen),
 - Einrichtungen gem. § 105 Abs. 5 SGB V,
 - psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten,
 - ermächtigte Ärzte und Fachwissenschaftler der Medizin,
 - ermächtigte Einrichtungen sowie
 - in Notfällen in Anspruch genommene Nichtvertragsärzte und Krankenhäuser.

Alle an der Honorarverteilung Teilnehmenden werden im Folgenden als Beteiligte bezeichnet.

§ 2

Grundsätze der Honorarverteilung

- (1) Die Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen erfolgt nach dem Leistungsverzeichnis und den Abrechnungsbestimmungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) bzw. der für das Land Brandenburg geltenden EURO-Gebührenordnung und der Abrechnungsordnung der KVBB unter Beachtung der nachfolgenden Regelungen. Darüber hinaus finden die Vergütungsregelungen der jeweiligen Vereinbarung zur Gesamtvergütung sowie weiterer gültiger Vereinbarungen, wie beispielsweise von Modellvorhaben (§§ 63, 64 SGB V), Strukturverträgen (§ 73a SGB V), Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung (§ 73b SGB V) bzw. zu besonderen Versorgungsaufträgen (§ 73c SGB V) sowie von strukturierten Behandlungsprogrammen bei chronischen Krankheiten (§§ 137f-g SGB V) soweit diese mit der KVBB geschlossen wurden, und der Vereinbarungen mit Sonstigen Kostenträgern Anwendung.
- (2) Für die Bewertung der Leistungen aus Vorquartalen gelten die EURO-Gebührenordnung bzw. die vertraglichen Regelungen des Quartals, in dem die Leistungen durchgeführt worden sind.

- (3) Die Berechnung der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumina (RLV) erfolgt, sofern in diesem Honorarverteilungsmaßstab nichts Abweichendes geregelt ist, nach Maßgabe der Regelungen des Abschnittes I des Beschlusses der 218. Sitzung des Bewertungsausschusses (BA) vom 26. März 2010, Teil F, zur Berechnung und zur Anpassung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen i.d.F. der 262. Sitzung (im Folgenden als RLV-Beschluss bezeichnet), unter Berücksichtigung der Vorgaben der KBV für die Honorarverteilung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen (im Folgenden als KBV-Vorgabe bezeichnet¹).
- (4) Als Basiszeitraum für die Ermittlung der Parameter der Honorarverteilung wird das Vorjahreshalbjahr festgesetzt, sofern nichts Abweichendes geregelt ist.
- (5) Im Rahmen der Honorarverteilung wird, sofern nachfolgend nichts Abweichendes geregelt ist, eine Quartalsaufteilung der kalkulierten Halbjahresfonds auf Basis der Vorjahresquartalswerte vorgenommen.
- (6) Sollte eine Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) im Zusammenhang mit Verträgen oder Versorgungsformen beispielsweise nach §§ 73b, 73c, 116b oder 140a ff. SGB V vorgenommen werden, so wird sichergestellt, dass dies nicht zulasten von Ärzten (Beteiligten) geschieht, welche nicht an diesen Verträgen oder Versorgungsformen teilnehmen. Die aus der MGV bereinigten Mittel werden den dem Versorgungsauftrag des jeweiligen Vertrages entsprechenden Honorarfonds entnommen. Hierbei erfolgt grundsätzlich eine Berücksichtigung der Abzüge im Rahmen der Honorarfestsetzung bei den Selektivvertragsteilnehmern. Zahlungen für nicht vertragskonforme Inanspruchnahmen des Kollektivvertrages werden den Honorarfonds, aus denen die jeweilige Leistung vergütet wird, wieder zugeführt. In den entsprechenden Bereinigungsverträgen geregelte Details zu den arztseitigen Bereinigungsmodalitäten (z. B. zur Höhe von arztindividuellen Bereinigungsbeträgen) werden bei der Honorarverteilung berücksichtigt. Im Falle von Bereinigungen in Zusammenhang mit der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung können unter Berücksichtigung der vorgenannten Grundsätze vom Vorstand spezifische Vorgaben je nach Erkrankung getroffen werden, welche der nächstmöglichen Vertreterversammlung zur Beschlussfassung vorzulegen sind.
- (7) Von den Krankenkassen spezifisch für Förderungen im Sinne des § 87a Abs. 2 Satz 3 SGB V zur Verfügung gestellte Mittel werden entsprechend Anlage 3 verteilt.

§ 3 Rückstellungen

- (1) Die KVBB bildet Rückstellungen im hausärztlichen Versorgungsbereich und im fachärztlichen Versorgungsbereich jeweils in Höhe von bis zu 5% der versorgungsbereichsspezifischen Vergütung je Quartal unter anderem
 - für Praxisbesonderheiten (insbesondere im Rahmen von Widerspruchsverfahren)
 - zum Ausgleich von Härtefällen,
 - zum Ausgleich von Fehlschätzungen (z.B. im Rahmen des FKZ).
- (2) Defizite oder Überschüsse können versorgungsbereichsspezifisch zugunsten oder zulasten des Vergütungsvolumens für abgestaffelt zu vergütende Leistungen gem. RLV-Beschluss Teil F Abschnitt I Nr. 1.1 i.V.m. Anlage 1 Nr. 2 ausgeglichen werden.

¹ veröffentlicht unter www.kvbb.de

§ 4

Honorarfonds ärztlicher Bereitschaftsdienst

- (1) Zur Vergütung der Leistungen des organisierten Bereitschaftsdienstes und der Notfallbehandlungen durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser während der Zeiten des organisierten Bereitschaftsdienstes wird ein Honorarfonds (Vergütungsvolumen) ärztlicher Bereitschaftsdienst als Produkt der aktuellen für die Bestimmung des Behandlungsbedarfs relevanten Anzahl der Versicherten und des Grundbetrages ärztlicher Bereitschaftsdienst gem. KBV-Vorgabe Teil B gebildet. Aus dem Honorarfonds nach Satz 1 werden zwei Teilhonorarfonds (THF) A bzw. B entsprechend den bei der Bestimmung des Grundbetrages relevanten Vergütungsanteilen gebildet. Der THF A umfasst den organisierten Bereitschaftsdienst und steht für die Bereitschaftsdienstpauschalen im allgemeinen ärztlichen und kinderärztlichen Bereitschaftsdienst, fachgebietsbezogenen Bereitschaftsdienst und die Vergütung der Bereitschaftsdienste in KV RegioMed Bereitschaftspraxen gem. Abs. 2 zur Verfügung. Aus dem THF B werden Notfallbehandlungen durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser während der Zeiten des organisierten Bereitschaftsdienstes finanziert.
- (2) Die Leistungen im organisierten Bereitschaftsdienst (THF A) werden mit Ausnahme der KV RegioMed Bereitschaftspraxen anstelle der Vergütung gem. EURO-Gebührenordnung mit den entsprechenden Pauschalen gem. Sicherstellungsstatut vergütet. Damit sind mit Ausnahme der Wegepauschalen alle im Bereitschaftsdienst erbrachten Leistungen sowohl innerhalb als auch außerhalb der MGV abgegolten. Die Vergütung der von Ärzten für Dienste in KV RegioMed Bereitschaftspraxen abgerechneten Leistungen erfolgt entsprechend der Regelungen des Sicherstellungsstatuts.
- (3) Über- und Unterschreitungen im THF A werden zugunsten bzw. zulasten der versorgungsbereichsspezifischen Rückstellungen entsprechend den Anteilen gem. KBV-Vorgabe Teil B Punkt 7.2 ausgeglichen. Sofern der THF B zur Vergütung der Leistungen dieses THF nicht ausreicht, erfolgt eine gleichmäßige Quotierung bis max. 80% der Vergütungssätze. Die für die Gewährleistung einer Vergütung in Höhe der in Satz 2 genannten Quote erforderlichen Mittel werden bei Bedarf aus den versorgungsbereichsspezifischen Rückstellungen entsprechend den Anteilen nach Satz 1 bereitgestellt. Überschüsse im THF B werden entsprechend den Anteilen nach Satz 1 den versorgungsbereichsspezifischen Rückstellungen zugeführt.

§ 5

Honorarfonds Labor

- (1) Zur Vergütung der Leistungen und Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM und der GOP 12210 sowie 12220 EBM wird ein Honorarfonds (Vergütungsvolumen) Labor als Produkt der aktuellen für die Bestimmung des Behandlungsbedarfs relevanten Anzahl der Versicherten und des Grundbetrages Labor gem. KBV-Vorgabe Teil B gebildet. Hierbei findet zusätzlich die KBV-Vorgabe Teil E Anwendung. Nicht-Laborärzte können auf Antrag von der Budgetierung der speziellen Laboratoriumsuntersuchungen des Abschnitts 32.3 EBM gem. KBV-Vorgabe Teil E Punkt 3.4 ausgenommen werden, sofern Sie die Anforderungen der Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen sowie die Anforderungen einer erweiterten Plausibilitätsprüfung erfüllen. Über die Ausnahmen von der Budgetierung bzw. andere Modifikationen entsprechend KBV-Vorgabe Teil E Punkt 3.4.5 entscheidet im Einzelfall der Vorstand.

- (2) Über- und Unterschreitungen im Honorarfonds nach Abs. 1 werden zugunsten bzw. zulasten der versorgungsbereichsspezifischen Rückstellungen entsprechend den Anteilen gem. KBV-Vorgabe Teil B Punkt 7.1 ausgeglichen.

§ 6 Strukturfonds

Sofern die KVBB zur Vergütung spezifischer Fördermaßnahmen einen Strukturfonds gem. § 105 Abs. 1a SGB V bildet, wird dieser in entsprechender Höhe aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gespeist. Die Entnahme erfolgt aus den Vergütungsvolumina für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung nach § 7 entsprechend dem angewandten Trennungsfaktor gem. den bis zum 30. September 2013 gültigen KBV-Vorgaben. In diesen Strukturfonds fließen Mittel der Krankenkassen in gleicher Höhe ein.

§ 7 Vergütungsvolumen für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung

- (1) Die Trennung der Versorgungsbereiche erfolgt entsprechend der KBV-Vorgabe Teil B unter Beachtung der weiteren gesetzlichen Vorgaben sowie der Umsetzungsbeschlüsse des Vorstandes. Das haus- bzw. fachärztliche Vergütungsvolumen berechnet sich hierbei grundsätzlich als Produkt der aktuellen für die Bestimmung des Behandlungsbedarfs relevanten Anzahl der Versicherten und des entsprechenden Grundbetrages gem. KBV-Vorgabe Teil B.
- (2) Innerhalb des fachärztlichen Versorgungsbereichs werden zudem entsprechend der KBV-Vorgaben ein Honorarfonds (Vergütungsvolumen) genetisches Labor und ein Honorarfonds (Vergütungsvolumen) für die Pauschalen (Zuschläge) für die fachärztliche Grundversorgung (PFG) gebildet.
- (3) Sofern im Honorarfonds für die PFG nach Vergütung dieser Leistungen gem. EURO-Gebührenordnung noch Mittel verbleiben bzw. die zur Verfügung stehenden Mittel eines Quartals nicht ausreichen um die Zuschläge für die fachärztliche Grundversorgung gem. EURO-Gebührenordnung zu vergüten, werden die resultierenden Differenzen gem. KBV-Vorgabe Teil B Punkt 7.4 zugunsten bzw. zulasten der Rückstellungen des fachärztlichen Versorgungsbereiches ausgeglichen.
- (4) Sofern die im Honorarfonds genetisches Labor zur Verfügung stehenden Mittel nicht ausreichen um die in der KBV-Vorgabe Teil B Nr. 1.3 benannten Leistungen gem. EURO-Gebührenordnung zu vergüten, erfolgt eine gleichmäßige Quotierung bis max. 85% des versorgungsbereichsspezifischen Punktwertes, welcher sich im Durchschnitt aller in Punkten bewerteten Leistungen des fachärztlichen Vergütungsvolumens nach § 7 ergibt. Die Gewährleistung der Vergütung in Höhe der in Satz 1 genannten Quote erfolgt bei Bedarf zulasten der Rückstellungen des fachärztlichen Versorgungsbereichs. Im Falle eines Überschusses wird dieser den Rückstellungen des fachärztlichen Versorgungsbereichs zugeführt.

§ 8

Leistungsbezogene Honorarfonds

- (1) Zur Vergütung der Kosten des Kapitels 40 EBM werden gem. RLV-Beschluss Teil F Abschnitt I Nr. 2.5.4 versorgungsbereichsspezifische Honorarfonds auf Basis des Vergütungsvolumens, welches im jeweiligen Basiszeitraum gem. § 2 Abs. 4 auf diese Leistungen entfiel, gebildet und diese um die für das aktuelle Abrechnungsjahr für den Behandlungsbedarf vereinbarten, nicht zweckgebundenen Veränderungsraten unter Berücksichtigung der Versichertenentwicklung bzw. von grundsätzlichen Bewertungsänderungen der EURO-Gebührenordnung weiterentwickelt.
Über- und Unterschreitungen in den Honorarfonds nach Satz 1 werden zugunsten bzw. zulasten der jeweiligen versorgungsbereichsspezifischen Rückstellungen ausgeglichen.
- (2) Zur Vergütung der Leistungen des Kapitels 19 EBM sowie der übrigen Leistungen der Fachärzte für Pathologie oder Neuropathologie wird im fachärztlichen Versorgungsbereich gem. RLV-Beschluss Teil F Abschnitt I Nr. 2.5.3 ein Honorarfonds auf Basis des Vergütungsvolumens, welches im jeweiligen Basiszeitraum gem. § 2 Abs. 4 auf diese Leistungen entfiel, gebildet und dieser um die für das aktuelle Abrechnungsjahr für den Behandlungsbedarf vereinbarten, nicht zweckgebundenen Veränderungsraten unter Berücksichtigung der Versichertenentwicklung bzw. von grundsätzlichen Bewertungsänderungen der EURO-Gebührenordnung weiterentwickelt.
Sofern das zur Vergütung der Leistungen nach Satz 1 zur Verfügung stehende Vergütungsvolumen nicht ausreicht, erfolgt eine Quotierung des Punktwertes bis max. 85% des versorgungsbereichsspezifischen Punktwertes, welcher sich im Durchschnitt aller in Punkten bewerteten Leistungen des fachärztlichen Vergütungsvolumens nach § 7 ergibt. Die Gewährleistung der Vergütung in Höhe der in Satz 2 genannten Quote erfolgt bei Bedarf zulasten der Rückstellungen des fachärztlichen Versorgungsbereichs.
Nicht ausgeschöpfte Vergütungsanteile werden in das Folgequartal übertragen und Überschüsse des IV. Quartals den Rückstellungen des fachärztlichen Versorgungsbereichs zugeführt.
- (3) Zur Vergütung der Leistungen der EBM-Abschnitte 1.7.5 bis 1.7.7 EBM werden versorgungsbereichsspezifische Honorarfonds auf Basis des Vergütungsvolumens, welches im jeweiligen Basiszeitraum gem. § 2 Abs. 4 auf diese Leistungen entfiel, gebildet und diese um die für das aktuelle Abrechnungsjahr für den Behandlungsbedarf vereinbarten, nicht zweckgebundenen Veränderungsraten unter Berücksichtigung der Versichertenentwicklung bzw. von grundsätzlichen Bewertungsänderungen der EURO-Gebührenordnung weiterentwickelt.
- (4) Zur Vergütung der als Auftragsleistung durchgeführten Langzeit-EKG-Auswertungen nach den GOP 03241, 04241, 13253 und 27323 EBM werden versorgungsbereichsspezifische Honorarfonds auf Basis des Vergütungsvolumens, welches im jeweiligen Basiszeitraum gem. § 2 Abs. 4 auf diese Leistungen entfiel, gebildet und diese um die für das aktuelle Abrechnungsjahr für den Behandlungsbedarf vereinbarten, nicht zweckgebundenen Veränderungsraten unter Berücksichtigung der Versichertenentwicklung bzw. von grundsätzlichen Bewertungsänderungen der EURO-Gebührenordnung weiterentwickelt.
- (5) Zur Vergütung der Notfallbehandlungen durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser außerhalb der Zeiten des organisierten Bereitschaftsdienstes wird im fachärztlichen Versorgungsbereich gem. RLV-Beschluss Teil F Anlage 5 ein Honorarfonds auf Basis des Vergütungsvolumens, welches im jeweiligen Basiszeitraum gem. § 2 Abs. 4 auf diese Leistungen entfiel, gebildet und dieser um die für das aktuelle Abrechnungsjahr für den Behandlungsbedarf vereinbarten, nicht zweckgebundenen

Veränderungsraten unter Berücksichtigung der Versichertenentwicklung bzw. von grundsätzlichen Bewertungsänderungen der EURO-Gebührenordnung weiterentwickelt.

- (6) Zur Vergütung der Haus- und Heimbesuche nach den GOP 01410, 01413 und 01415 werden gem. RLV-Beschluss Teil F Abschnitt I Nr. 3.1.2 Stabstrich 9 versorgungsbereichsspezifische Honorarfonds unter Berücksichtigung der für das aktuelle Abrechnungsjahr für den Behandlungsbedarf vereinbarten, nicht zweckgebundenen Veränderungsraten unter Berücksichtigung der Versichertenentwicklung bzw. von grundsätzlichen Bewertungsänderungen der EURO-Gebührenordnung im jeweiligen Basiszeitraum gem. § 2 Abs. 4 gebildet.
- (7) Zur Vergütung des Zuschlages zur Grundpauschale für konservativ tätige Augenärzte nach der GOP 06225 wird ein Honorarfonds gebildet. Dieser entspricht unter Beachtung des Basiszeitraums gem. § 2 Abs. 4 dem Anteil am Verteilungsvolumen der Augenärzte, welcher sich aus der Absenkung der Grundpauschalen (GOP 06210 bis 06212) gem. BA-Beschluss in der 262. Sitzung ergibt.
- (8) Im hausärztlichen Versorgungsbereich wird einerseits ein Honorarfonds zur Vergütung der Leistungen der hausärztlichen geriatrischen Versorgung gem. Abschnitt 3.2.4 EBM sowie der hausärztlichen palliativmedizinischen Versorgung gem. Abschnitt 3.2.5 EBM und andererseits ein weiterer Honorarfonds zur Vergütung der Leistungen der sozialpädiatrischen Versorgung gem. Abschnitt 4.2.4 EBM und der kinderärztlichen palliativmedizinischen Versorgung gem. Abschnitt 4.2.5 EBM gebildet.
Die Höhe dieser Honorarfonds ergibt sich auf Basis des auf den hausärztlichen Versorgungsbereich entfallenden Anteils der vom Bewertungsausschuss in der 288. bzw. 295. Sitzung festgesetzten und von den Krankenkassen dafür bereitgestellten Mittel. Die Aufteilung auf die beiden o.g. Honorarfonds erfolgt gem. den Anteilen der Hausärzte bzw. Kinderärzte am hausärztlichen Verteilungsvolumen des Jahres 2013. Vergütungsanteile, die für die bis zum 31.10.2013 gültige GOP 03240 EBM geflossen sind, werden berücksichtigt. Weiterhin werden beide Honorarfonds fortlaufend mit den für den Behandlungsbedarf vereinbarten, nicht zweckgebundenen Veränderungsraten unter Berücksichtigung der Versichertenentwicklung bzw. von grundsätzlichen Bewertungsänderungen der EURO-Gebührenordnung weiterentwickelt.
- (9) Im fachärztlichen Versorgungsbereich wird ein Honorarfonds zur Vergütung der anästhesiologischen Leistungen im Zusammenhang mit vertragszahnärztlicher Behandlung von Patienten mit eingeschränkter Kooperationsfähigkeit gem. § 87b Abs. 2 Satz 5 SGB V auf Basis des Vergütungsvolumens, welches im jeweiligen Basiszeitraum gem. § 2 Abs. 4 auf diese Leistungen entfiel, gebildet und dieser um die für das aktuelle Abrechnungsjahr für den Behandlungsbedarf vereinbarten, nicht zweckgebundenen Veränderungsraten unter Berücksichtigung der Versichertenentwicklung bzw. von grundsätzlichen Bewertungsänderungen der EURO-Gebührenordnung weiterentwickelt.
Die entsprechenden Leistungen nach den GOP 05210, 05211, 05212, 05230, 05330, 05331, 05340, 05341 und 05350 EBM sind entsprechend der Kodierungstabelle der KBV zu kennzeichnen.
Über- und Unterschreitungen im Honorarfonds nach Satz 1 werden zugunsten bzw. zulasten der Rückstellungen des fachärztlichen Versorgungsbereichs ausgeglichen.
- (10) Sofern das zur Vergütung der Leistungen nach Abs. 3 bis 8 zur Verfügung stehende Vergütungsvolumen nicht ausreicht, erfolgt honorarfondsspezifisch eine gleichmäßige Quotierung der Vergütungssätze.

Nicht ausgeschöpfte Vergütungsanteile der Honorarfonds nach Abs. 3, 4, 6, 7 und 8 werden honorarfondsspezifisch in das Folgequartal übertragen und Überschüsse des IV. Quartals den jeweiligen versorgungsbereichsspezifischen Rückstellungen zugeführt.

Nicht ausgeschöpfte Vergütungsanteile des Honorarfonds nach Abs. 5 werden den Rückstellungen des fachärztlichen Versorgungsbereichs zugeführt.

Sofern ausreichend Mittel im Honorarfonds Hausarzt bzw. Facharzt zur Verfügung stehen, kann durch den Vorstand im Falle einer Überschreitung des Honorarfonds nach Abs. 6 die Quotierung quartalsweise und versorgungsbereichsspezifisch ausgesetzt werden.

- (11) Abs. 1 bis 10 gelten nur für Leistungen, die Bestandteil der MGV sind und deren Vergütung nicht bereits in den §§ 4 bis 7 geregelt ist.

§ 9

Arztgruppenbezogene Honorarfonds

- (1) Zur Vergütung der übrigen Leistungen von Vertragsärzten, für die kein RLV gem. § 10 gebildet wird, werden gem. RLV-Beschluss Teil F Anlage 5 folgende Honorarfonds unter Berücksichtigung der Leistungsanteile des jeweiligen Basiszeitraums gem. § 2 Abs. 4 gebildet:

1. Honorarfonds Strahlentherapie für Leistungen von Fachärzten für Strahlentherapie,
2. Honorarfonds Laboratoriumsmedizin für Leistungen von Fachärzten für Laboratoriumsmedizin und von Fachwissenschaftlern der Medizin,
3. Honorarfonds Nephrologie für Leistungen von Fachärzten für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Nephrologie sowie entsprechender Institute bzw. Ärzte mit nephrologischem Schwerpunkt,
4. Honorarfonds Psychotherapie für Leistungen der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Vertragsärzte und -therapeuten,
5. Honorarfonds Sonstige Vertragsärzte für Leistungen von Fachärzten für Humangenetik, Biochemie oder Klinische Pharmakologie und Toxikologie und der weiteren Vertragsärzte, für die kein RLV gem. § 10 gebildet wird.

Den Honorarfonds nach Satz 1 unterliegen nicht Leistungen, die anderen nach diesem HVM gebildeten Honorarfonds zuzuordnen oder nicht Bestandteil der MGV sind.

Sofern das zur Vergütung der Leistungen nach Satz 1 zur Verfügung stehende Vergütungsvolumen honorarfondsspezifisch nicht ausreicht, erfolgt eine gleichmäßige Quotierung des Punktwertes für den jeweiligen Honorarfonds bis max. 85% des versorgungsbereichsspezifischen Punktwertes, welcher sich im Durchschnitt aller in Punkten bewerteten Leistungen des fachärztlichen Vergütungsvolumens nach § 7 ergibt. Die Gewährleistung der Vergütung in Höhe der in Satz 4 genannten Quote erfolgt bei Bedarf zulasten der Rückstellungen des fachärztlichen Versorgungsbereichs.

Nicht ausgeschöpfte Vergütungsanteile werden in das Folgequartal übertragen und Überschüsse des IV. Quartals den Rückstellungen des fachärztlichen Versorgungsbereichs zugeführt.

- (2) Zur Unterstützung der zeitnahen Vermittlung von Terminen für Überweisungen gem. § 75 Abs. 1a SGB V wird aus dem Honorarfonds Fachärzte ein Betrag in Höhe von 600 T€ je Quartal zur Verfügung gestellt. Dieser wird auf die teilnehmenden Arztgruppen gem. Anlage 4 entsprechend der Anteile der Arztfälle im Basiszeitraums gem. § 2 Abs. 4 aufgeteilt. Ärzte mit Mehrfachzulassungen werden entsprechend dem führenden Gebiet zugeordnet. Aus den sich ergebenden arztgruppenspezifischen Honorarfonds zur Terminvermittlungsunterstützung werden zunächst die ggf. nach § 76 Abs. 1a SGB V erforderlichen ambulanten Behandlungen in Krankenhäusern vergütet. Den Honorarfonds nach Satz 2 unterliegen nicht Leistungen, die anderen nach diesem HVM gebildeten Honorarfonds zuzuordnen oder nicht

Bestandteil der MGV sind. Die Honorierung der ggf. nach § 76 Abs. 1a SGB V erforderlichen ambulanten Behandlungen in Krankenhäusern erfolgt generell zum Preis der regionalen EURO-Gebührenordnung.

Aus den Honorarfonds nach Satz 2 werden weiterhin Zuschläge bei Zustandekommen einer Behandlung innerhalb von 4 Wochen für Überweisungen nach § 75 Abs. 1a Satz 4 SGB V (4-Wochen-Überweisungen) für die Arztgruppen gem. Anlage 4 honoriert. Diese Behandlungen sind von den Ärzten gesondert über entsprechende Symbolnummern zu dokumentieren. Die Höhe des Zuschlages beträgt grundsätzlich 5 Euro je Behandlungsfall. Sofern die Mittel im Honorarfonds nach Satz 1 nicht ausreichen, erfolgt eine arztgruppenspezifische gleichmäßige Quotierung der Zuschlagshöhe.

Verbleibende Mittel bzw. ggf. auftretende Unterdeckungen in den einzelnen Honorarfonds nach Satz 1 werden gem. Anlage 4 über Zu- bzw. Abschläge zum Preis für die die RLV/QZV überschreitenden Leistungsanteile nach § 10 Abs. 9 bzw. zugunsten oder zulasten der entsprechenden arztgruppenbezogenen Honorarfonds gem. Absatz 1 ausgeglichen. Die resultierenden Auszahlungsquoten dürfen hierbei 100% nicht überschreiten. Sofern diese Mittel nicht ausreichen, erfolgt die Finanzierung zulasten der Rückstellungen des fachärztlichen Versorgungsbereichs. Nicht ausgeschöpfte Vergütungsanteile werden arztgruppenspezifisch in das Folgequartal übertragen und Überschüsse des IV. Quartals den Rückstellungen des fachärztlichen Versorgungsbereichs zugeführt.

§ 10

Arzt- und praxisbezogene Regelleistungsvolumina Qualifikationsgebundene Zusatzvolumina (QZV)

- (1) Die Bildung der RLV und der QZV (insbesondere die Ermittlung der Fallwerte) erfolgt halbjahresbezogen unter Berücksichtigung des jeweiligen Basiszeitraums gem. § 2 Abs. 4 und der KBV-Vorgabe nach Maßgabe des RLV-Beschlusses Teil F Abschnitt I Nrn. 1.2, 2 und 3 sowie den zugehörigen Anlagen unter Ansatz der in Anlage 8 Ziffer 2.1 genannten Variante A. Zur Bestimmung der versorgungsbereichsspezifischen RLV-Verteilungsvolumen werden die gem. den KBV-Vorgaben Teil B gebildeten Vergütungsvolumen versorgungsbereichsspezifisch zusätzlich um die für die Grundbeträge genetisches Labor und PFG gebildeten Honorarfonds sowie die noch nicht berücksichtigten leistungsbezogenen Honorarfonds bereinigt. Sofern innerhalb eines Basiszeitraumes grundsätzliche Änderungen der Bewertungen des EBM erfolgen, werden diese anhand von Umrechnungsfaktoren berücksichtigt. Bei der Bemessung der Anteile der Arztgruppen gem. Anlage 1 am versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumen wird für die gem. BA-Beschluss in der 262. Sitzung festgesetzte Umbewertung der Grundpauschalen der Augenärzte ein zusätzlicher Abzug nach § 8 Abs. 7 in entsprechender Höhe berücksichtigt.

Behandlungsfälle und Leistungen ermächtigter Ärzte und Einrichtungen werden bei der Berechnung der RLV-Parameter entsprechend dem ggf. festgesetzten individuellen Anpassungsfaktor nach Satz 19 und 20 berücksichtigt.

Die Berechnung der arzt- und praxisbezogenen RLV erfolgt gem. RLV-Beschluss Teil F Abschnitt I Nrn. 3.2 bzw. der QZV gem. RLV-Beschluss Teil F Abschnitt I Nrn. 3.3 für die in den Anlagen 1 und 2 genannten Arztgruppen und Leistungen. Hierbei, sowie für die Altersklassenfaktoren gem. RLV-Beschluss Teil F Abschnitt I Nrn. 3.2 i. V. m. Anlage 7 wird die aktuelle individuelle Fallzahl gem. RLV-Beschluss Teil F Abschnitt I Nrn. 2.6 des Abrechnungsquartals zugrunde gelegt. Für den hausärztlichen Versorgungsbereich wird zudem die Berechnung der Altersklassenfaktoren anhand der ab dem IV. Quartal 2013 geltenden Altersklassendifferenzierung der Versichertenpauschalen in 5 Altersklassen durchgeführt. Für Ärzte, die einen Assistenten im Rahmen der Weiterbildung nach § 75a

SGB V beschäftigen, kommt die erste Stufe der Fallwertminderung gem. RLV-Beschluss Teil F Abschnitt I Nrn. 3.2.1 für RLV-Fälle über 150 % bis 170 % der durchschnittlichen RLV-Fallzahl der Arztgruppe nicht zum Ansatz.

Gleichermaßen wird der zu gewährende Kooperationszuschlag gem. KBV-Vorgabe Teil D auf Basis der aktuellen Fallzahlen des Abrechnungsquartals festgesetzt. Hierbei erfolgt eine zusätzliche Begrenzung anhand der Anzahl der in der Praxis vertretenen Arztgruppen gem. Anlage 1 in Höhe von 5% je Arztgruppe für bis zu 6 Arztgruppen oder Schwerpunkte bzw. 2,5% ab der siebten.

Darüber hinaus erfolgt auf der Grundlage des RLV-Beschlusses Teil F Abschnitt I. Nr. 3.3 bei der arztindividuellen Berechnung des QZV eine weitere Differenzierung in Gruppen von Ärzten mit unterschiedlich hohem Leistungsbedarf durch Ansatz eines arztindividuellen Leistungsbedarfskorrekturfaktors (LBKF). Dieser QZV-spezifische LBKF ergibt sich aus dem Verhältnis der individuellen QZV-Leistungsanforderung je RLV-relevanten Fall nach RLV-Beschluss Teil F Abschnitt I Nr. 2.6 im jeweiligen Basiszeitraum gem. § 2 Abs. 4 zum Durchschnitt der diese QZV-Leistungen abrechnenden Ärzte der jeweiligen Arztgruppe gem. Anlage 1. Hierbei gilt:

- bis 25%	Faktor 0,25
- mehr als 25% bis 50%	Faktor 0,50
- mehr als 50% bis 75%	Faktor 0,75
- mehr als 75% bis 100%	Faktor 1,00
- mehr als 100% bis 125%	Faktor 1,25
- mehr als 125% bis 150%	Faktor 1,50
- mehr als 150% bis 175%	Faktor 1,75
- mehr als 175%	Faktor 2,00.

Die Bildung der in Satz 13 genannten Cluster entfällt für QZV-Leistungen, welche von weniger als 10 Ärzten einer Arztgruppe im jeweiligen Basiszeitraum gem. § 2 Abs. 4 abgerechnet wurden. In den Fällen nach Satz 14 erfolgt eine QZV-Ermittlung auf Basis der individuellen QZV-Leistungsanforderung je RLV-relevanten Fall nach RLV-Beschluss Teil F Abschnitt I Nr. 2.6 im jeweiligen Basiszeitraum gem. § 2 Abs. 4. Satz 14 und 15 gelten insbesondere für die QZV Richtlinienpsychotherapie, Polysomnographie, Inkontinenzbehandlung sowie Praxisklinische Beobachtung und Betreuung.

Bei der Berechnung des QZV für die schmerztherapeutische spezielle Versorgung wird der Vergütungsanteil, der einer durchschnittlichen arztgruppenspezifischen Grundpauschale bzw. Versichertenpauschale entspricht, für die Häufigkeit der berechneten GOP 30700 EBM vom QZV schmerztherapeutische spezielle Versorgung in das RLV transferiert.

Für ermächtigte Ärzte und Einrichtungen wird im Falle einer Abweichung des individuellen RLV-relevanten Leistungsbedarfs je RLV-relevanten Arztfall vom Durchschnitt der nicht ermächtigten Ärzte der jeweiligen Arztgruppe von mehr als $\pm 15\%$ ein Anpassungsfaktor festgesetzt. Dieser ergibt sich als Verhältnis der Werte nach Satz 18 im Basiszeitraum und wird bei Bemessung der individuellen RLV herangezogen. Für ermächtigte Ärzte, für die ein Anpassungsfaktor unter 1 zum Ansatz kommt, entfällt individuell die Begrenzung auf den LBKF 2,0. In diesen Fällen erfolgt eine individuelle QZV-Ermittlung ohne Anwendung von Clustern analog zu Satz 13.

- (2) Für die Arztgruppe der Fachärzte für Diagnostische Radiologie erfolgt die Bildung des Fallwertes für das RLV auf der Grundlage des Leistungsbedarfs und der Zahl der Fälle, in denen keine MRT- und/oder CT- Leistungen gemäß Abschnitt 34.3 und 34.4 EBM sowie keine Leistungen nach den GOP 34504, 34505 EBM abgerechnet wurden. Der Leistungsbedarf und die Fälle, in denen MRT- und/oder CT- Leistungen gemäß Abschnitt 34.3 und 34.4 EBM sowie den GOP 34504, 34505 EBM abgerechnet wurden, werden der Berechnung des jeweiligen

Zusatzfallwertes gem. Abs. 5 zugrunde gelegt. Der Zusatzfallwert CT einschließlich den GOP 34504, 34505 EBM, MRT-Angiographien nach Abschnitt 34.4.7 EBM bzw. übrige Leistungen des Abschnitts 34.4 EBM ergibt sich jeweils als Differenz zum Fallwert nach Satz 1. Die Berechnungen nach Satz 1 bis 3 erfolgen entsprechend den in Abs. 1 Satz 1 genannten Normen und unter Beachtung des Anteils der Radiologen am RLV-Vergütungsvolumen der Fachärzte.

- (3) Für die Arztgruppe der Fachärzte für Nuklearmedizin erfolgt die Bildung des Fallwertes für das RLV auf der Grundlage des Leistungsbedarfs und der Zahl der Fälle, in denen keine Leistungen der Teil-/Ganzkörperszintigraphie (GOP 17310, 17311 EBM), Schilddrüsenszintigraphie (GOP 17320, 17321 EBM), Myocardszintigraphie (GOP 17330, 17331 EBM) sowie der Nierenfunktionsdiagnostik (GOP 17340 EBM) abgerechnet wurden. Der Leistungsbedarf und die Fälle, bei denen die in Satz 1 genannten szintigraphischen Untersuchungen abgerechnet wurden, werden der Berechnung des jeweiligen Zusatzfallwertes gem. Abs. 5 zugrunde gelegt. Der Zusatzfallwert Teil-/Ganzkörperszintigraphie, Schilddrüsenszintigraphie, Myocardszintigraphie bzw. Nierenfunktionsdiagnostik ergibt sich jeweils als Differenz zum Fallwert nach Satz 1. Die Berechnungen nach Satz 1 bis 3 erfolgen entsprechend den in Abs. 1 Satz 1 genannten Normen und unter Beachtung des Anteils der Nuklearmediziner am RLV-Vergütungsvolumen der Fachärzte.
- (4) Für Vertragsärzte mit Zulassungen für mehrere Fachgebiete wird der Fallwert zur Berechnung des RLV als arithmetischer Mittelwert der Fallwerte der vertretenen Arztgruppen gebildet. Die Festsetzung der QZV erfolgt für diese Vertragsärzte unter Zugrundelegung der arztindividuellen Anforderung für alle in Frage kommenden QZV-Leistungen je RLV-relevanten Fall nach RLV-Beschluss Teil F Abschnitt I Nr. 2.6 im jeweiligen Basiszeitraum gem. § 2 Abs. 4.
- (5) Für Vertragsärzte der Arztgruppen Diagnostische Radiologie und Nuklearmedizin wird zum RLV nach Abs. 1 ein Zuschlag gemäß Anlage 1a entsprechend dem Leistungsfallanteil im Basiszeitraum gem. § 2 Abs. 4 gewährt. Ein MRT-Angiographie-, übrige MRT-Leistungen- oder CT-Leistungsfall (Radiologie) bzw. Teil-/Ganzkörperszintigraphie-, Schilddrüsenszintigraphie-, Myocardszintigraphie- bzw. Nierenfunktionsdiagnostik-Leistungsfall (Nuklearmedizin) ist gegeben, wenn eine entsprechende RLV-relevante Leistung zur Abrechnung gelangte. Treffen mehrere Zuschlagskategorien in demselben Fall zu, so erfolgt die Zuordnung zur höherwertigen. Je Vertragsarzt ergibt sich für die Bereiche MRT-Angiographie, übrige MRT-Leistungen oder CT bzw. Teil-/Ganzkörperszintigraphie, Schilddrüsenszintigraphie, Myocardszintigraphie bzw. Nierenfunktionsdiagnostik ein Leistungsfallanteil bezogen auf die RLV-relevante Arztfallzahl.
Der Zuschlag zum Regelleistungsvolumen ermittelt sich aus der Multiplikation des Leistungsfallanteils im Basiszeitraum mit der RLV-Fallzahl des Vertragsarztes im Abrechnungsquartal und des Zusatzfallwertes nach Anlage 1a.
RLV-Beschluss Teil F Abschnitt I Nr. 3.2.1 findet für die Zuschlagsregelung nach Satz 1 im Bereich übrige MRT-Leistungen bzw. CT leistungssegmentspezifisch analog Anwendung. Unter Berücksichtigung des historischen Leistungsspektrums des Vertragsarztes kann aus Sicherstellungsgründen durch den Vorstand von der Minderung des Zusatzfallwertes abgewichen werden.
- (6) Der Tätigkeitsumfang wird für Vertragsärzte mit Teilzulassung und für angestellte Ärzte in Analogie zu den in der Bedarfsplanungs-Richtlinie bestimmten Anrechnungsfaktoren festgelegt. Für ermächtigte Ärzte, ermächtigte psychologische Psychotherapeuten und ermächtigte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie bei Gründung einer Zweigpraxis durch einen Vertragsarzt aus einem anderen KV-Bereich (gem.

§ 24 Abs. 3 Satz 6 Ärzte-ZV) wird als Faktor für den Tätigkeitsumfang der Wert von 0,25 zum Ansatz gebracht.

- (7) Im Falle einer KV-übergreifenden Tätigkeit erfolgt keine Verrechnung nicht ausgeschöpfter RLV/QZV zwischen den KV-Bereichen. Der Kooperationszuschlag gem. KBV-Vorgabe Teil D wird ausschließlich auf Basis der Fälle errechnet, denen eine Behandlung an Praxisorten im Zuständigkeitsbereich der KVBB zugrunde liegt. Vertragsärzte aus einem anderen KV-Bereich ohne eigenen Tätigkeitsumfang werden bei der Bemessung der RLV-Fallzahlen und Kooperationszuschläge einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) nicht berücksichtigt, gleichwohl sie entsprechend Anlage 1 dem RLV/QZV der BAG unterliegen.
- (8) Leistungen außerhalb der MGV sowie die in den §§ 4, 5, 7 Abs. 2 sowie §§ 8 und 9 genannten Leistungen unterliegen nicht dem Regelleistungsvolumen.
- (9) Die Vergütung der die RLV/QZV überschreitenden Leistungsanteile erfolgt versorgungsbereichsspezifisch zu abgestaffelten Preisen gem. RLV-Beschluss Teil F Abschnitt I Nr. 1.1 i.V.m. Anlage 1 Nr. 2 unter Berücksichtigung von § 3 Abs. 2. Hierbei werden im fachärztlichen Versorgungsbereich arztgruppenspezifische Zu- bzw. Abschläge entsprechend der Regelungen gem. § 9 Abs. 2 berücksichtigt.

§ 11

Fallzahlzuwachsbeschränkung

- (1) Zur Steuerung der RLV-Fallzahl wird als Obergrenze für die Ermittlung der RLV bzw. QZV die maximal um 5% erhöhte maßgebliche Fallzahl aus dem betreffenden Vorjahresquartal herangezogen.
- (2) Die Zuwachsbeschränkung entfällt,
 - a) bis zur um 5% erhöhten durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe.
 - b) sofern sich in BAG, Einrichtungen, MVZ und Praxen mit angestellten Ärzten die RLV-relevante Behandlungsfallzahl im Abrechnungsquartal nicht um mehr als 5% im Vergleich zum Vorjahresquartal bei unverändertem Versorgungsauftrag (gleiche Arztgruppen unter Berücksichtigung des Tätigkeitsumfangs) gesteigert hat.
 - c) wenn der Zuwachs auf einer anerkannten Praxisbesonderheit gemäß § 14 Abs. 1 beruht.
 - d) für Ärzte, die einen Assistenten im Rahmen der Weiterbildung nach § 75a SGB V beschäftigen.
- (3) Der Vorstand kann aus Sicherstellungsgründen im Einzelfall die Fallzahlzuwachsbeschränkung aussetzen. Darüber hinaus ist der Vorstand berechtigt, die Fallzahlzuwachsbeschränkungsregelung in Teilen bzw. in Gänze zu überprüfen und ggf. auszusetzen.

§ 12

Unterversorgte Regionen

Gemäß § 87b Abs. 3 SGB V wird, sofern der Landesausschuss Beschlüsse nach § 100 Abs. 1 oder 3 SGB V getroffen hat, die Beschränkung nach § 11 für die entsprechenden Arztgruppen und Gebiete nicht angewendet. Der Vorstand kann im Einzelfall weitergehende Maßnahmen bis hin zur Ausnahme einzelner Ärzte von der Mengensteuerung treffen, sofern dies zur Gewährleistung der Sicherstellung erforderlich ist.

§ 13 **Neuzulassungen und neue Genehmigungen**

- (1) Die Ermittlung der RLV/QZV-Parameter, die auf der Grundlage von Abrechnungsdaten aus einem Basiszeitraum ermittelt werden (QZV gemäß § 10 Abs. 1 Satz 16 bzw. § 10 Abs. 4, arztindividueller Leistungsbedarfsfaktor gemäß § 10 Abs. 1 Satz 12, Anpassungsfaktoren gemäß § 10 Abs. 1 Satz 19 und § 14 Abs. 2, Zuschläge gemäß § 10 Abs. 5), erfolgt für Vertragsärzte, für die keine Abrechnungsdaten aus dem jeweiligen Basiszeitraum vorliegen, auf der Grundlage der Daten des aktuellen Abrechnungsquartals im Vergleich zu den Arztgruppenwerten aus dem Basiszeitraum.
Dies ist insbesondere bei Neuzulassung der Fall. Als Neuzulassung gilt auch der Statuswechsel (z.B. von der Ermächtigung in die Niederlassung), der Wechsel des Versorgungsbereichs sowie der Praxisumzug in einen nicht benachbarten Planungsbereich. Gleiches kann für den Fall erfolgen, dass die Abrechnungsdaten des Basiszeitraumes nicht repräsentativ für das aktuelle Abrechnungsquartal sind. Als nicht repräsentativ gelten z.B. Abrechnungsdaten des Basiszeitraumes bei Neugenehmigung QZV-relevanter Leistungen.
- (2) Wird eine RLV-relevante Veränderung nicht für ein ganzes Quartal wirksam, erfolgt die Berechnung des RLV unter Berücksichtigung des Quartalsanteils.

§ 14 **Praxisbesonderheiten**

- (1) Bei einer außergewöhnlich starken Erhöhung der Zahl der behandelten Versicherten im Abrechnungsquartal im Vergleich zum Vorjahresquartal um mehr als 10% der durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe kann im Antrags- oder Widerspruchsverfahren gegen den Honorarbescheid die Fallzahlzuwachsbeschränkung für das Abrechnungsquartal und die drei der Besonderheit nach Buchstabe b) oder d) folgenden Quartale entfallen, sofern der Zuwachs auf
 - a) einer mindestens vierwöchigen (innerhalb von zwölf Wochen) urlaubs- und/oder krankheitsbedingten Vertretung eines Vertragsarztes einer Arztpraxis der gleichen Arztgruppe in der näheren Umgebung der Arztpraxis (Umkreis von 35 km) beruht.
 - b) der Aufgabe einer Zulassung oder genehmigten Tätigkeit eines Vertragsarztes der gleichen Arztgruppe in der eigenen BAG oder der näheren Umgebung der Arztpraxis (Umkreis von 35 km) binnen der letzten vier Abrechnungsquartale beruht, sofern die Tätigkeit nicht durch eine Nachbesetzung fortgeführt wird.
 - c) einem außergewöhnlichen und/oder durch den Vertragsarzt unverschuldeten Grund, der zu einer niedrigeren Fallzahl des Vertragsarztes im Vergleichsquartal geführt hat (hierzu zählt eine mindestens vierwöchige Tätigkeitsunterbrechung beispielsweise aufgrund von Krankheit oder Fortbildung des Vertragsarztes je Quartal), beruht.
 - d) der Aufnahme einer genehmigten Zweigpraxistätigkeit neben der Niederlassung binnen der letzten vier Abrechnungsquartale beruht.
 - e) einer verstärkten Annahme von Überweisungs- bzw. Auftragsfällen nach § 75 Abs. 1a SGB V beruht, in denen ein Anspruch auf Vermittlung innerhalb von 4 Wochen bestand.

Anträge auf abweichende Regelungen zur RLV-Bildung sind spätestens innerhalb von vier Wochen nach Ende des antragsbezogenen Quartals bei der KVBB zu stellen.

- (2) Von einer für die Versorgung bedeutsamen fachlichen Spezialisierung i.S.v. RLV-Beschluss Teil F Abschnitt I Nr. 3.7 wird bei folgenden Schwerpunkten / Leistungsbereichen ausgegangen:

- Gefäßchirurgie,
- Neurochirurgie,
- Schwerpunkttätigkeit gemäß Abschnitt 4.4 des EBM bzw. Erbringung von an eine Zusatzweiterbildung gebundenen Leistungen gemäß Abschnitt 4.5 des EBM bei Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin,
- invasive Tätigkeit entsprechend der Vereinbarung zur invasiven Kardiologie bei Kardiologen oder Angiologen.

Die Fallwerte für die Bildung der RLV für Vertragsärzte mit den in Satz 1 genannten Schwerpunkten / Leistungsbereichen werden von Amts wegen prozentual um die Abweichung zwischen dem individuellen und dem durchschnittlichen abgerechneten Leistungsbedarf je Fall aus im RLV enthaltenen Leistungen der Arztgruppe in den dem aktuellen Leistungsspektrum entsprechenden Vergleichsquartalen (i.d.R. Basiszeitraum; mindestens ein und maximal vier Vergleichsquartale) angehoben (Anpassungsfaktor).

- (3) Die Anerkennung von Abs. 1 und 2 abweichender Praxisbesonderheiten im RLV erfolgt im Widerspruchsverfahren gegen den Honorarbescheid.

Von „Praxisbesonderheiten“ wird ausgegangen

- bei einer um mindestens 10 Prozentpunkte höheren Überschreitung des Volumens aus RLV und QZV als im Durchschnitt des jeweiligen Versorgungsbereichs sowie
- einer Überschreitung des Fallwertes der Arztgruppe des Arztes lt. Anlage 1 um mindestens 15 % im Widerspruchsquartal aufgrund einer für die Versorgung bedeutsamen fachlichen Spezialisierung und
- unter der Voraussetzung, dass der jeweilige Anteil spezialisierter im RLV enthaltener Leistungen gemessen am arztindividuellen Fallwert größer als 15% ist und sich im Vergleich zur Arztgruppe eine Überschreitung von mindestens 50% ergibt.

In diesen Fällen kann der Fallwert für die Berechnung des RLV angehoben werden. Die Erhöhung erfolgt um den Anteil der Überschreitung des normativen Fallwertes, für den die Spezialisierung des Arztes gegenüber der Arztgruppe ursächlich ist. Als spezialisierte Leistungen gelten nicht regelmäßig in erheblichem Umfang in der Arztgruppe durchgeführte Leistungen.

- (4) Praxisbesonderheiten können im Einzelfall im Widerspruchsverfahren gegen den Honorarbescheid durch Entscheidung des Vorstandes anerkannt werden.

§ 15 Härtefallregelung

- (1) Verringern sich das Gesamthonorar und der Fallwert einer Arztpraxis um mehr als 10% gegenüber dem Durchschnitt der letzten 3 vollständigen Abrechnungsjahre, insbesondere weil die Systematik der Mengensteuerung verändert wurde, so kann im Widerspruchsverfahren gegen den Honorarbescheid eine Ausgleichszahlung auf 90% des durchschnittlichen Fallwertes der letzten 3 vollständigen Abrechnungsjahre für die im Widerspruchsquartal abgerechneten Fälle erfolgen. Zur Vermeidung eines ungerechtfertigten Honorarzuwachses wird die Ausgleichszahlung darüber hinaus auf 90% des durchschnittlichen quartalsweisen Gesamthonorars der letzten 3 vollständigen Abrechnungsjahre und den tatsächlich im Widerspruchsquartal angeforderten und maximal zu vergütenden Leistungsbedarf begrenzt.

Die Ausgleichszahlung erfolgt nicht, wenn die Verringerung auf einer Veränderung des Leistungsangebotes der Praxis, der Veränderung der Gebührenordnung oder der

Nichtfortgeltung von Sonderverträgen beruht oder die Mengensteuerung durch den Normgeber strukturell gewollt war.

- (2) Der Vorstand beobachtet die Auswirkungen der Honorarverteilung auf die einzelnen Arztgruppen. Im Falle von erheblichen Verwerfungen kann der Vorstand Stützungsmaßnahmen für einzelne Arztgruppen festlegen.

§ 16 Inkrafttreten

Dieser Honorarverteilungsmaßstab tritt zum 01.01.2016 in Kraft.

Anlage 1 zum HVM

Arztgruppen	Durchschnitt Fallwert	Durchschnitt Fallzahlen
Hausärztlicher Versorgungsbereich		
Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören		
Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin		
Fachärztlicher Versorgungsbereich		
Fachärzte für Anästhesiologie		
Fachärzte für Augenheilkunde		
Fachärzte für Chirurgie, Kinderchirurgie, Chirurgie mit SP Kinderchirurgie, Plastische Chirurgie, Chirurgie mit SP Gefäßchirurgie, Herzchirurgie, Chirurgie mit SP Unfallchirurgie, Neurochirurgie		
Fachärzte für Frauenheilkunde		
Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Fachärzte für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen		
Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten		
Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören, oder einem nicht nephrologischen (Versorgungs-) Schwerpunkt, der in der folgenden Aufzählung der Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt nicht genannt ist		
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie (Versorgungs-) Schwerpunkt Endokrinologie (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/Onkologie (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie		
Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie		
Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie		
Fachärzte für Nervenheilkunde, Neurologie und Psychiatrie		
Fachärzte für Neurologie		
Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie		
Fachärzte für Nuklearmedizin		
Fachärzte für Orthopädie		
Fachärzte für Diagnostische Radiologie		
Fachärzte für Urologie		
Fachärzte für Physikalisch-Rehabilitative Medizin		

Anlage 1a zum HVM

Zusatzfallwerte gem. § 10 Abs. 5 für Fachärzte für Diagnostische Radiologie

	durchschnittlicher Fallanteil	Zusatzfallwert
CT und GOP 34504, 34505 EBM		
MRT (ohne Abschnitt 34.4.7 EBM)		
MRT gem. Abschnitt 34.4.7 EBM	-	

Zusatzfallwerte gem. § 10 Abs. 5 für Fachärzte für Nuklearmedizin

	durchschnittlicher Fallanteil	Zusatzfallwert
Teil-/Ganzkörperszintigraphie (GOP 17310 bzw. 17311 EBM)	-	
Schilddrüsenszintigraphie (GOP 17320 bzw. 17321 EBM)	-	
Myocardszintigraphie (GOP 17330 bzw. 17331 EBM)	-	
Nierenfunktionsdiagnostik (GOP 17340 EBM)	-	

Anlage 2 zum HVM

Qualifikationsgebundene Zusatzvolumina

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM	QZV	Cluster
Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören	Akupunktur	30790, 30791		
	Chirotherapie	30200, 30201		
	Ergometrie	03321		
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120		
	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			
Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	Allergologie	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123		
	Hyposensibilisierungsbehandlung	30130, 30131		
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120		
	Richtlinienpsychotherapie	35130, 35131, 35140, 35141, 35142		
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092		
	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040		
Spirometrie	04330			
Fachärzte für Anästhesiologie	Akupunktur	30790, 30791		
	Narkosen	05330, 05331, 05340, 05341, 05350		
	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	QZV	Cluster
Fachärzte für Augenheilkunde	Fluoreszenzangiographie	06331		
	Kontaktlinsenanpassung	06340, 06341, 06342, 06343		
Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie, für Neurochirurgie	Akupunktur	30790, 30791		
	Phlebologie	30500, 30501		
	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		
	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, 34295, 34296, 34500, 34501, 34503		
Fachärzte für Frauenheilkunde, Fachärzte für Frauenheilkunde mit fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	Inkontinenzbehandlung	08310		
	Kurative Mammographie	34270, 34271, 34272, 34273		
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512		
Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde; Fachärzte für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen	Polysomnographie	30901		
	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, 34295, 34296, 34500, 34501, 34503		
	Tinnitus, Hörgeräte	09343, 09372, 09373, 09374, 09375, 20338, 20339, 20340, 20343, 20372, 20373, 20374, 20375, 20377, 20378		
Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten	Phlebologie	30500, 30501		
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120		

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM	QZV	Cluster
Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören oder einem nicht nephrologischen (Versorgungs-) Schwerpunkt, der in der Aufzählung der Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt in Anlage 1 nicht genannt ist	Kontrolle Herzschrittmacher	13552		
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120		
	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, 34295, 34296, 34500, 34501, 34503		
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie, Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie und invasiver Tätigkeit	Interventionelle Radiologie	01530, 01531, 34287		
	Polysomnographie	30901		
	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040		
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076		
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie	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, 34295, 34296, 34500, 34501, 34503		
	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040		
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076		

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM	QZV	Cluster
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/Onkologie	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512		
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie, Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie und invasiver Tätigkeit	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, 34295, 34296, 34500, 34501, 34503		
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie	Bronchoskopie	13662, 13663, 13664, 13670		
	Polysomnographie	30901		
	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, 34295, 34296, 34500, 34501, 34503		
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie	Osteodensitometrie	34600		
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512		
	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, 34295, 34296, 34500, 34501, 34503		

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM	QZV	Cluster
Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	Gesprächsleistungen	14220, 14222		
	Richtlinienpsychotherapie	35130, 35131, 35140, 35141, 35142		
Fachärzte für Nervenheilkunde	Abklärung einer peripheren neuromuskulären Erkrankung	16322		
	Neurophysiologische Untersuchung	16321, 21321		
	Gesprächsleistungen	21216, 21220		
	Mitbetreuung	16230, 16231, 16233, 21230, 21231, 21233		
	Polysomnographie	30901		
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120		
	Akupunktur	30790, 30791		
	Richtlinienpsychotherapie	35130, 35131, 35140, 35141, 35142,		
	Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	30700, 30702, 30704, 30706, 30708		
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076		
Fachärzte für Neurologie	Abklärung einer peripheren neuromuskulären Erkrankung	16322		
	Neurophysiologische Untersuchung	16321		
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120		
	Mitbetreuung	16230, 16231, 16233		
	Akupunktur	30790, 30791		
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076		
Fachärzte für Orthopädie	Akupunktur	30790, 30791		
	Osteodensitometrie	34600		
	Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	30700, 30702, 30704, 30706, 30708		
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092		
	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, 34295, 34296, 34500, 34501, 34503		

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM	QZV	Cluster
Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie	Gesprächsleistungen	21216, 21220		
	Mitbetreuung	21230, 21231, 21233		
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120		
	Richtlinienpsychotherapie	35130, 35131, 35140, 35141, 35142		
Fachärzte für Urologie	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512		
	Stoßwellenlithotripsie	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, 34295, 34296, 34500, 34501, 34503		
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120		
Fachärzte für Physikalisch-Rehabilitative Medizin	Akupunktur	30790, 30791		
	Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	30700, 30702, 30704, 30706, 30708		
	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, 34295, 34296, 34500, 34501, 34503		

Anlage 3 zum HVM

Die gem. MGV-Vereinbarung hinsichtlich der Förderung im Sinne des § 87a Abs. 2 Satz 3 SGB V versorgungsbereichsspezifisch zur Verfügung gestellten Beträge werden zu 25% quartalsweise aufgeteilt und wie folgt verwendet:

Hausärztlicher Versorgungsbereich:

- Förderung der Mitbesuche nach der Ziffer 01413 (bzw. 01413H) EBM mit einem Zuschlag von 10,60 €,
- Förderung von Ärzten in Planungsbereichen gemäß dem Bedarfsplan mit einem Versorgungsgrad von unter 90 % mit einem Zuschlag ab dem 1.000. Behandlungsfall in Höhe von 4 € je Behandlungsfall,
- Förderung der Übermittlung elektronischer Briefe (eArztbrief) als Zuschlag zur entsprechenden EBM-Ziffer in Höhe von jeweils 5 ct pro versendeten bzw. empfangenen eArztbrief für Ärzte in anerkannten Praxisnetzen,
- Der Restbetrag wird zur Förderung der Grundversorgung für die Anhebung der Auszahlungsquote für die die RLV/QZV-überschreitenden Leistungsanteile verwendet.

Sofern die Höhe der für förderungswürdige Leistungen zur Verfügung stehenden Mittel vom Ansatz abweicht, kann der Vorstand entsprechende abweichende Regelungen treffen. Diese sind der nächstmöglichen Vertreterversammlung zur Beschlussfassung vorzulegen.

Fachärztlicher Versorgungsbereich:

A) Folgende Leistungen werden über Zuschläge / Zusatzpunktwerte gefördert:

- Mitbesuche nach der Ziffer 01413 (bzw. 01413H) EBM
- Transfusion von Blutprodukten (GOP 02110, 02111 EBM)
- Präanästhesiologische Untersuchung nach der GOP 05310 EBM
- Fluoreszenzangiographie (GOP 06331 EBM)
- Zusatzpauschale Prokto-/Rektoskopie (GOP 08333 EBM)
- Kinderpsychiatrische Gesprächsleistung (GOP 14220, 14222 EBM)
- Teilkörperszintigraphie, Ganzkörperszintigraphie (GOP 17310, 17311 EBM)
- Pathologische Diagnostik (GOP 19310, 19312, 19320-19322 EBM)
- Psychotherapeutische Gespräche (GOP 22220, 23220 EBM)
- Diagnostik und Therapie bei Schädigungen des Bewegungs-, Nervensystems, der inneren Organe (GOP 27332 EBM)
- Hyposensibilisierung (GOP 30130, 30131 EBM)
- kardiorespiratorische Polysomnographie (GOP 30901 EBM)
- Ultraschalldiagnostik des Kapitels 33 EBM
- teilradiologische Leistungen nach den (GOP 34220-34238 EBM) für Ärzte gem. Anlage 1. Hierbei werden unter Berücksichtigung der verschiedenen Praxisspektren unterschiedliche Zusatzpunktwerte festgesetzt für
 - o Fachärzte für Diagnostische Radiologie und Fachärzte für Nuklearmedizin
 - o Fachärzte der verbleibenden Arztgruppen der Anlage 1.
- Osteodensitometrie (GOP 34600 EBM)
- Berichte gem. den GOP 35130, 35131 EBM
- Probatorische Sitzung (GOP 35150 EBM)
- Versandkosten gem. der GOP 40100 EBM
- Förderung der Übermittlung elektronischer Briefe (eArztbrief) als Zuschlag zur entsprechenden EBM-Ziffer in Höhe von jeweils 5 ct pro versendeten bzw. empfangenen eArztbrief für Ärzte in anerkannten Praxisnetzen

Für die oben genannten Zuschläge/ Zusatzpunktwerte wird ein Volumen i.H.v. 2,75 Mio. € veranschlagt. Über die Höhe der Zuschläge/ Zusatzpunktwerte einschließlich leistungsbereichsspezifischer Preisdifferenzierungen entscheidet die Vertreterversammlung durch gesonderten Beschluss.

- B)** Zur Sicherstellung einer gemischt konservativ / operierenden augenärztlichen Versorgung einzelner Augenärzte an ausgewählten Standorten wird ein Zuschlag zur GOP 06220 EBM gewährt, der zunächst unter dem Vorbehalt der Rechtmäßigkeit der GOP 06225 EBM steht. Hierfür wird pro Quartal ein Betrag in Höhe von 25% eines Jahresvolumens von 0,1 Mio. € veranschlagt.
- C)** Zur Förderung der Grundversorgung erfolgt eine Stützung des Honorarfonds zur Vergütung der PFG nach § 7 Abs. 2, sofern diese im Sinne des § 7 Abs. 3 erforderlich ist.
- D)** Zur Förderung der Grundversorgung werden die RLV-Fallwerte aller fachärztlichen RLV- Arztgruppen um 1 € angehoben.
- E)** Der Restbetrag wird zur Förderung der Grundversorgung für die Anhebung der Auszahlungsquote für die die RLV/QZV-überschreitenden Leistungsanteile verwendet.

Sofern die Höhe der für förderungswürdige Leistungen zur Verfügung stehenden Mittel vom Ansatz abweicht, kann der Vorstand entsprechende abweichende Regelungen treffen. Diese sind der nächstmöglichen Vertreterversammlung zur Beschlussfassung vorzulegen.

Anlage 4 zum HVM

Arztgruppen mit Beteiligung an der Regelung zur Förderung der „4-Wochen-Überweisung“ im fachärztlichen Versorgungsbereich	Verrechnung von ggf. auftretenden Über- bzw. Unterschüssen
Fachärzte für Anästhesiologie	Quote gem. § 10 Abs. 9
Fachärzte für Augenheilkunde	Quote gem. § 10 Abs. 9
Fachärzte für Chirurgie, Kinderchirurgie, Chirurgie mit SP Kinderchirurgie, Plastische Chirurgie, Chirurgie mit SP Gefäßchirurgie, Herzchirurgie, Chirurgie mit SP Unfallchirurgie, Neurochirurgie	Quote gem. § 10 Abs. 9
Fachärzte für Frauenheilkunde	Quote gem. § 10 Abs. 9
Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Fachärzte für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen	Quote gem. § 10 Abs. 9
Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten	Quote gem. § 10 Abs. 9
Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören, oder einem (Versorgungs-) Schwerpunkt, der in der folgenden Aufzählung der Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt nicht genannt ist	Quote gem. § 10 Abs. 9
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie	Quote gem. § 10 Abs. 9
(Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie	Quote gem. § 10 Abs. 9
(Versorgungs-) Schwerpunkt Endokrinologie	Quote gem. § 10 Abs. 9
(Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie	Quote gem. § 10 Abs. 9
(Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/Onkologie	Quote gem. § 10 Abs. 9
(Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie	Quote gem. § 10 Abs. 9
(Versorgungs-) Schwerpunkt Nephrologie ²	AGHF gem. § 9 (1) Punkt 3
(Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie	Quote gem. § 10 Abs. 9
Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	Quote gem. § 10 Abs. 9
Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	Quote gem. § 10 Abs. 9
Fachärzte für Nervenheilkunde, Neurologie und Psychiatrie	Quote gem. § 10 Abs. 9
Fachärzte für Neurologie	Quote gem. § 10 Abs. 9
Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie	Quote gem. § 10 Abs. 9
Fachärzte für Nuklearmedizin	Quote gem. § 10 Abs. 9
Fachärzte für Orthopädie	Quote gem. § 10 Abs. 9
Fachärzte für Diagnostische Radiologie	Quote gem. § 10 Abs. 9
Fachärzte für Urologie	Quote gem. § 10 Abs. 9
Fachärzte für Physikalisch-Rehabilitative Medizin	Quote gem. § 10 Abs. 9
Fachärzte für Humangenetik	AGHF gem. § 9 (1) Punkt 5
Fachärzte für Strahlentherapie	AGHF gem. § 9 (1) Punkt 1

² inkl. ermächtigter Institute bzw. von Ärzten mit nephrologischem Schwerpunkt