

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

**beschlossen von der Vertreterversammlung am 09.03.2018**

**gültig ab: 01.04.2018**

## **Präambel**

<sup>1</sup>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.

<sup>2</sup>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) <sup>1</sup>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.

<sup>2</sup>Alle an der Honorarverteilung Teilnehmenden werden im Folgenden als Beteiligte bezeichnet.

## **§ 2**

### **Grundsätze der Honorarverteilung**

(1) <sup>1</sup>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. <sup>2</sup>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 (§ 140a SGB V bzw. § 73c SGB V in der bis zum 22.07.2015 gültigen Fassung) 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 bezeichnet<sup>1</sup>).
- (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) <sup>1</sup>Sollte eine Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) im Zusammenhang mit Verträgen oder Versorgungsformen beispielsweise nach §§ 73b, 73c in der bis zum 22.07.2015 gültigen Fassung, 116b oder 140a SGB V vorgenommen werden, so wird sichergestellt, dass dies nicht zulasten von Ärzten (Beteiligten) geschieht, welche nicht an diesen Verträgen oder Versorgungsformen teilnehmen. <sup>2</sup>Die aus der MGV bereinigten Mittel werden den dem Versorgungsauftrag des jeweiligen Vertrages entsprechenden Honorarfonds entnommen. <sup>3</sup>Hierbei erfolgt grundsätzlich eine Berücksichtigung der Abzüge im Rahmen der Honorarfestsetzung bei den Selektivvertragsteilnehmern. <sup>4</sup>Zahlungen für nicht vertragskonforme Inanspruchnahmen des Kollektivvertrages werden den Honorarfonds, aus denen die jeweilige Leistung vergütet wird, wieder zugeführt. <sup>5</sup>In den entsprechenden Bereinigungsverträgen geregelte Details zu den arztseitigen Bereinigungsmodalitäten (z. B. zur Höhe von arztindividuellen Bereinigungsbeträgen) werden bei der Honorarverteilung berücksichtigt. <sup>6</sup>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.
- (8) Die Regelungen der §§ 4 bis 14 beziehen sich, soweit in diesen nichts anderes festgesetzt, ausschließlich auf Leistungen, die innerhalb der MGV vergütet werden.

### **§ 3 Rückstellungen**

- (1) <sup>1</sup>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).

---

<sup>1</sup> veröffentlicht unter [www.kvbb.de](http://www.kvbb.de)

<sup>2</sup>Die Rückstellungen sollten insgesamt die Höhe von 5% der Gesamtvergütung eines Jahres nicht überschreiten.

- (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.

#### **§ 4**

##### **Honorarfonds Bereitschaftsdienst und Notfall**

- (1) <sup>1</sup>Zur Vergütung der Leistungen des organisierten Bereitschaftsdienstes und der Notfallbehandlungen durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser wird ein Honorarfonds (Vergütungsvolumen) Bereitschaftsdienst und Notfall als Produkt der aktuellen für die Bestimmung des Behandlungsbedarfs relevanten Anzahl der Versicherten und des Grundbetrages Bereitschaftsdienst und Notfall gem. KBV-Vorgabe Teil B gebildet.

<sup>2</sup>Aus dem Honorarfonds nach Satz 1 werden zwei Teilhonorarfonds (THF) A bzw. B entsprechend den bei der Bestimmung des Grundbetrages relevanten Vergütungsanteilen gebildet. <sup>3</sup>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. <sup>4</sup>Aus dem THF B werden Notfallbehandlungen durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser finanziert.

- (2) <sup>1</sup>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. <sup>2</sup>Damit sind mit Ausnahme der Wegepauschalen alle im Bereitschaftsdienst erbrachten Leistungen sowohl innerhalb als auch außerhalb der MGV abgegolten. <sup>3</sup>Die Vergütung der von Ärzten für Dienste in KV RegioMed Bereitschaftspraxen abgerechneten Leistungen erfolgt entsprechend der Regelungen des Sicherstellungsstatuts.

<sup>4</sup>Die Vergütung der Leistungen der Notfallbehandlungen durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser erfolgt im THF B gem. EURO-Gebührenordnung.

- (3) Über- und Unterschreitungen in den THF A bzw. B werden zugunsten bzw. zulasten der versorgungsbereichsspezifischen Rückstellungen entsprechend den Anteilen gem. KBV-Vorgabe Teil B Punkt 7.2 ausgeglichen.

#### **§ 5**

##### **Honorarfonds Labor**

- (1) Zur Vergütung der Leistungen und Kostenerstattungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM (ohne GOP 32860 bis 32865, 32902, 32904, 32906, 32908, 32931, 32932, 32937, 32945 und 32946 EBM), welche über Muster 10 angefordert werden und des Labor-Wirtschaftlichkeitsbonus 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.

- (2) <sup>1</sup>Sofern die im Honorarfonds Labor zur Verfügung stehenden Mittel nicht ausreichen, um alle Leistungen und Kostenerstattungen gem. EURO-Gebührenordnung zu vergüten, erfolgt eine gleichmäßige Quotierung. <sup>2</sup>Hierbei gilt gem. KBV-Vorgabe Teil A Nr. 8 eine Mindestquote in Höhe von 89 %.
- (3) 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**

<sup>1</sup>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. <sup>2</sup>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. <sup>3</sup>In diesen Strukturfonds fließen Mittel der Krankenkassen in gleicher Höhe ein.

## **§ 7 Vergütungsvolumen für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung**

- (1) <sup>1</sup>Die Trennung der Versorgungsbereiche erfolgt entsprechend der KBV-Vorgabe Teil B unter Beachtung der weiteren gesetzlichen Vorgaben sowie der Umsetzungsbeschlüsse des Vorstandes. <sup>2</sup>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) <sup>1</sup>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. <sup>2</sup>Die Quotierung nach Satz 1 findet für Kostenerstattungen analog Anwendung. <sup>3</sup>Die Gewährleistung der Vergütung in Höhe der in Satz 1 genannten Quote erfolgt bei Bedarf zulasten der Rückstellungen des fachärztlichen Versorgungsbereichs. <sup>4</sup>Im Falle eines Überschusses wird dieser den Rückstellungen des fachärztlichen Versorgungsbereichs zugeführt.

## § 8

### Leistungsbezogene Honorarfonds

- (1) <sup>1</sup>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.  
<sup>2</sup>Über- und Unterschreitungen in den Honorarfonds nach Satz 1 werden zugunsten bzw. zulasten der jeweiligen versorgungsbereichsspezifischen Rückstellungen ausgeglichen.
- (2) <sup>1</sup>Zur Vergütung der Leistungen des Kapitels 19 EBM (ohne Abschnitt 19.4 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.  
<sup>2</sup>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. <sup>3</sup>Die Gewährleistung der Vergütung in Höhe der in Satz 2 genannten Quote erfolgt bei Bedarf zulasten der Rückstellungen des fachärztlichen Versorgungsbereichs.  
<sup>4</sup>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 Haus- und Heimbefuche 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.

- (6) <sup>1</sup>Zur Vergütung des Zuschlages zur Grundpauschale für konservativ tätige Augenärzte nach der GOP 06225 wird ein Honorarfonds gebildet. <sup>2</sup>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.
- (7) <sup>1</sup>Im hausärztlichen Versorgungsbereich wird einerseits ein Honorarfonds zur Vergütung der Leistungen der hausärztlichen geriatrischen Versorgung gem. Abschnitt 3.2.4 EBM und andererseits ein weiterer Honorarfonds zur Vergütung der Leistungen der sozialpädiatrischen Versorgung gem. Abschnitt 4.2.4 EBM gebildet.  
<sup>2</sup>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. <sup>3</sup>Die Aufteilung auf die beiden o.g. Honorarfonds erfolgt gem. den Anteilen der Hausärzte bzw. Kinderärzte am hausärztlichen Verteilungsvolumen des Jahres 2013. <sup>4</sup>Vergütungsanteile, die für die bis zum 31.10.2013 gültige GOP 03240 EBM geflossen sind, werden berücksichtigt. <sup>5</sup>Weiterhin werden beide Honorarfonds fortlaufend mit den für den Behandlungsbedarf vereinbarten, nicht zweckgebundenen Veränderungsraten unter Berücksichtigung der Versichertenentwicklung und ggf. erfolgter zusätzlicher Stützungen und Ausbudgetierungen bzw. von grundsätzlichen Bewertungsänderungen der EURO-Gebührenordnung weiterentwickelt.
- (8) <sup>1</sup>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.  
<sup>2</sup>Die entsprechenden Leistungen nach den GOP 01320, 05210, 05211, 05212, 05230, 05330, 05331, 05340, 05341 und 05350 EBM sind entsprechend der Kodierungstabelle der KBV zu kennzeichnen.  
<sup>3</sup>Über- und Unterschreitungen im Honorarfonds nach Satz 1 werden zugunsten bzw. zulasten der Rückstellungen des fachärztlichen Versorgungsbereichs ausgeglichen.
- (9) <sup>1</sup>Zur Vergütung der ärztlich angeordneten Hilfeleistungen von Praxismitarbeitern nach Abschnitt 38.2 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.  
<sup>2</sup>Über- und Unterschreitungen in den Honorarfonds nach Satz 1 werden zugunsten bzw. zulasten der jeweiligen versorgungsbereichsspezifischen Rückstellungen ausgeglichen.
- (10) <sup>1</sup>Zur Vergütung der ärztlich angeordneten Hilfeleistungen nach den Gebührenordnungspositionen 03060 bis 03065 EBM (nichtärztliche Praxisassistenten) wird im hausärztlichen Versorgungsbereich ein Honorarfonds gebildet. <sup>2</sup>Die Höhe dieses Honorarfonds ergibt sich auf Basis der vom Bewertungsausschuss in seiner 402. Sitzung

festgesetzten und von den Krankenkassen bereitgestellten Mittel.<sup>3</sup>Der Honorarfonds wird fortlaufend mit den für den Behandlungsbedarf vereinbarten, nicht zweckgebundenen Veränderungsraten unter Berücksichtigung der Versichertenentwicklung und ggf. erfolgter zusätzlicher Stützungen bzw. von grundsätzlichen Bewertungsänderungen der EURO-Gebührenordnung weiterentwickelt.

- (11) <sup>1</sup>Zur Förderung der Weiterbehandlung akuter Behandlungsfälle, für welche im Rahmen der ambulanten Notfallbehandlung am Krankenhaus festgestellt wurde, dass ohne sofortige Maßnahme eine ambulante Behandlung außerhalb der Notfallversorgung erfolgen soll, werden versorgungsbereichsspezifische Honorarfonds in hierfür erforderlicher Höhe gebildet. <sup>2</sup>Aus diesen werden Zuschläge zur weiteren ambulanten Behandlung außerhalb der Notfallversorgung von Versicherten gezahlt. <sup>3</sup>Voraussetzung für die Zuschläge nach Satz 2 ist, dass für den jeweiligen Versicherten eine Notfallpauschale von nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Instituten und Krankenhäusern für die Abklärung der Behandlungsnotwendigkeit nach den Ziffern 01205 bzw. 01207 EBM in Brandenburg abgerechnet wurde. <sup>3</sup>Die Abklärungspauschale muss hierbei taggleich bzw. am Vortag abgerechnet worden und die Weiterbehandlung im Rahmen einer Sprechstundentätigkeit erfolgt sein. <sup>4</sup>Die Höhe des Zuschlages beträgt 10 Euro je Behandlungsfall.
- (12) <sup>1</sup>Zur Vergütung der eigenerbrachten Laborleistungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM sowie der von Laborgemeinschaften (Anforderung über Muster 10A) abgerechneten laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen und der Laborgrundpauschalen (GOP 12210 und 12220 EBM) werden versorgungsbereichsspezifische Honorarfonds gebildet. <sup>2</sup>Die eigenerbrachten Laborleistungen werden hierbei entsprechend des abrechnenden Arztes und die Leistungen der Laborgemeinschaften entsprechend des beziehenden Arztes den Versorgungsbereichen zugeordnet. <sup>3</sup>Die Laborgrundpauschalen sind dem fachärztlichen Versorgungsbereich zuzurechnen. <sup>4</sup>Die Höhe der Honorarfonds bemisst sich in den Quartalen II/2018 bis I/2019 anhand der mit der Überführung der Leistungen in die Versorgungsbereiche für eigene Ärzte einhergehenden Finanzmittel. <sup>5</sup>Ab dem II. Quartal 2019 werden die 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. <sup>6</sup>Die Laborgrundpauschalen werden mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung vergütet. <sup>7</sup>Für die restlichen Laborleistungen kommt die Quote gem. § 5 Abs. 2 zum Ansatz. <sup>8</sup>Über- und Unterschreitungen in den Honorarfonds nach Satz 1 werden zugunsten bzw. zulasten der jeweiligen versorgungsbereichsspezifischen Rückstellungen ausgeglichen.
- (13) <sup>1</sup>Im fachärztlichen Versorgungsbereich wird ein Honorarfonds zur Förderung der Grundversorgung gebildet. <sup>2</sup>Aus diesem wird eine gleichmäßige Anhebung der RLV-Fallwerte aller fachärztlichen RLV-Arztgruppen um 1 € finanziert. <sup>3</sup>Die Höhe des Honorarfonds wird anhand der voraussichtlich hierfür benötigten Mittel bemessen.
- (14) <sup>1</sup>Sofern das zur Vergütung der Leistungen nach Abs. 3 bis 7 bzw. 10 zur Verfügung stehende Vergütungsvolumen nicht ausreicht, erfolgt honorarfondsspezifisch eine gleichmäßige Quotierung der Vergütungssätze.  
<sup>2</sup>Nicht ausgeschöpfte Vergütungsanteile der Honorarfonds nach Abs. 3 bis 7 bzw. 10 werden honorarfondsspezifisch in das Folgequartal übertragen und Überschüsse des IV. Quartals den jeweiligen versorgungsbereichsspezifischen Rückstellungen zugeführt.  
<sup>3</sup>Sofern ausreichend Mittel im Honorarfonds Hausarzt bzw. Facharzt zur Verfügung stehen, kann durch den Vorstand im Falle einer Überschreitung des Honorarfonds nach Abs. 5 die



Quotierung quartalsweise und versorgungsbereichsspezifisch ausgesetzt werden.

- (15) Abs. 1 bis 12 gelten nur für Leistungen, deren Vergütung nicht bereits in den §§ 4 bis 7 geregelt ist.

## **§ 9**

### **Arztgruppenbezogene Honorarfonds**

- (1) <sup>1</sup>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.

<sup>2</sup>Den Honorarfonds nach Satz 1 unterliegen nicht Leistungen, die anderen nach diesem HVM gebildeten Honorarfonds zuzuordnen sind.

<sup>3</sup>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. <sup>4</sup>Die Gewährleistung der Vergütung in Höhe der in Satz 3 genannten Quote erfolgt bei Bedarf zulasten der Rückstellungen des fachärztlichen Versorgungsbereichs.

<sup>5</sup>Nicht ausgeschöpfte Vergütungsanteile werden in das Folgequartal übertragen und Überschüsse des IV. Quartals den Rückstellungen des fachärztlichen Versorgungsbereichs zugeführt.

- (2) <sup>1</sup>Die Honorierung der ggf. nach § 76 Abs. 1a SGB V erforderlichen ambulanten Behandlungen in Krankenhäusern erfolgt generell zum Preis der regionalen EURO-Gebührenordnung. <sup>2</sup>Die entsprechenden Mittel werden arztgruppenspezifisch als Abschläge zum Preis für die die RLV/QZV überschreitenden Leistungsanteile nach § 10 Abs. 9 bzw. zulasten der entsprechenden arztgruppenbezogenen Honorarfonds gem. Absatz 1 finanziert.

## **§ 10**

### **Arzt- und praxisbezogene Regelleistungsvolumina Qualifikationsgebundene Zusatzvolumina (QZV)**

- (1) <sup>1</sup>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. <sup>2</sup>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. <sup>3</sup>Sofern innerhalb eines Basiszeitraumes grundsätzliche Änderungen der Bewertungen des EBM erfolgen, werden diese anhand von Umrechnungsfaktoren berücksichtigt. <sup>4</sup>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. 6 in entsprechender Höhe berücksichtigt.

<sup>5</sup>Behandlungsfälle und Leistungen ermächtigter Ärzte und Einrichtungen werden bei der Berechnung der RLV-Parameter entsprechend dem ggf. festgesetzten individuellen Anpassungsfaktor nach Satz 20 und 21 berücksichtigt.

<sup>6</sup>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. <sup>7</sup>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. <sup>8</sup>Für den hausärztlichen Versorgungsbereich wird zudem die Berechnung der Alterklassenfaktoren anhand der ab dem IV. Quartal 2013 geltenden Altersklassendifferenzierung der Versichertenpauschalen in 5 Altersklassen durchgeführt. <sup>9</sup>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.

<sup>10</sup>Gleichermaßen wird der zu gewährende Kooperationszuschlag gem. KBV-Vorgabe Teil D auf Basis der aktuellen Fallzahlen des Abrechnungsquartals festgesetzt. <sup>11</sup>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.

<sup>12</sup>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). <sup>13</sup>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. <sup>14</sup>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. |

<sup>15</sup>Die Bildung der in Satz 14 genannten Cluster entfällt für QZV-Leistungen, welche von weniger als 10 Ärzten einer Arztgruppe im jeweiligen Basiszeitraum gem. § 2 Abs. 4 abgerechnet wurden. <sup>16</sup>In den Fällen nach Satz 15 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 15 und 16 gelten insbesondere für die QZV Richtlinienpsychotherapie, Polysomnographie, Inkontinenzbehandlung sowie Praxisklinische Beobachtung und Betreuung.

<sup>17</sup>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.

<sup>18</sup>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. <sup>19</sup>Dieser ergibt sich als Verhältnis der Werte nach Satz 18 im Basiszeitraum und wird bei Bemessung der individuellen RLV herangezogen. <sup>20</sup>Für ermächtigte Ärzte, für die ein Anpassungsfaktor unter 1 zum Ansatz kommt, entfällt individuell die Begrenzung auf den LBKF 2,0. <sup>21</sup>In diesen Fällen erfolgt eine individuelle QZV-Ermittlung ohne Anwendung von Clustern analog zu Satz 13.

- (2) <sup>1</sup>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. <sup>2</sup>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. <sup>3</sup>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. <sup>4</sup>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) <sup>1</sup>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. <sup>2</sup>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. <sup>3</sup>Der Zusatzfallwert Teil-/Ganzkörperszintigraphie, Schilddrüsenszintigraphie, Myocardszintigraphie bzw. Nierenfunktionsdiagnostik ergibt sich jeweils als Differenz zum Fallwert nach Satz 1. <sup>4</sup>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) <sup>1</sup>Für Vertragsärzte mit Zulassungen für mehrere Fachgebiete wird der Fallwert zur Berechnung des RLV als arithmetischer Mittelwert der Fallwerte der vertretenen Arztgruppen gebildet. <sup>2</sup>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) <sup>1</sup>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. <sup>2</sup>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.

<sup>3</sup>Treffen mehrere Zuschlagskategorien in demselben Fall zu, so erfolgt die Zuordnung zur höherwertigen. <sup>4</sup>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.

<sup>5</sup>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.

<sup>6</sup>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.

<sup>7</sup>Unter Berücksichtigung des historischen Leistungsspektrums des Vertragsarztes kann aus Sicherstellungsgründen durch den Vorstand von der Minderung des Zusatzfallwertes abgewichen werden.

- (6) <sup>1</sup>Der Tätigkeitsumfang wird für Vertragsärzte mit Teilzulassung und für angestellte Ärzte in Analogie zu den in der Bedarfsplanungs-Richtlinie bestimmten Anrechnungsfaktoren festgelegt. <sup>2</sup>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) <sup>1</sup>Im Falle einer KV-übergreifenden Tätigkeit erfolgt keine Verrechnung nicht ausgeschöpfter RLV/QZV zwischen den KV-Bereichen. <sup>2</sup>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. <sup>3</sup>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) <sup>1</sup>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. <sup>2</sup>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,
- bis zur um 5% erhöhten durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe.
  - 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) <sup>1</sup>Der Vorstand kann aus Sicherstellungsgründen im Einzelfall die Fallzahlzuwachsbegrenzung aussetzen. <sup>2</sup>Darüber hinaus ist der Vorstand berechtigt, die Fallzahlzuwachs-begrenzungsregelung in Teilen bzw. in Gänze zu überprüfen und ggf. auszusetzen.

## **§ 12**

### **Unterversorgte Regionen**

<sup>1</sup>Gemäß § 87b Abs. 3 SGB V wird, sofern der Landesausschuss Beschlüsse nach § 100 Abs. 1 oder 3 SGB V getroffen hat, die Begrenzung nach § 11 für die entsprechenden Arztgruppen und Gebiete nicht angewendet. <sup>2</sup>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) <sup>1</sup>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 Leistungsbedarfskorrekturfaktor 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.
- <sup>2</sup>Dies ist insbesondere bei Neuzulassung der Fall. <sup>3</sup>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.
- <sup>4</sup>Gleiches kann für den Fall erfolgen, dass die Abrechnungsdaten des Basiszeitraumes nicht repräsentativ für das aktuelle Abrechnungsquartal sind. <sup>5</sup>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) <sup>1</sup>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 Fallzahlzuwachs-begrenzung 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 Vergleichs Quartal 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.
- f) einer verstärkten Annahme von akuten Behandlungsfällen während der Sprechstunde beruht, für welche taggleich oder am Vortag im Rahmen der ambulanten Notfallbehandlung an Krankenhäusern eine Abklärungspauschale nach den Ziffern 01205 bzw. 01207 EBM abgerechnet wurde.

<sup>2</sup>In Kooperationsformen wie MVZ und Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) mit mehreren Ärzten einer gleichen Arztgruppe gem. Anlage 1 kann im Antrags- oder Widerspruchsverfahren in begründeten Fällen bei einer Arztfallzahlsteigerung eines Arztes von mehr als 10% im Vergleich zum Vorjahresquartal eine temporäre arztgruppengleiche Verschiebung des Patientenaufkommens in dem Sinne ausgeglichen werden, dass für die betroffenen Ärzte die Fallzahlzuwachsbeschränkung und die Fallwertminderung gem. RLV-Beschluss Teil F Abschnitt I Nrn. 3.2.1 zeitlich befristet angepasst bzw. ausgesetzt werden kann. <sup>3</sup>Als Grund nach Satz 2 kann beispielsweise eine krankheits-, schwangerschafts- oder elternzeitbedingte Verlagerung des Patientenaufkommens gelten. <sup>4</sup>Anträge auf abweichende Regelungen zur RLV-Bildung sind spätestens innerhalb von vier Wochen nach Ende des antragsbezogenen Quartals bei der KVBB zu stellen.

- (2) <sup>1</sup>Von einer für die Versorgung bedeutsamen fachlichen Spezialisierung i.S.v. RLV-Beschluss Teil F Abschnitt I Nr. 3.7 wird grundsätzlich bei folgenden Schwerpunkten/Leistungsbereichen ausgegangen, wenn diese den Behandlungsschwerpunkt bestimmen:
- 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.

<sup>2</sup>Die Fallwerte für die Bildung der RLV für Vertragsärzte mit den in Satz 1 genannten Schwerpunkten/Leistungsbereichen werden in der Regel 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 Vergleichs quartalen (i.d.R. Basiszeitraum; mindestens ein und maximal vier Vergleichs quartale) angehoben (Anpassungsfaktor).

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

<sup>2</sup>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.

<sup>3</sup>In diesen Fällen kann der Fallwert für die Berechnung des RLV angehoben werden. <sup>4</sup>Die Erhöhung erfolgt um den Anteil der Überschreitung des normativen Fallwertes, für den die Spezialisierung des Arztes gegenüber der Arztgruppe ursächlich ist. <sup>5</sup>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) <sup>1</sup>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. <sup>2</sup>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.

<sup>3</sup>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) <sup>1</sup>Der Vorstand beobachtet die Auswirkungen der Honorarverteilung auf die einzelnen Arztgruppen. <sup>2</sup>Im Falle von erheblichen Verwerfungen kann der Vorstand Stützungsmaßnahmen für einzelne Arztgruppen festlegen.

## **§ 16 Inkrafttreten**

Dieser Honorarverteilungsmaßstab tritt zum 01.04.2018 in Kraft.

Anlage 1 zum HVM

| Arztgruppen  | Durchschnitt<br>Fallwert | Durchschnitt<br>Fallzahlen |
|--|--------------------------|----------------------------|
| <b>Hausärztlicher Versorgungsbereich</b>   |                          |                            |
| Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin,<br>Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte,<br>Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen<br>Versorgungsbereich angehören  |                          |                            |
| Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin  |                          |                            |
| <b>Fachärztlicher Versorgungsbereich</b>   |                          |                            |
| Fachärzte für Anästhesiologie  |                          |                            |
| Fachärzte für Augenheilkunde   |                          |                            |
| Fachärzte für Chirurgie, Kinderchirurgie, Chirurgie mit SP<br>Kinderchirurgie, Plastische Chirurgie, Chirurgie mit SP<br>Gefäßchirurgie, Herzchirurgie, Chirurgie mit SP Unfallchirurgie,<br>Neurochirurgie  |                          |                            |
| Fachärzte für Frauenheilkunde  |                          |                            |
| Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Fachärzte für<br>Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen  |                          |                            |
| Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten   |                          |                            |
| Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem<br>fachärztlichen Versorgungsbereich angehören, oder einem<br>nicht nephrologischen (Versorgungs-) Schwerpunkt, der in der<br>folgenden Aufzählung der Fachärzte für Innere Medizin mit<br>(Versorgungs-) Schwerpunkt nicht genannt ist   |                          |                            |
| Fachärzte für Innere Medizin mit<br>(Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie<br>(Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie<br>(Versorgungs-) Schwerpunkt Endokrinologie<br>(Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie<br>(Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/Onkologie<br>(Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie<br>(Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie |                          |                            |
| Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und<br>-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<br>(GOP 17310 bzw. 17311 EBM) | -                             |                |
| Schilddrüsenszintigraphie<br>(GOP 17320 bzw. 17321 EBM)     | -                             |                |
| Myocardszintigraphie<br>(GOP 17330 bzw. 17331 EBM)          | -                             |                |
| Nierenfunktionsdiagnostik<br>(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   |     |         |
| Fachärzte für Anästhesiologie  | Spirometrie   | 04330   |     |         |
|  | 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                        | 13571, 13573 bis 13576 <sup>2</sup>   |     |         |
|   | 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   | 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 |     |         |

<sup>2</sup> Zur Bestimmung der historischen Basis werden zusätzlich die obsoleten Gebührenordnungspositionen 13552 und 13554 herangezogen

| 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, sofern keine anderweitige Verteilung vorgegeben ist, hälftig auf die Versorgungsbereiche und zu 25% auf die Quartale aufgeteilt und wie folgt verwendet:

### **Hausärztlicher Versorgungsbereich:**

- Förderung der Mitbesuche nach der Ziffer 01413 (bzw. 01413H) EBM mit einem Zuschlag von 10,60 €, sofern nicht bereits eine zusätzliche Vergütung des Mitbesuches über die GOP 37113 EBM erfolgt,
- 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,

### **Fachärztlicher Versorgungsbereich:**

Folgende Leistungen werden über Zuschläge / Zusatzpunktwerte gefördert:

Über die Höhe der Zuschläge/ Zusatzpunktwerte einschließlich leistungsbereichsspezifischer Preisdifferenzierungen entscheidet die Vertreterversammlung durch gesonderten Beschluss.

- Mitbesuche nach der Ziffer 01413 (bzw. 01413H) EBM, sofern nicht bereits eine zusätzliche Vergütung des Mitbesuches über die GOP 37113 EBM erfolgt
- Transfusion von Blutprodukten (GOP 02110, 02111 EBM)
- vertragszahnärztliche Behandlung von Patienten mit eingeschränkter Kooperationsfähigkeit gem. § 87b Abs. 2 Satz 5 SGB V in Höhe von 20 € je entsprechend den Kodierungstabellen der KBV gekennzeichneten Grundpauschale nach den GOP 01320, 05210, 05211 bzw. 05212 EBM
- Behandlung von Kleinkindern beim Anästhesisten in Höhe von 10 € (GOP 05210 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)
- 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)
- Probatorische Sitzung (GOP 35150 EBM)
- Versandkosten gem. der GOP 40100 EBM



- 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
- Zur Sicherstellung einer gemischt konservativ / operierenden augenärztlichen Versorgung einzelner Augenärzte an ausgewählten Standorten kann ein Zuschlag zur GOP 06220 EBM durch den Vorstand gewährt werden.

Sofern die Höhe der für förderungswürdige Leistungen zur Verfügung stehenden Mittel vom Ansatz abweicht, kann versorgungsbereichsspezifisch ein Ausgleich zugunsten bzw. zulasten der Auszahlungsquote für die die RLV/QZV-überschreitenden Leistungsanteile vorgenommen bzw. vom Vorstand entsprechende abweichende Regelungen getroffen werden. Letztere sind der nächstmöglichen Vertreterversammlung zur Beschlussfassung vorzulegen. Für den Fall, dass infolge von EBM-Änderungen vergleichbare Fördertatbestände abgebildet werden, die eine Doppelvergütung nach sich ziehen, wird der Vorstand ermächtigt, mit Wirkung des Inkrafttretens der EBM-Änderung die Förderungen anzupassen bzw. nicht anzuwenden.