

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

beschlossen von der Vertreterversammlung am 23.03.2012

gültig ab: 01.04.2012

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 (Verbände der Krankenkassen) 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. 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 beispielsweise nach §§ 73b bzw. 73c SGB V vorgenommen werden, so wird sichergestellt, dass dies nicht zulasten von Ärzten (Beteiligten) geschieht, welche nicht an diesen Verträgen teilnehmen. Die aus der MGV bereinigten Mittel werden 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 dem Honorarfonds, aus denen die jeweilige Leistung vergütet wird, wieder zugeführt.

§ 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 bis maximal 75% der Höhe des Orientierungspunktwertes ausgeglichen werden.

§ 4 Honorarfonds für antrags- und genehmigungspflichtige psychotherapeutische Leistungen

Zur Vergütung der antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM von Beteiligten der in § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppen wird ein Honorarfonds gem. RLV-Beschluss Teil F Abschnitt I Nr. 2.4 Satz 1 unter Berücksichtigung des jeweiligen Basiszeitraums gem. § 2 Abs. 4, gesteigert um die für das Jahr 2012 für den Behandlungsbedarf

¹ veröffentlicht unter www.kvbb.de

vereinbarten Veränderungsdaten unter Einbeziehung der Versichertenentwicklung gem. KBV-Vorgabe Teil B, gebildet.

Über- und Unterschreitungen im Honorarfonds nach Satz 1 werden zugunsten bzw. zulasten des Honorarfonds nach § 9 Abs.6 ausgeglichen. Für darüber hinausgehende Über- bzw. Unterschreitungen erfolgt ein Ausgleich durch die Rückstellungen des fachärztlichen Versorgungsbereichs. Im Folgejahr findet eine Berücksichtigung durch eine entsprechende Erhöhung des kalkulatorischen Vorwegabzuges statt.

Die Vergütung der die Kapazitätsgrenze überschreitenden Leistungsanteile erfolgt entsprechend RLV-Beschluss Teil F Abschnitt I Punkt 2.4 unter Einhaltung der maximal im Honorarfonds zur Verfügung stehenden Mittel.

§ 5 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 gem. RLV-Beschluss Teil F Abschnitt I Nr. 2.5.2 unter Berücksichtigung des jeweiligen Basiszeitraums gem. § 2 Abs. 4, gesteigert um die für das Jahr 2012 für den Behandlungsbedarf vereinbarten Veränderungsdaten unter Einbeziehung der Versichertenentwicklung gem. KBV-Vorgabe Teil B, gebildet.

Aus dem Honorarfonds nach Satz 1 werden Teilhonorarfonds (THF) entsprechend dem Vergütungsanteil im jeweiligen Basiszeitraum gem. § 2 Abs. 4 für Bereitschaftsdienstpauschalen gem. Abs. 2 (THF A) und für Notfallbehandlungen durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser während der Zeiten des organisierten Bereitschaftsdienstes (THF B) gebildet.

- (2) Die Leistungen im organisierten Bereitschaftsdienst (THF A) werden anstelle der Vergütung gem. EURO-Gebührenordnung mit den entsprechenden Pauschalen gem. Sicherstellungsstatut vergütet.

- (3) Über- und Unterschreitungen im THF A werden zugunsten bzw. zulasten der versorgungsbereichsspezifischen Rückstellungen entsprechend den Anteilen gem. § 8 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.

§ 6 Honorarfonds für laboratoriumsmedizinische Untersuchungen

- (1) Zur Vergütung der Leistungen und Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM und der GOP 01320, 12210 sowie 12220 EBM wird ein Honorarfonds gem. RLV-Beschluss Teil F Abschnitt I Nr. 2.5.1 unter Berücksichtigung des jeweiligen Basiszeitraums gem. § 2 Abs. 4, gesteigert um die für das Jahr 2012 für den Behandlungsbedarf vereinbarten Veränderungsdaten unter Einbeziehung der Versichertenentwicklung gem. KBV-Vorgabe Teil B, gebildet.

- (2) Über- und Unterschreitungen im Honorarfonds nach Abs. 1 werden zugunsten bzw. zulasten der versorgungsbereichsspezifischen Rückstellungen entsprechend den Anteilen gem. § 8 ausgeglichen.

§ 7 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 vor Trennung der Vergütungsanteile gem. § 8 gespeist. In diesen Strukturfonds fließen Mittel der Krankenkassen in gleicher Höhe ein.

§ 8 Vergütungsanteile für hausärztliche und fachärztliche Versorgung

Die Trennung der Versorgungsbereiche erfolgt entsprechend RLV-Beschluss unter Beachtung der weiteren gesetzlichen Vorgaben, der KBV-Vorgabe Teil B sowie der Umsetzungsbeschlüsse des Vorstandes.

§ 9 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 Jahr 2012 für den Behandlungsbedarf vereinbarten Veränderungsrate unter Berücksichtigung der Versichertenentwicklung 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 Jahr 2012 für den Behandlungsbedarf vereinbarten Veränderungsrate unter Berücksichtigung der Versichertenentwicklung 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 nach RLV-Beschluss Teil F Abschnitt I Nr. 3.1.1 des fachärztlichen Versorgungsbereichs 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 Jahr 2012 für den Behandlungsbedarf vereinbarten Veränderungsraten unter Berücksichtigung der Versichertenentwicklung 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 Jahr 2012 für den Behandlungsbedarf vereinbarten Veränderungsraten unter Berücksichtigung der Versichertenentwicklung 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 Jahr 2012 für den Behandlungsbedarf vereinbarten Veränderungsraten unter Berücksichtigung der Versichertenentwicklung weiterentwickelt.
- (6) Zur Vergütung der nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Vertragsärzte und -therapeuten im fachärztlichen Versorgungsbereich wird 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 Jahr 2012 für den Behandlungsbedarf vereinbarten Veränderungsraten unter Berücksichtigung der Versichertenentwicklung weiterentwickelt. Über- und Unterschreitungen des Honorarfonds werden zugunsten bzw. zulasten des Honorarfonds gem. § 4 ausgeglichen. Die Vergütung der die Kapazitätsgrenze überschreitenden Leistungsanteile erfolgt entsprechend § 4 Satz 5.
- (7) 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 Jahr 2012 für den Behandlungsbedarf vereinbarten Veränderungsraten unter Berücksichtigung der Versichertenentwicklung, der EBM-Anpassungen zum II. Quartal 2011 und des mit dem Orientierungspunktwert bewerteten Leistungsbedarfs im jeweiligen Basiszeitraum gem. § 2 Abs. 4 gebildet.
Zur Einhaltung dieses Vergütungsvolumens werden quartalsbezogen praxisindividuelle Obergrenzen „Haus- und Heimbefuche“ nach den GOP 01410, 01413 und 01415 auf Basis der Summe des entsprechenden arztindividuellen durchschnittlichen Leistungsbedarfs des Basiszeitraums unter Berücksichtigung der EBM-Anpassungen zum II. Quartal 2011 festgelegt. Bis zu dieser Obergrenze erfolgt die Vergütung mit den Preisen der EURO-Gebührenordnung. Bei Überschreitung der praxisindividuellen Obergrenze erfolgt die Vergütung der Überschreitungsleistungen im Abrechnungsquartal mit dem Preis, der sich versorgungsbereichsspezifisch aus dem Verhältnis der im Honorarfonds noch verfügbaren Mittel und der noch zu vergütenden Leistungsmenge ergibt, maximal aber mit den Preisen der EURO-Gebührenordnung.
- (8) Zur Vergütung des Zuschlages zur Grundpauschale für konservativ tätige Augenärzte nach der GOP 06225 wird ein Honorarfonds gebildet. Dieser wird unter Beachtung des Basiszeitraums gem. § 2 Abs. 4 aus 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, gespeist.

(9) Sofern das zur Vergütung der Leistungen nach Abs. 3 bis 5 bzw. 8 zur Verfügung stehende Vergütungsvolumen nicht ausreicht, erfolgt honorarfondsspezifisch eine gleichmäßige Quotierung der Vergütungssätze.

Nicht ausgeschöpfte Vergütungsanteile der Honorarfonds nach Abs. 3, 4, 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.

(10) Abs. 1 bis 9 gelten nur für Leistungen, die Bestandteil der MGV sind.

§ 10

Arztgruppenbezogene Honorarfonds

Zur Vergütung der Leistungen von Vertragsärzten, für die kein RLV gem. § 11 gebildet wird, werden gem. RLV-Beschluss Teil F Anlage 5 folgende Honorarfonds unter Berücksichtigung 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 Sonstige Vertragsärzte für Leistungen von Fachärzten für Humangenetik, Biochemie oder Klinische Pharmakologie und Toxikologie und der weiteren Vertragsärzte, für die kein RLV gem. § 11 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 nach RLV-Beschluss Teil F Abschnitt I Nr. 3.1.1 des fachärztlichen Versorgungsbereichs ergibt. Die Gewährleistung der Vergütung in Höhe der in Satz 3 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.

§ 11

Arzt- und praxisbezogene Regelleistungsvolumina Qualifikationsgebundene Zusatzvolumina (QZV)

(1) Die Bildung der RLV und der QZV erfolgt halbjahresbezogen unter Berücksichtigung des jeweiligen Basiszeitraums gem. § 2 Abs. 4 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. Der danach zu gewährende Kooperationszuschlag wird nicht für Ärzte angewendet, deren RLV auf der Grundlage der tatsächlichen Fallzahl des Abrechnungsquartals berechnet wird. Bei der Bemessung der Anteile der Arztgruppen gem. Anlage 1 am versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumen wird der Anteil der Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde und Fachärzte für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen entsprechend der voraussichtlichen Entwicklung des Leistungsbedarfs gem. des BA-Beschluss in der 262. Sitzung in Höhe von 7,05 % angepasst. Darüber hinaus werden die gem. BA-Beschluss in der 262. Sitzung festgesetzten Umbewertungen der Grundpauschalen

im Zusammenhang mit onkologischen Leistungen und der Grundpauschalen der Augenärzte nach § 9 Abs. 8 bei der Bemessung der Anteile am Verteilungsvolumen 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 15 und 16 berücksichtigt.

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 9 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 10 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 10 und 11 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. RLV und QZV werden nach Maßgabe der in Satz 1 genannten Normen für die in Anlagen 1 und 2 genannten Arztgruppen unter Ansatz der dort aufgeführten Fallwerte festgesetzt.

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 15 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 9.

- (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 Leistung nach GOP 34502 EBM abgerechnet wurden. Der Leistungsbedarf und die Fälle, in denen MRT- und/oder CT- Leistungen gemäß Abschnitt 34.3 und 34.4 EBM sowie der GOP

34502 EBM abgerechnet wurden, werden der Berechnung des jeweiligen Zusatzfallwertes gem. Abs. 5 zugrunde gelegt. Der Zusatzfallwert CT einschließlich GOP 34502 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 Regelleistungsvolumen nach Abs. 1 ein Zuschlag gemäß Anlage 1a nach Leistungsfällen 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 im Vorjahresquartal 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 mit der RLV-Fallzahl des Vertragsarztes im Vorjahresquartal 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 3 Ärzte-ZV) wird als Faktor für den Tätigkeitsumfang der Wert von 0,25 zum Ansatz gebracht.

- (7) Leistungen außerhalb der MGV sowie die in den §§ 4 bis 6 sowie 9 und 10 genannten Leistungen unterliegen nicht dem Regelleistungsvolumen.

§ 12

Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen für nicht antrags- und genehmigungspflichtige psychotherapeutische Leistungen

Als Anteil der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze für die nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der

- Psychologischen Psychotherapeuten,
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten,
- Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie
- anderen ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Vertragsärzte gemäß den Kriterien der Bedarfsplanungsrichtlinien

gem. RLV-Beschluss Teil F Abschnitt I Nr. 4.2.2 werden je Vertragsarzt bzw. Psychotherapeut 4.920 Minuten je Abrechnungsquartal festgelegt.

§ 13

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) sofern in den vorangegangenen 7 Quartalen eine Anhebung der Fallzahl aufgrund einer Praxisbesonderheit i.S.d. § 16 Abs. 1 Buchstabe b) bis e) anerkannt wurde, oder
 - b) bis zur um 5% erhöhten durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe.

§ 14

Unterversorgte Regionen

Gemäß § 87b Abs. 3 SGB V wird, sofern der Landesausschuss Beschlüsse nach § 100 Abs. 1 oder 3 SGB V getroffen hat, die Begrenzung nach § 13 für die entsprechenden Arztgruppen und Gebiete nicht angewendet. Daneben findet die tatsächliche Fallzahl des Abrechnungsquartals für die Ermittlung des RLV und QZV Anwendung, wenn sie die des Vorjahresquartals überschreitet. 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.

§ 15

Neuzulassungen und Praxisübernahme

- (1) Für neu zugelassene Vertragsärzte wird in den ersten zwölf Abrechnungsquartalen für die Ermittlung des RLV die tatsächliche Fallzahl des Abrechnungsquartals herangezogen, maximal die durchschnittliche Fallzahl der Arztgruppe unter Berücksichtigung des Tätigkeitsumfangs. Steht eine Vergleichsfallzahl aus dem Vorjahresquartal zur Verfügung, findet diese Anwendung, sofern diese die tatsächliche Fallzahl des Abrechnungsquartals und/oder die durchschnittliche Fallzahl der Arztgruppe überschreitet.

Die Ermittlung der arztindividuellen QZV erfolgt für Neupraxen auf Basis der o.g. Fallzahlen sowie des aus dem entsprechenden Zeitraum resultierenden Leistungsbedarfs. Der Fall einer die Abrechnung eines QZV begründenden neu vorliegenden Genehmigung wird bei der Ermittlung des arztindividuellen LBKF in gleicher Weise geregelt.

Im Falle von Satz 1 erfolgt aufgrund der Bemessung anhand der individuellen Arztfallzahl keine Berücksichtigung des neu zugelassenen Vertragsarztes bei der Gewährung bzw. Festlegung des Zuschlages für Berufsausübungsgemeinschaften für die Praxis.

Bei neu zugelassenen Fachärzten für Diagnostische Radiologie oder für Nuklearmedizin erfolgt bei fehlender Vergleichsfallzahl auch die Ermittlung des Zuschlages zum RLV gem. § 11 Abs. 5 auf Basis der tatsächlichen Fallzahl des Abrechnungsquartals.

Als Neuzulassung gelten auch der Statuswechsel (z.B. von der Ermächtigung in die Niederlassung), der Wechsel des Versorgungsbereichs sowie der Praxisumzug in einen nicht benachbarten Planungsbereich.

War ein Vertragsarzt in dem für die Ermittlung der praxisindividuellen Obergrenze „Haus- und Heimbefuche“ zugehörigen Basiszeitraum nicht vollständig tätig, entspricht die Obergrenze dem Leistungsbedarf im Abrechnungsquartal.

- (2) Fehlt aus anderen Gründen eine Vergleichsfallzahl zur Ermittlung der RLV (z.B. wegen eines zwischenzeitlichen Ruhens der Zulassung) oder beträgt diese max. 10, wird das RLV unter Ansatz der durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe unter Berücksichtigung des Tätigkeitsumfangs errechnet. Abs. 1 Satz 1 gilt analog.
- (3) Wird eine RLV-relevante Veränderung nicht für ein ganzes Quartal wirksam, erfolgt die Berechnung des RLV unter Berücksichtigung des Quartalsanteils.
- (4) Bei der Übernahme der Patienten eines Vertragsarztes wird das RLV des übernehmenden Vertragsarztes unbeschadet der Regelungen in Abs. 1 unter Ansatz der Fallzahlen des Vorgängers in den vorangegangenen vier Abrechnungsquartalen gebildet, wenn die Tätigkeit des Vorgängers räumlich und fachlich im Sinne einer Praxisübernahme fortgeführt wird und der Vertragsarzt die KVBB von der Übernahme in Kenntnis setzt.

§ 16

Praxisbesonderheiten

- (1) Bei einer außergewöhnlich starken Erhöhung der Zahl der behandelten Versicherten um mehr als 15% im Vergleich zum Vorjahresquartal oder um mehr als 10% der durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe aufgrund
 - a) einer mindestens vierwöchigen (innerhalb von zwölf Wochen) urlaubs- oder krankheitsbedingten Vertretung eines Vertragsarztes einer Arztpraxis der gleichen Arztgruppe in der näheren Umgebung der Arztpraxis (Umkreis von 35 km) kann das RLV im Widerspruchsverfahren gegen den Honorarbescheid um die Anzahl dieser Vertretungsfälle angehoben werden;
 - b) der Aufgabe einer Zulassung oder genehmigten Tätigkeit eines Vertragsarztes der eigenen Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) kann das RLV auf Antrag oder im Widerspruchsverfahren gegen den Honorarbescheid unter Aufteilung der Arztfälle des beendenden Vertragsarztes aus dem Vergleichsquartal auf die verbleibenden Vertragsärzte der gleichen Arztgruppe paritätisch angehoben werden, es sei denn, diese teilen der KVBB gemeinsam eine andere Aufteilung mit. Die Fallzahl für die Berechnung des tatsächlichen RLV bei der Erteilung des Honorarbescheids ist auf die tatsächliche Fallzahl im Abrechnungsquartal begrenzt;

- c) der Aufgabe einer Zulassung oder genehmigten Tätigkeit eines Vertragsarztes der gleichen Arztgruppe in der näheren Umgebung der Arztpraxis binnen der letzten vier Abrechnungsquartale kann die für die Berechnung des RLV zugrunde liegende Fallzahl auf Antrag oder im Widerspruchsverfahren gegen den Honorarbescheid um die Anzahl der übernommenen Versicherten, welche in der Praxis des beendenden Vertragsarztes in den letzten vier Quartalen behandelt wurden, maximal aber auf die Fallzahl des Abrechnungsquartals, angehoben werden. Ist eine konkrete Übernahme von Versicherten in der Arztgruppe in der Regel nicht gegeben, erfolgt die Erhöhung um die Fallzahl des Vorjahresquartals der Praxis des beendenden Arztes, begrenzt auf die tatsächliche Fallzahl im Abrechnungsquartal. Bei Ärzten des hausärztlichen Versorgungsbereiches erfolgt die Anhebung unbeschadet der Voraussetzung nach Abs. 1 Satz 1, wenn mindestens 50 Versicherte übernommen wurden und die Fallzahl um diese Fälle (mind. 50) gestiegen ist;
- d) eines außergewöhnlichen und/oder durch den Vertragsarzt unverschuldeten Grundes, 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.), kann das RLV auf Antrag oder im Widerspruchsverfahren gegen den Honorarbescheid mit der durchschnittlichen Fallzahl aus den letzten beiden zur Verfügung stehenden Abrechnungsquartalen, in welchen die Einschränkung nicht vorlag, berechnet werden. Stehen keine Fallzahlen zur Verfügung, gilt die durchschnittliche Fallzahl der Arztgruppe unter Berücksichtigung des Tätigkeitsumfangs. § 15 Abs. 1 Satz 1 und 2 gilt analog.
- e) der Aufnahme einer genehmigten Zweigpraxistätigkeit neben der Niederlassung binnen der letzten vier Abrechnungsquartale kann die für die Berechnung des RLV zugrunde liegende Fallzahl auf Antrag oder im Widerspruchsverfahren gegen den Honorarbescheid auf die tatsächliche Fallzahl des Abrechnungsquartals angehoben werden.

Bei einer anerkannten Praxisbesonderheit i.S. der Buchstaben a) bis e) entfällt die Zuwachsbegrenzung gemäß § 13 Abs. 1.

Anträge auf abweichende Regelungen zur RLV-Bildung nach Buchstabe b) bis e) sind spätestens innerhalb von zwei 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 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 Vergleichs quartalen (mindestens ein und maximal vier Vergleichs quartale) angehoben.

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

Von „Praxisbesonderheiten“ wird ausgegangen

- bei einer Überschreitung des Volumens aus RLV und QZV um mindestens 30% und des Fallwertes der Arztgruppe des Arztes lt. Anlage 1 um mindestens 15% im Abrechnungsquartal aufgrund einer für die Versorgung bedeutsamen fachlichen Spezialisierung und
- unter der Voraussetzung, dass der jeweilige Anteil spezialisierter im RLV enthaltener Leistungen gemessen am RLV-Gesamtleistungsbedarf größer als 15% ist und sich im Vergleich zum entsprechenden Durchschnitt der Arztgruppe eine Überschreitung von mindestens 50% ergibt.

In diesen Fällen kann der Fallwert für die Berechnung des RLV um die Differenz dieses prozentualen Anteils zur Arztgruppe angehoben werden.

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. Dies gilt auch für überdurchschnittliche Überschreitungen der Obergrenze für Haus- und Heimbefuche gegenüber der Arztgruppe aufgrund von Praxisbesonderheiten.

§ 17 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.

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 (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 Nephrologie ² (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		

² inkl. ermächtigter Institute

Anlage 1a zum HVM

Zusatzfallwerte gem. § 11 Abs. 5 für Fachärzte für Diagnostische Radiologie

	durchschnittlicher Fallanteil	Zusatzfallwert
CT und GOP 34502 EBM		
MRT (ohne Abschnitt 34.4.7 EBM)		
MRT gem. Abschnitt 34.4.7 EBM	-	

Zusatzfallwerte gem. § 11 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		
	Richtlinienpsychotherapie II	35200, 35201, 35202, 35203, 35210, 35211, 35220, 35221, 35222, 35223, 35224, 35225		
	Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	30700, 30702, 30704, 30706, 30708		
	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760		
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092		
Sonographie III	33060, 33061, 33062			
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 I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150		
	Richtlinienpsychotherapie II	35200, 35201, 35202, 35203, 35210, 35211, 35220, 35221, 35222, 35223, 35224, 35225		
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092		
	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040		
	Spirometrie	04330		
Fachärzte für Anästhesiologie	Akupunktur	30790, 30791		
	Narkosen	05330, 05331, 05340, 05341, 05350		
	Richtlinienpsychotherapie II	35200, 35201, 35202, 35203, 35210, 35211, 35220, 35221, 35222, 35223, 35224, 35225		
	Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	30700, 30702, 30704, 30706, 30708		
	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760		

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM	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		
	Richtlinienpsychotherapie II	35200, 35201, 35202, 35203, 35210, 35211, 35220, 35221, 35222, 35223, 35224, 35225		
	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		
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 (Versorgungs-) Schwerpunkt, der in der Aufzählung der Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt in Anlage 2 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		
	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 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		

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		
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Nephrologie	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 Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	Gesprächsleistungen	14220, 14222		
	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150		
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 I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150		
	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 I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150		
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		