

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

beschlossen von der Vertreterversammlung am 29.11.2024

gültig ab: 01.01.2025

Präambel

¹Auf 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.

²Über die Umsetzung der Grundsätze der Honorarverteilung entscheidet der Vorstand. ³Er 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) ¹An der Honorarverteilung nehmen teil:
- niedergelassene Vertragsärzte,
 - Ärzte gem. § 24 Abs. 3 Satz 7 Ärzte-ZV,
 - Einrichtungen gem. § 402 Abs. 2 SGB V (entspricht § 311 Abs. 2 SGB V der bis zum 13.10.2020 gültigen Fassung),
 - medizinische Versorgungszentren gem. § 95 SGB V (MVZ),
 - Einrichtungen gem. § 105 Abs. 1c SGB V (Eigeneinrichtungen),
 - Einrichtungen gem. § 105 Abs. 5 SGB V,
 - psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten,
 - ermächtigte Ärzte und Fachwissenschaftler der Medizin,
 - ermächtigte Einrichtungen,
 - in Notfällen in Anspruch genommene Nichtvertragsärzte und Krankenhäuser sowie
 - Ärzte gem. § 37c Abs. 1 Satz 7 SGB V (AKI-Potenzialerhebung).

²Alle an der Honorarverteilung Teilnehmenden werden im Folgenden als Beteiligte bezeichnet.

§ 2

Grundsätze der Honorarverteilung

- (1) ¹Die 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. ²Darüber 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) inkl. qualifikationsgebundener Zusatzvolumina (QZV) 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 bzw. bei abweichenden Basiszeiträumen anhand der entsprechenden Quartale vorgenommen.
- (6) ¹Im Falle von Bereinigungen 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 bzw. Bereinigungen gemäß § 87a Abs. 3 Satz 7, 8 und 15 SGB V (TSVG²) wird grundsätzlich sichergestellt, dass dies nicht zulasten von Ärzten (Beteiligten) geschieht, welche nicht an diesen Verträgen oder Versorgungsformen teilnehmen bzw. keine Leistungen gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 Nummer 3 bis 6 SGB V abrechnen. ²Die aus der MGV bereinigten Mittel werden den dem Versorgungsauftrag des jeweiligen Vertrages bzw. den Leistungen ursprünglich entsprechenden Honorarfonds entnommen und sind diesen im Falle eventueller Rückbereinigungen wieder zuzuführen. ³Bei Selektivvertragsbereinigungen beispielsweise nach §§ 73b, 73c in der bis zum 22.07.2015 gültigen Fassung oder § 140a SGB V erfolgt grundsätzlich eine Berücksichtigung der Abzüge im Rahmen der Honorarfestsetzung bei den Selektivvertragsteilnehmern. ⁴Zahlungen für nicht vertragskonforme Inanspruchnahmen des Kollektivvertrages werden den Honorarfonds, aus denen die jeweilige Leistung vergütet wird, wieder zugeführt. ⁵In den entsprechenden Bereinigungsverträgen geregelte Details zu den arztseitigen Bereinigungsmodalitäten (z. B. zur Höhe von arztindividuellen Bereinigungsbeträgen) werden bei der Honorarverteilung berücksichtigt. ⁶Im Falle von Bereinigungen in Zusammenhang mit der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung gemäß § 116b SGB V können unter Berücksichtigung der vorgenannten Grundsätze vom Vorstand spezifische Vorgaben je nach Erkrankung getroffen werden, welche der nächstmöglichen Vertreterversammlung zur Beschlussfassung vorzulegen sind. ⁷Eine Bereinigung der RLV gemäß § 87a Abs. 3 Satz 7, 8 und 15 SGB V erfolgt zunächst durch Nichtberücksichtigung der entsprechenden Behandlungsfälle entsprechend § 10 Abs. 1 Satz 7. ⁸Sofern gemischte Behandlungsfälle auftreten, in denen sowohl bereinigungsrelevante als auch RLV-relevante Leistungen abgerechnet werden, kann eine zusätzliche arzt- bzw. praxisindividuelle Bereinigung erfolgen. ⁹Der Bereinigungsbetrag für Behandlungsfälle nach Satz 8 wird auf Basis der im Behandlungsfall entsprechend § 87a Abs. 3 Satz 5 Nummer 3 bis 6 SGB V außerhalb der MGV zu vergütenden Leistungsmenge, welche ursprünglich dem RLV bzw. QZV zuzurechnen war, unter Berücksichtigung der arztgruppenspezifischen Auszahlungsquote des Vorjahresquartals, bestimmt. ¹⁰Der Vorstand trifft konkretisierende

¹ veröffentlicht unter www.kvbb.de

² Terminservice- und Versorgungsgesetz

Vorgaben, 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 15 beziehen sich, soweit in diesen nichts anderes festgesetzt, ausschließlich auf Leistungen, die innerhalb der MGV vergütet werden.

§ 3 Rückstellungen

- (1) ¹Die 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).²Die 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) ¹Zur 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. ²Aus dem Honorarfonds nach Satz 1 werden zwei Teilhonorarfonds (THF) A bzw. B entsprechend den bei der Bestimmung des Grundbetrages relevanten Vergütungsanteilen gebildet. ³Der THF A umfasst den organisierten Bereitschaftsdienst und steht für die Vergütung der Bereitschaftsdienste gem. der geltenden Bereitschaftsdienstordnung in Verbindung mit dem geltenden Sicherstellungsstatut zur Verfügung. ⁴Aus dem THF B werden Notfallbehandlungen durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser finanziert.
- (2) ¹Die Leistungen im organisierten Bereitschaftsdienst (THF A) werden entsprechend der Regelungen des Sicherstellungsstatuts in der nach Abs.1 jeweils zutreffenden Fassung vergütet. ²Die 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, welche über Muster 10 angefordert werden sowie mit diesen im Zusammenhang stehenden Kostenpauschalen nach den GOPen 40089 bis 40095 EBM 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) ¹Sofern die im Honorarfonds Labor zur Verfügung stehenden Mittel nicht ausreichen, um alle Leistungen und Kostenerstattungen gem. EURO-Gebührenordnung zu vergüten, erfolgt zunächst eine gleichmäßige Quotierung der Leistungen des Kapitels 32 EBM inkl. des Labor-Wirtschaftlichkeitsbonus. ²Hierbei gilt gem. KBV-Vorgabe Teil A Nr. 7 eine Mindestquote in Höhe von 85 %. ³Sollte hierdurch die Einhaltung der zur Verfügung stehenden Mittel nicht gewährleistet werden können, erfolgt hiernach eine gleichmäßige Quotierung der im Honorarfonds Labor zu vergüteten Kostenpauschalen nach den GOPen 40089 bis 40095 EBM. ⁴Hierbei gilt gem. KBV-Vorgabe Teil A Nr. 7 ebenso eine Mindestquote in Höhe von 85 %.
- (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

¹Sofern 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. ²Die 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. ³In diesen Strukturfonds fließen Mittel der Krankenkassen in gleicher Höhe ein.

§ 7 Vergütungsvolumen für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung

- (1) ¹Die Trennung der Versorgungsbereiche erfolgt entsprechend der KBV-Vorgabe Teil B unter Beachtung der weiteren gesetzlichen Vorgaben sowie der Umsetzungsbeschlüsse des Vorstandes. ²Das 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) ¹Sofern 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 Punktwertes, welcher sich im Durchschnitt aller in Punkten bewerteten Leistungen des fachärztlichen Vergütungsvolumens nach § 7 ergibt. ²Die Quotierung nach Satz 1 findet für Kostenerstattungen analog Anwendung. ³Die Gewährleistung der Vergütung in Höhe der in Satz 1 genannten Quote erfolgt bei Bedarf zulasten der Rückstellungen des fachärztlichen Versorgungsbereiches. ⁴Im Falle eines Überschusses wird dieser den Rückstellungen des fachärztlichen Versorgungsbereiches zugeführt.
- (5) Es wird weiterhin entsprechend der KBV-Vorgaben ein eigener Grundbetrag für die kinderärztlichen Leistungen des Kapitels 4 EBM nach § 87b Absatz 1 Satz 3 SGB V zweiter Halbsatz gebildet. Die Leistungen dieses Grundbetrages werden mit den Preisen der EURO-Gebührenordnung vergütet. Sofern die Mittel des Grundbetrages den angeforderten Leistungsbedarf nach EURO-Gebührenordnung übersteigen, gelangen die noch verfügbaren Mittel über Zuschläge zur Auszahlung. Das Nähere hierzu wird gem. § 87a Abs. 3b Satz 3 SGB V mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen vereinbart.

§ 8

Leistungsbezogene Honorarfonds

- (1) ¹Zur 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 Veränderungsdaten unter Berücksichtigung der Versichertenentwicklung bzw. von grundsätzlichen Bewertungsänderungen der EURO-Gebührenordnung weiterentwickelt.
²Über- und Unterschreitungen in den Honorarfonds nach Satz 1 werden zugunsten bzw. zulasten der jeweiligen versorgungsbereichsspezifischen Rückstellungen ausgeglichen.
- (2) ¹Zur 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 Veränderungsdaten unter Berücksichtigung der Versichertenentwicklung bzw. von grundsätzlichen Bewertungsänderungen der EURO-Gebührenordnung weiterentwickelt.
²Sofern das zur Vergütung der Leistungen nach Satz 1 zur Verfügung stehende Vergütungsvolumen nicht ausreicht, erfolgt eine Quotierung des Punktwertes bis max. 85% des Punktwertes, welcher sich im Durchschnitt aller in Punkten bewerteten Leistungen des fachärztlichen Vergütungsvolumens nach § 7 ergibt. ³Die Gewährleistung der Vergütung in Höhe der in Satz 2 genannten Quote erfolgt bei Bedarf zulasten der Rückstellungen des fachärztlichen Versorgungsbereiches.

⁴Nicht 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 wird im fachärztlichen Versorgungsbereich 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.
- (4) Zur Vergütung der als Auftragsleistung durchgeführten Langzeit-EKG-Auswertungen nach den GOP 13253 und 27323 EBM wird im fachärztlichen Versorgungsbereich 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.
- (5) Zur Vergütung der Haus- und Heimbefuche nach den GOP 01410, 01413 und 01415 EBM wird im fachärztlichen Versorgungsbereich ein Honorarfonds auf Basis des Vergütungsvolumens, welches im jeweiligen Basiszeitraum gem. § 2 Abs. 4 auf diese Leistungen entfiel, gebildet und dieser um die für das aktuelle Abrechnungsjahr für den Behandlungsbedarf vereinbarten, nicht zweckgebundenen Veränderungsraten unter Berücksichtigung der Versichertenentwicklung bzw. von grundsätzlichen Bewertungsänderungen der EURO-Gebührenordnung weiterentwickelt.
- (6) Zur Vergütung des Zuschlages zur Grundpauschale für konservativ tätige Augenärzte nach der GOP 06225 wird im fachärztlichen Versorgungsbereich 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.
- (7) ¹Zur Vergütung der Balneophototherapie nach der GOP 10350 EBM wird im fachärztlichen Versorgungsbereich ein Honorarfonds gebildet. ²Die Höhe dieses Honorarfonds ergibt sich auf Basis der von den Krankenkassen entsprechend der 726. Sitzung des Bewertungsausschuss anteilig für bereichseigene Ärzte bereitgestellten Mittel. ³Hierbei werden die für das aktuelle Abrechnungsjahr für den Behandlungsbedarf vereinbarten, nicht zweckgebundenen Veränderungsraten und die Versichertenentwicklung berücksichtigt.
- (8) ¹Zur Vergütung der Kapselendoskopie nach den GOP 13425 bzw. 13426 EBM wird im fachärztlichen Versorgungsbereich ein Honorarfonds gebildet. ²Die Höhe dieses Honorarfonds ergibt sich auf Basis der von den Krankenkassen entsprechend der 726. i.V.m. der 740. Sitzung des Bewertungsausschuss anteilig für bereichseigene Ärzte bereitgestellten Mittel. ³Hierbei werden die für das aktuelle Abrechnungsjahr für den Behandlungsbedarf vereinbarten, nicht zweckgebundenen Veränderungsraten und die Versichertenentwicklung berücksichtigt.

- (9) ¹Im 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.
²Die entsprechenden Leistungen nach den GOP 01320, 05210, 05211, 05212 EBM sind entsprechend der Kodierungstabelle der KBV zu kennzeichnen. ³Über- und Unterschreitungen im Honorarfonds nach Satz 1 werden zugunsten bzw. zulasten der Rückstellungen des fachärztlichen Versorgungsbereichs ausgeglichen.
- (10) ¹Zur Vergütung der ärztlich angeordneten Hilfeleistungen von Praxismitarbeitern nach Abschnitt 38.2 EBM wird im fachärztlichen Versorgungsbereich 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.
²Über- und Unterschreitungen in den Honorarfonds nach Satz 1 werden zugunsten bzw. zulasten der fachärztlichen Rückstellungen ausgeglichen.
- (11) ¹Zur 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. ²Aus diesen werden Zuschläge zur sich anschließenden ambulanten Behandlung außerhalb der Notfallversorgung von Versicherten gezahlt, die im Rahmen einer Sprechstundentätigkeit taggleich bzw. am Folgetag erfolgt. ³Die Höhe des Zuschlages beträgt 10 € je Behandlungsfall. ⁴Das Vorliegen der Voraussetzung nach Satz 1 ist in der Praxis zu dokumentieren.
- (12) ¹Zur 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 12222 bis 12224 EBM) werden versorgungsbereichsspezifische Honorarfonds gebildet. ²Die eigenerbrachten Laborleistungen werden hierbei entsprechend des abrechnenden Arztes und die Leistungen der Laborgemeinschaften entsprechend des beziehenden Arztes den Versorgungsbereichen zugeordnet. ³Die Laborgrundpauschalen sind dem fachärztlichen Versorgungsbereich zuzurechnen. ⁴Die Höhe der Honorarfonds bemisst sich auf Basis des Vergütungsvolumens, welches im jeweiligen Basiszeitraum gem. § 2 Abs. 4 auf diese Leistungen entfiel. ⁵Dieses wird 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. ⁶Die Laborgrundpauschalen werden mit den Preisen der EURO-Gebührenordnung vergütet. ⁷Für die restlichen Laborleistungen kommt die Quote gem. § 5 Abs. 2 Satz 1 zum Ansatz. ⁸Über- und Unterschreitungen in den Honorarfonds nach Satz 1 werden zugunsten bzw. zulasten der jeweiligen versorgungsbereichsspezifischen Rückstellungen ausgeglichen.

- (13) ¹Im fachärztlichen Versorgungsbereich wird ein Honorarfonds zur Förderung der Grundversorgung gebildet. ²Aus diesem wird eine gleichmäßige Anhebung der RLV-Fallwerte aller fachärztlichen RLV-Arztgruppen um 2 € finanziert. ³Die Höhe des Honorarfonds wird anhand der voraussichtlich hierfür benötigten Mittel bemessen.
- (14) ¹Zur Förderung der Übermittlung elektronischer Briefe (eArztbrief) für Ärzte in anerkannten Praxisnetzen werden versorgungsbereichsspezifische Honorarfonds gebildet. ²Aus diesen wird ein Zuschlag zur entsprechenden EBM-Ziffer in Höhe von jeweils 5 ct pro versendeten bzw. empfangenen eArztbrief vergütet.
- (15) ¹Sofern das zur Vergütung der Leistungen nach Abs. 3 bis 8 zur Verfügung stehende Vergütungsvolumen nicht ausreicht, erfolgt honorarfondsspezifisch eine gleichmäßige Quotierung der Vergütungssätze. ²Nicht ausgeschöpfte Vergütungsanteile der Honorarfonds nach Abs. 3 bis 8 werden honorarfondsspezifisch in das Folgequartal übertragen und Überschüsse des IV. Quartals den jeweiligen versorgungsbereichsspezifischen Rückstellungen zugeführt. ³Sofern ausreichend Mittel im Honorarfonds Facharzt zur Verfügung stehen, kann durch den Vorstand im Falle einer Überschreitung des Honorarfonds nach Abs. 5 die Quotierung quartalsweise ausgesetzt werden. ⁴Stützungen des Honorarfonds nach Abs. 5 entsprechend Satz 3 bzw. des Honorarfonds nach Abs. 2 entsprechend Abs. 2 Satz 3 bleiben bei der Fortentwicklung der Honorarfonds im Folgejahr unberücksichtigt. ⁵Sofern im Basiszeitraum gem. § 2 Abs. 4 eine epidemische Lage von nationaler Tragweite bestand, sollen Nichtausschöpfungen der Honorarfonds nach den Absätzen 1 bis 10 bzw. 12 im Basiszeitraum nicht zu einer Absenkung der Fondshöhe führen. ⁶In diesem Falle kommt honorarfondsspezifisch anstelle des Vergütungsvolumens, welches im jeweiligen Basiszeitraum gem. § 2 Abs. 4 auf die entsprechenden Leistungen entfiel, die kalkulatorische Fondshöhe des Basiszeitraumes für die Weiterentwicklung der Honorarfonds zum Ansatz. ⁷Sofern in den Honorarfonds nach Abs. 2 bis 10 eine Erhöhung aufgrund von grundsätzlichen Bewertungsänderungen der EURO-Gebührenordnung erfolgt, ist hierbei der Punktwert, welcher sich im Durchschnitt aller in Punkten bewerteten Leistungen des versorgungsbereichsspezifischen Vergütungsvolumens nach § 7 ergibt, anzuwenden.
- (16) Abs. 1 bis 12 gelten nur für Leistungen, deren Vergütung nicht bereits in den §§ 4 bis 7 geregelt ist.

§ 9

Arztgruppenbezogene Honorarfonds

- (1) ¹Zur Vergütung der übrigen Leistungen von Vertragsärzten, für die kein RLV gem. § 11 gebildet wird, werden gem. RLV-Beschluss Teil F Anlage 5 folgende Honorarfonds unter Berücksichtigung der Leistungsanteile des jeweiligen Basiszeitraums gem. § 2 Abs. 4 sowie anteiliger Einrechnung der für die Überschreitungsleistungen reservierten Mittel 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,
6. Honorarfonds Kinder- und Jugendpsychiatrie für Leistungen von Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie.

²Den Honorarfonds nach Satz 1 unterliegen nicht Leistungen, die anderen nach diesem HVM gebildeten Honorarfonds zuzuordnen sind. ³Sofern 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 Punktwertes, welcher sich im Durchschnitt aller in Punkten bewerteten Leistungen des fachärztlichen Vergütungsvolumens nach § 7 ergibt. ⁴Die Gewährleistung der Vergütung in Höhe der in Satz 3 genannten Quote erfolgt bei Bedarf zulasten der Rückstellungen des fachärztlichen Versorgungsbereichs. ⁵Nicht ausgeschöpfte Vergütungsanteile werden in das Folgequartal übertragen und Überschüsse des IV. Quartals den Rückstellungen des fachärztlichen Versorgungsbereichs zugeführt.

- (2) ¹Die Honorierung der ggf. nach § 76 Abs. 1a SGB V erforderlichen ambulanten Behandlungen in Krankenhäusern erfolgt generell zum Preis der regionalen EURO-Gebührenordnung. ²Die entsprechenden Mittel werden arztgruppenspezifisch als Abschläge zum Preis für die die RLV/QZV überschreitenden Leistungsanteile nach § 11 Abs. 11 bzw. zulasten der entsprechenden arztgruppenbezogenen Honorarfonds gem. Abs. 1 finanziert.

§ 10

Vergütung im hausärztlichen Versorgungsbereich

¹Für Fachärzte für Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören sowie Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin werden die Leistungen innerhalb der MGV, welche nicht den Regelungen der §§ 4, 5, 7 Abs. 5 und 8 unterliegen, gemäß der regionalen EURO-Gebührenordnung vergütet.

²Sofern die Mittel im hausärztlichen Vergütungsvolumen gemäß § 7 Abs. 1 hierfür nicht ausreichen, erfolgt eine gleichmäßige Quotierung, wobei eine Auszahlungsquote von mindestens 95% garantiert wird.

³Wenn nach unquotierter Vergütung der Leistungen nach Satz 1 weitere Mittel verfügbar sind, werden Strukturpauschalen in Form eines Zuschlages zu den Versichertenpauschalen (GOP 03000 EBM bzw. 04000 EBM) gewährt.

⁴Voraussetzung für die Gewährung eines Strukturzuschlages je Praxis in der Arztgruppe der Fachärzte für Allgemeinmedizin, Praktischen Ärzte und Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören, ist die Abrechnung von 5 der 9 nachfolgend genannten Leistungsbereiche

- Besuche nach den GOP 01410 bis 01415 EBM,
- chronische Wunden, kleinchirurgischer Eingriff nach den GOP 02300, 02302 und 02310 EBM,
- sonographische Untersuchung nach den GOP 33011, 33012, 33042 und 33043 EBM,
- Ergometrie nach der GOP 03321 EBM,
- Langzeit-Blutdruckmessung nach der GOP 03324 EBM,
- spiographische Untersuchung nach der GOP 03330 EBM,
- Chirotherapie nach den GOP 30200 und 30201 EBM,
- Psychosomatik nach den GOP 35100 und 35110 EBM,
- Allergologie nach den GOP 30110, 30111 und 30130 EBM

von Ärzten der oben genannten Arztgruppe.

⁵Hinsichtlich der Besuchsziffern ist eine Abrechnung von mindestens 10 Besuchen je vollem Versorgungsauftrag für die Erfüllung des Leistungsbereiches erforderlich.

⁶Entsprechendes gilt für die Arztgruppe der Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, wenn je Praxis die Abrechnung von 3 der 5 nachfolgend genannten Leistungsbereiche

- spiographische Untersuchung nach der GOP 04330 EBM,
- sonographische Untersuchung des Abdomens nach der GOP 33042 EBM oder Schilddrüse nach der GOP 33012 EBM oder Säuglingshüfte nach den GOP 33051 bzw. 01722 EBM,
- Audiometrie nach der GOP 04335 EBM,
- Psychosomatik nach den GOP 35100 und 35110 EBM,
- Allergologie nach den GOP 30110, 30111 und 30130 EBM

von Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin erfolgt.

⁷Die Höhe des Strukturzuschlages beträgt grundsätzlich 1 €. ⁸Der Vorstand kann unter Beachtung der zur Verfügung stehenden Mittel eine von Satz 7 abweichende Höhe des Strukturzuschlages festlegen, die Gewährung des Strukturzuschlags im Falle einer konkurrierenden Bundesregelung aussetzen oder im Falle einer EBM-Änderung den Strukturzuschlag absenken oder streichen.

§ 11

Vergütung im fachärztlichen Versorgungsbereich

- (1) Für Fachärzte des fachärztlichen Versorgungsbereichs gemäß Anlage 1 erfolgt die Vergütung entsprechend § 2 Abs. 3 auf der Basis von Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen unter Beachtung der folgenden Regelungen.
- (2) ¹Die Bildung der RLV und der QZV (insbesondere die Ermittlung der Fallwerte) erfolgt halbjahresbezogen unter Berücksichtigung des jeweiligen Basiszeitraums bzw. der EBM-Weiterentwicklung 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. ²Zur Bestimmung des RLV-Verteilungsvolumens wird das gem. den KBV-Vorgaben Teil B gebildete Vergütungsvolumen-zusätzlich um die für die Grundbeträge genetisches Labor und PFG gebildeten Honorarfonds sowie die noch nicht berücksichtigten leistungsbezogenen Honorarfonds bereinigt. ³Sofern innerhalb eines Basiszeitraumes grundsätzliche Änderungen der Bewertungen des EBM erfolgen, werden diese anhand von Umrechnungsfaktoren berücksichtigt.
⁴Behandlungsfälle 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.
⁵Die 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. ⁶Hierbei, 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, wobei nur Fälle berücksichtigt werden, in denen Leistungen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, welche dem RLV oder QZV unterliegen, zur Abrechnung gelangen. ⁷Für 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.
⁸Gleichermaßen wird der zu gewährende Kooperationszuschlag gem. KBV-Vorgabe Teil D auf Basis der aktuellen Fallzahlen des Abrechnungsquartals festgesetzt und auf die Höhe der

Regelleistungsvolumen angewendet. ⁹Hierbei 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. ¹⁰Vertragsärzte aus Arztgruppen, welche nicht in der Anlage 1 aufgeführt sind, werden bei der Bemessung der RLV-Fallzahlen und Kooperationszuschläge zum Regelleistungsvolumen der Praxis nicht berücksichtigt.

¹¹Darüber 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). ¹²Dieser 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. ¹³Hierbei 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.

¹⁴Die Bildung der in Satz 13 genannten Cluster entfällt für QZV-Leistungen, welche von weniger als 10 Ärzten einer Arztgruppe im jeweiligen Basiszeitraum gem. § 2 Abs. 4 abgerechnet wurden. ¹⁵In den Fällen nach Satz 14 erfolgt eine QZV-Ermittlung auf Basis der individuellen QZV-Leistungsanforderung je RLV-relevanten Fall nach RLV-Beschluss Teil F Abschnitt I Nr.2.6 im jeweiligen Basiszeitraum gem. § 2 Abs. 4. ¹⁶Satz 14 und 15 gelten insbesondere für die QZV Richtlinienpsychotherapie, Polysomnographie, Inkontinenzbehandlung sowie Praxisklinische Beobachtung und Betreuung.

¹⁷Bei der Berechnung des QZV für die schmerztherapeutische spezielle Versorgung wird der Vergütungsanteil, der einer durchschnittlichen arztgruppenspezifischen Grundpauschale entspricht, für die Häufigkeit der berechneten GOP 30700 EBM vom QZV schmerztherapeutische spezielle Versorgung in das RLV transferiert.

¹⁸Für 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. ¹⁹Dieser ergibt sich als Verhältnis der Werte nach Satz 18 im Basiszeitraum und wird bei Bemessung der individuellen RLV herangezogen. ²⁰Für ermächtigte Ärzte, für die ein Anpassungsfaktor unter 1 zum Ansatz kommt, entfällt individuell die Begrenzung auf den LBKF 2,0. ²¹In diesen Fällen erfolgt eine individuelle QZV-Ermittlung ohne Anwendung von Clustern analog zu Satz 15.

- (3) ¹Für 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 Leistungen der Mammographie gem. Abschnitt 34.2.7 EBM, 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. ²Der Leistungsbedarf und die Fälle, in denen Leistungen der Mammographie gem. Abschnitt 34.2.7 EBM, 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. 6 zugrunde gelegt. ³Der Zusatzfallwert Mammographie gem. Abschnitt 34.2.7 EBM, CT einschließlich den GOP 34504, 34505 EBM, MRT-Angiographien nach Abschnitt 34.4.7 EBM

bzw. übrige MRT-Leistungen des Abschnitts 34.4 EBM ergibt sich jeweils als Differenz zum Fallwert nach Satz 1. ⁴Die Berechnungen nach Satz 1 bis 3 erfolgen entsprechend den in Abs. 2 Satz 1 genannten Normen und unter Beachtung des Anteils der Radiologen am RLV-Vergütungsvolumen der Fachärzte.

- (4) ¹Für 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. ²Der Leistungsbedarf und die Fälle, bei denen die in Satz 1 genannten szintigraphischen Untersuchungen abgerechnet wurden, werden der Berechnung des jeweiligen Zusatzfallwertes gem. Abs. 6 zugrunde gelegt. ³Der Zusatzfallwert Teil-/Ganzkörperszintigraphie (Zuschlagskategorie unterteilt in die Ausprägungen I und II), Schilddrüsenszintigraphie, Myocardszintigraphie (Zuschlagskategorie unterteilt in die Ausprägungen I, II, III und IV) bzw. Nierenfunktionsdiagnostik ergibt sich jeweils als Differenz zum Fallwert nach Satz 1. ⁴Die Berechnungen nach Satz 1 bis 3 erfolgen entsprechend den in Abs. 2 Satz 1 genannten Normen und unter Beachtung des Anteils der Nuklearmediziner am RLV-Vergütungsvolumen der Fachärzte.
- (5) ¹Für Vertragsärzte mit Zulassungen für mehrere Fachgebiete wird der Fallwert zur Berechnung des RLV als arithmetischer Mittelwert der Fallwerte der vertretenen Arztgruppen gebildet. ²Die 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.
- (6) ¹Für Vertragsärzte der Arztgruppen Diagnostische Radiologie und Nuklearmedizin wird zum RLV nach Abs. 1 ein Zuschlag gemäß Anlage 1a auf Basis von Leistungsfallanteilen nach Zuschlagskategorien ggf. unterteilt nach Zuschlagsausprägung im Basiszeitraum gem. § 2 Abs. 4 gewährt. ²Der Leistungsfallanteil einer Zuschlagskategorie berechnet sich als Anzahl der Leistungsfälle der entsprechenden Kategorie im Verhältnis zur Gesamtanzahl der RLV-relevanten Arztfälle. ³Dabei gilt als Leistungsfall einer Zuschlagskategorie jeder RLV-relevante Arztfall, in dem die der Kategorie entsprechende GOP-Kombination abgerechnet wurde. ⁴Für die Arztgruppen Diagnostische Radiologie bzw. Nuklearmedizin werden die verschiedenen GOP-Kombination pro Zuschlagskategorie anhand der in Anlage 1a aufgeführten EBM-Ziffern gebildet. ⁵Bei Fachärzten für Diagnostische Radiologie wird differenziert nach den Zuschlägen MRT-Angiographie, übrige MRT-Leistungen, CT-Leistungen bzw. Mammographie. ⁶Bei Fachärzten für Nuklearmedizin erfolgt die Unterscheidung der Zuschläge nach Myocardszintigraphie, Teil-/Ganzkörperszintigraphie, Schilddrüsenszintigraphie bzw. Nierenfunktionsdiagnostik, wobei die Kategorie Myocardszintigraphie aus vier und die der Teil-/Ganzkörperszintigraphie aus zwei verschiedenen Zuschlagsausprägungen besteht. ⁷Treffen mehrere Zuschlagskategorien in demselben Fall zu, so erfolgt die Zuordnung zur höherwertigen. ⁸Je Vertragsarzt ergibt sich für die Bereiche MRT-Angiographie, übrige MRT-Leistungen, CT oder Mammographie bzw. Teil-/Ganzkörperszintigraphie (unterteilt in die Ausprägungen I und II), Schilddrüsenszintigraphie, Myocardszintigraphie (unterteilt in die Ausprägungen I, II, III und IV) bzw. Nierenfunktionsdiagnostik ein Leistungsfallanteil bezogen auf die RLV-relevante Arztfallzahl. ⁹Der 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. ¹⁰RLV-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. ¹¹Unter Berücksichtigung des historischen Leistungsspektrums des Vertragsarztes kann aus

Sicherstellungsgründen durch den Vorstand von der Minderung des Zusatzfallwertes abgewichen werden.

- (7) ¹Der Tätigkeitsumfang wird für Vertragsärzte mit Teilzulassung und für angestellte Ärzte in Analogie zu den in der Bedarfsplanungs-Richtlinie bestimmten Anrechnungsfaktoren festgelegt. ²Für 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 7 Ärzte-ZV) wird als Faktor für den Tätigkeitsumfang der Wert von 0,25 zum Ansatz gebracht.
- (8) ¹Im Falle einer KV-übergreifenden Tätigkeit erfolgt keine Verrechnung nicht ausgeschöpfter RLV/QZV zwischen den KV-Bereichen. ²Der Kooperationszuschlag gem. KBV-Vorgabe Teil D wird ausschließlich auf Basis der Fälle errechnet, denen eine Behandlung an Praxisorten im Zuständigkeitsbereich der KVBB zugrunde liegt. ³Vertragsärzte 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.
- (9) ¹Die zur Steuerung der Fallwertabstaffelung nach Punkt 3.2.1 RLV-Beschluss festzulegende durchschnittliche RLV-Fallzahl (DFZ) einer Arztgruppe wird gemäß Anlage 1 unter Beachtung des Basiszeitraumes quartalsweise berechnet und ausgewiesen. ²Grundsätzlich wird diese als Mittelwert der Ärzte der jeweiligen Arztgruppe festgesetzt. Hierbei werden Ärzte mit einem Tätigkeitsumfang von unter 1 auf einen vollen Tätigkeitsumfang normiert und anteilig eingerechnet. ³Der Ermittlung der DFZ liegen die kurativ-ambulanten Arztfälle gemäß § 21 Abs. 1b und Abs. 2 BMV-Ä zugrunde. Ausgenommen sind Fälle im organisierten Bereitschaftsdienst, Überweisungsfälle zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen und Fälle, in denen ausschließlich Leistungen und Kostenerstattungen abgerechnet wurden, die nicht dem Regelleistungsvolumen oder qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen unterliegen. ⁴Sofern in einer Arztgruppe Bereinigungen in Verbindung mit § 2 Abs. 6 vorzunehmen sind, werden abweichend hiervon bei der Bemessung der DFZ die kurativ-ambulanten Arztfälle, welche durch die Bereinigung nicht mehr dem RLV bzw. QZV unterliegen, grundsätzlich weiterhin herangezogen. ⁵Der Vorstand trifft konkretisierende Vorgaben zur Bestimmung der DFZ. ⁶Der Vorstand kann hierbei auch mehrjährig gewichtete Durchschnitte für die Bestimmung der DFZ heranziehen.
- (10) Leistungen außerhalb der MGV sowie die in den §§ 4, 5, 7 Abs. 2 sowie §§ 8 und 9 genannten Leistungen unterliegen nicht dem Regelleistungsvolumen.
- (11) ¹Die Vergütung der die RLV/QZV überschreitenden Leistungsanteile erfolgt im fachärztlichen Versorgungsbereich 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. ²Hierbei werden arztgruppenspezifische Zu- bzw. Abschläge entsprechend der Regelungen gem. § 9 Abs. 2 berücksichtigt.

§ 12

Fallzahlzuwachsbegrenzung

- (1) ¹Zur Steuerung der RLV-Fallzahl wird eine Obergrenze für Ärzte aus Arztgruppen gemäß Anlage 1 festgelegt. ²Diese ergibt sich anhand der RLV-Fallzahl des Abrechnungsquartals unter Berücksichtigung eines Begrenzungsfaktors. ³Zur Ermittlung des Begrenzungsfaktors werden die arztindividuellen Summen der RLV-relevanten Arztfallzahl und der kurativ-ambulanten Arztfälle, welche aufgrund der Regelungen des § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 3 bis 6

SGB V (TSVG) nicht mehr dem RLV bzw. QZV unterliegen, jeweils im Vorjahresquartal (FZ₁) und im Abrechnungsquartal (FZ₂) ermittelt.

⁴Sofern die Fallzahl im Abrechnungsquartal (FZ₂) die um 5% gesteigerte Fallzahl im Vorjahresquartal (FZ₁) oder die unter Beachtung des Tätigkeitsumfangs um 5% gesteigerte DFZ nicht übersteigt, kommt keine Begrenzung zum Tragen. ⁵Der Begrenzungsfaktor beträgt in diesem Falle 1.

⁶Andernfalls ergibt sich der Begrenzungsfaktor als Verhältnis zwischen dem um 5% gesteigerten Maximum der Fallzahl im Vorjahresquartal (FZ₁) bzw. der DFZ (unter Beachtung des Tätigkeitsumfangs) und der Fallzahl im Abrechnungsquartal (FZ₂).

- (2) Die Zuwachsbegrenzung entfällt,
- a) sofern sich in BAG, Einrichtungen, MVZ und Praxen mit angestellten Ärzten die RLV-relevante Behandlungsfallzahl zzgl. der Zahl der kurativ-ambulanten Behandlungsfälle, welche aufgrund der Regelungen des TSVG nicht mehr dem RLV bzw. QZV unterliegen, im Abrechnungsquartal nicht um mehr als 5% im Vergleich zum Vorjahresquartal bei unverändertem Versorgungsauftrag (gleiche Arztgruppen unter Berücksichtigung des Tätigkeitsumfangs) gesteigert hat.
 - b) wenn der Zuwachs auf einer anerkannten Praxisbesonderheit gemäß § 15 Abs. 1 beruht.
 - c) für Ärzte, die einen Assistenten im Rahmen der Weiterbildung nach § 75a SGB V beschäftigen.
- (3) ¹Der Vorstand kann aus Sicherstellungsgründen im Einzelfall die Fallzahlzuwachsbegrenzung aussetzen. ²Darüber hinaus ist der Vorstand berechtigt, die Fallzahlzuwachsbegrenzungsregelung in Teilen bzw. in Gänze zu überprüfen und ggf. auszusetzen.

§ 13

Unterversorgte Regionen

¹Gemäß § 87b Abs. 3 SGB V wird, sofern der Landesausschuss Beschlüsse nach § 100 Abs. 1 oder 3 SGB V getroffen hat, die Begrenzung nach § 12 für die entsprechenden Arztgruppen und Gebiete nicht angewendet. ²Der Vorstand kann im Einzelfall weitergehende Maßnahmen bis hin zur Ausnahme einzelner Ärzte von der Mengensteuerung treffen, sofern dies zur Gewährleistung der Sicherstellung erforderlich ist.

§ 14

Neuzulassungen und neue Genehmigungen

- (1) ¹Die Ermittlung der RLV/QZV-Parameter, die auf der Grundlage von Abrechnungsdaten aus einem Basiszeitraum ermittelt werden (QZV gemäß § 11 Abs. 2 Satz 15 bzw. § 11 Abs. 5, arztindividueller Leistungsbedarfskorrekturfaktor gemäß § 11 Abs. 2 Satz 11, Anpassungsfaktoren gemäß § 11 Abs. 2 Satz 18 und § 15 Abs. 2, Zuschläge gemäß § 11 Abs. 6), 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.
- ²Dies ist insbesondere bei Neuzulassung der Fall. ³Als 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.
- ⁴Gleiches kann für den Fall erfolgen, dass die Abrechnungsdaten des Basiszeitraumes nicht repräsentativ für das aktuelle Abrechnungsquartal sind. ⁵Als 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.

§ 15

Praxisbesonderheiten

- (1) ¹Bei einer außergewöhnlich starken Erhöhung der Zahl der behandelten Versicherten im Abrechnungsquartal im Vergleich zum Vorjahresquartal um mehr als 10% der durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe kann im Antrags- oder Widerspruchsverfahren gegen den Honorarbescheid die Fallzahlzuwachsbeschränkung für das Abrechnungsquartal und die drei der Besonderheit nach Buchstabe b) oder d) folgenden Quartale entfallen, sofern der Zuwachs auf
- a) einer mindestens vierwöchigen (innerhalb von zwölf Wochen) urlaubs- und/oder krankheitsbedingten Vertretung eines Vertragsarztes einer Arztpraxis der gleichen Arztgruppe in der näheren Umgebung der Arztpraxis (Umkreis von 35 km) beruht.
 - b) der Aufgabe einer Zulassung oder genehmigten Tätigkeit eines Vertragsarztes der gleichen Arztgruppe in der eigenen BAG oder der näheren Umgebung der Arztpraxis (Umkreis von 35 km) binnen der letzten vier Abrechnungsquartale beruht, sofern die Tätigkeit nicht durch eine Nachbesetzung fortgeführt wird.
 - c) einem außergewöhnlichen und/oder durch den Vertragsarzt unverschuldeten Grund, der zu einer niedrigeren Fallzahl des Vertragsarztes im Vergleichsquartal geführt hat (hierzu zählt eine mindestens vierwöchige Tätigkeitsunterbrechung beispielsweise aufgrund von Krankheit oder Fortbildung des Vertragsarztes je Quartal), beruht.
 - d) der Aufnahme einer genehmigten Zweigpraxistätigkeit neben der Niederlassung binnen der letzten vier Abrechnungsquartale beruht.
 - e) einer verstärkten Annahme von Überweisungs- bzw. Auftragsfällen nach § 75 Abs. 1a SGB V beruht, in denen ein Anspruch auf Vermittlung innerhalb von 4 Wochen bestand.
 - f) einer verstärkten Annahme von akuten Behandlungsfällen während der Sprechstunde gem. § 8 Abs. 9 beruht.

²In 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. ³Als Grund nach Satz 2 kann beispielsweise eine krankheits-, schwangerschafts- oder elternzeitbedingte Verlagerung des Patientenaufkommens gelten. ⁴Anträge auf abweichende Regelungen zur RLV-Bildung sind spätestens innerhalb von vier Wochen nach Ende des antragsbezogenen Quartals bei der KVBB zu stellen.

- (2) ¹Von 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:
- Neurochirurgie,
 - invasive Tätigkeit entsprechend der Vereinbarung zur invasiven Kardiologie bei Kardiologen.

²Die 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 Vergleichsquartalen (i.d.R. Basiszeitraum; mindestens ein und maximal vier Vergleichsquartale) angehoben (Anpassungsfaktor).

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

²Von „Praxisbesonderheiten“ wird ausgegangen

- bei einer um mindestens 10 Prozentpunkte höheren Überschreitung des Volumens aus RLV und QZV als im Durchschnitt des fachärztlichen 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.

³In diesen Fällen kann der Fallwert für die Berechnung des RLV angehoben werden. ⁴Die Erhöhung erfolgt um den Anteil der Überschreitung des normativen Fallwertes, für den die Spezialisierung des Arztes gegenüber der Arztgruppe ursächlich ist. ⁵Als spezialisierte Leistungen gelten nicht regelmäßig in erheblichem Umfang in der Arztgruppe durchgeführte Leistungen.

- (4) ¹Mit der Anerkennung einer Praxisbesonderheit gemäß Abs. 3 im Widerspruchsverfahren kann für dieselbe Praxisbesonderheit von Amts wegen bei Vorliegen der Voraussetzungen eine prospektive Anerkennung für die drei auf das Widerspruchsquartal folgenden Abrechnungsquartale erfolgen. ²Der prospektiv zu gewährende Faktor wird aus dem Durchschnitt der Faktoren nach Abs. 3 S. 4 der Abrechnungsdaten des Widerspruchsquartals und der drei Vorquartale ermittelt. ³Nach Ablauf der prospektiven Regelung kann von Amts wegen bei weiterhin vorliegender Praxisbesonderheit jeweils eine Verlängerung auf der Grundlage der Abrechnungsdaten der letzten vier verfügbaren Quartale für weitere vier Quartale erfolgen.

- (5) ¹Die Anhebung eines QZV gemäß § 11 Abs. 2 Satz 11 ff. kann im Widerspruchsverfahren gegen den Honorarbescheid unter folgenden Voraussetzungen erfolgen:

- bei einer um mindestens 10 Prozentpunkte höheren Überschreitung des Gesamtvolumens von RLV und QZV gegenüber dem Durchschnitt des jeweiligen Versorgungsbereiches,
- bei einer Überschreitung des LBKF gemäß § 11 Abs. 2 S. 13 HVM und
- unter der Voraussetzung, dass der Anteil der im jeweiligen QZV enthaltenen Leistungen gemessen am arztindividuellen Fallwert größer als 15% ist und sich im Vergleich zur Arztgruppe eine Überschreitung von mindestens 50% ergibt.

²In diesen Fällen kann das individuelle QZV nach den Berechnungsvorschriften des § 11 Abs. 2 Satz 12 abweichend auf Basis der Abrechnungsdaten des Abrechnungsquartals angehoben werden. ³Die Begrenzung auf 2,0 gilt in diesen Fällen nicht. ⁴Abs. 4 gilt analog.

- (6) ¹Sofern im Basiszeitraum gem. § 2 Abs. 4 eine epidemische Lage von nationaler Tragweite bestand, die dazu führt, dass einzelne individuelle QZV als nicht repräsentativ anzusehen sind, kann im Widerspruchsverfahren eine Festsetzung der individuellen QZV nach den Berechnungsvorschriften des § 11 Abs. 2 Satz 12 bzw. Satz 15 auf Basis der Abrechnungsdaten des Abrechnungsquartals erfolgen. ²Voraussetzung ist hierfür abweichend von Abs. 5, dass der individuelle QZV-spezifische Leistungsbedarf je RLV-relevanten Fall im Abrechnungsquartal um mehr als 10 Prozent gegenüber dem Basiszeitraum abweicht.

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

§ 16 Härtefallregelung

- (1) ¹Verringern 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. ²Zur 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.
³Die 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) ¹Mindert sich die Fallzahl in einem die Fortführung der Arztpraxis gefährdenden Umfang infolge einer Pandemie, Epidemie, Endemie, Naturkatastrophe oder eines anderen Großschadensereignisses, kann im Widerspruchsverfahren gegen den Honorarbescheid eine Ausgleichszahlung erfolgen. ²Die Ausgleichszahlung ist grundsätzlich begrenzt auf den Bereich der Leistungen, die der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung unterliegen. ³Voraussetzung für eine Ausgleichszahlung ist eine Minderung der aus der MGV zu zahlenden Vergütung bei vermindert abgerechneter Leistungsmenge. ⁴Die Ausgleichszahlung setzt weiterhin voraus, dass die Ärzte und Psychotherapeuten der Praxis im Widerspruchsquartal vollumfänglich im Rahmen ihrer Versorgungsaufträge für die Versorgung von Patienten zur Verfügung gestanden und die gesetzlichen Mindestsprechstunden gem. § 19a Abs. 1 der Zulassungsverordnung eingehalten haben. ⁵Zur Berechnung der Ausgleichszahlungen sind Zahlungen bzw. finanzielle Hilfen aufgrund anderer Anspruchsgrundlagen, wie beispielsweise Entschädigungen nach dem Infektionsschutzgesetz zu berücksichtigen. ⁶Entsprechende Ansprüche/ Zahlungen sind der KVBB unverzüglich mitzuteilen. ⁷Zur genauen Berechnungsweise und zur Höhe des Ausgleichsniveaus entscheidet der Vorstand.
- (3) ¹Der Vorstand beobachtet die Auswirkungen der Honorarverteilung auf die einzelnen Arztgruppen. ²Im Falle von erheblichen Verwerfungen kann der Vorstand Stützungsmaßnahmen für einzelne Arztgruppen festlegen.

§ 17 Inkrafttreten

Dieser Honorarverteilungsmaßstab tritt zum 01.01.2025 in Kraft.

Anlage 1 zum HVM

Arztgruppen	RLV-Fallwert	durchschnittliche RLV-Fallzahl (DFZ)
Fachärztlicher Versorgungsbereich		
Fachärzte für Anästhesiologie		
Fachärzte für Augenheilkunde		
Fachärzte für Chirurgie, Kinderchirurgie, Chirurgie mit SP Kinderchirurgie, Plastische Chirurgie, Chirurgie mit SP Gefäßchirurgie, Herzchirurgie, Chirurgie mit SP Unfallchirurgie, Neurochirurgie		
Fachärzte für Frauenheilkunde		
Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Fachärzte für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen		
Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten		
Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören, oder einem nicht nephrologischen (Versorgungs-) Schwerpunkt, der in der folgenden Aufzählung der Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt nicht genannt ist		
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie (Versorgungs-) Schwerpunkt Endokrinologie (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/Onkologie (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie		
Fachärzte für 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. § 11 Abs. 6 für Fachärzte für Diagnostische Radiologie

Zuschlagskategorie ³	durchschnittlicher Fallanteil	Zusatzfallwert
Mammographie (Abschnitt 34.2.7 EBM)	-	
CT und GOP 34504, 34505 EBM		
MRT (ohne Abschnitt 34.4.7 EBM)		
MRT-Angiographien gem. Abschnitt 34.4.7 EBM	-	

Zusatzfallwerte gem. § 11 Abs. 6 für Fachärzte für Nuklearmedizin

Zuschlagskategorie ⁴	durchschnittlicher Fallanteil	Zusatzfallwert
Teil-/Ganzkörperszintigraphie I [(GOP 17310 oder 17311 EBM) und (GOP 17362 oder 17363 EBM)]	-	
Teil-/Ganzkörperszintigraphie II [(GOP 17310 oder 17311 EBM) ohne (GOP 17362 oder 17363 EBM)]	-	
Schilddrüsenszintigraphie (GOP 17320 bzw. 17321 EBM)	-	
Myocardszintigraphie I [(GOP 17330 und 17331 EBM) und (GOP 17332 oder GOP 17333 EBM)]	-	
Myocardszintigraphie II [(GOP 17330 und 17331 EBM) ohne (GOP 17332 oder GOP 17333 EBM)]	-	
Myocardszintigraphie III [(GOP 17330 oder 17331 EBM) und (GOP 17332 oder GOP 17333 EBM)]	-	
Myocardszintigraphie IV [(GOP 17330 oder 17331 EBM) ohne (GOP 17332 oder GOP 17333 EBM)]	-	
Nierenfunktionsdiagnostik (GOP 17340 EBM)	-	

³ Hierarchisiert, d.h. Zuordnung zur jeweils höchsten Kategorie, wenn entsprechende GOP-Kombinationen innerhalb der MGV im Arztfall abgerechnet werden.

Anlage 2 zum HVM

Qualifikationsgebundene Zusatzvolumina

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM	QZV	Cluster
Fachärzte für Anästhesiologie	Akupunktur	30790, 30791		
	Narkosen	05330, 05331, 05340, 05341, 05350		
	Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	30700, 30702, 30704, 30706, 30708		
	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760		
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, 33046, 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		

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM	QZV	Cluster
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		
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 13577		
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120		
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33046, 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		
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		

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM	QZV	Cluster
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		
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, 33046, 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		

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM	QZV	Cluster
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 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		

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM	QZV	Cluster
Fachärzte für Orthopädie	Akupunktur	30790, 30791		
	Osteodensitometrie	34600		
	Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	30700, 30702, 30704, 30706, 30708		
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33046, 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		
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

Aus dem gem. Vereinbarung zur Gesamtvergütung hinsichtlich der Förderung im Sinne des § 87a Abs. 2 Satz 3 SGB V zur Verfügung gestellten Betrag werden jährlich 400 T€ zur Förderung des ambulanten Operierens verwendet. Der verbleibende Betrag wird hälftig auf beide Versorgungsbereiche aufgeteilt. Die jeweiligen Fördersummen werden zu 25 % auf die Quartale aufgeteilt und vorbehaltlich der in der Anlage zur MGV-Vereinbarung festgelegten Förderungen wie folgt verwendet:

Förderung für ambulantes Operieren in Höhe von 100 T€ je Quartal:

- Förderung von ambulanten Operationen gem. Kapitel 31.1 bis 31.5 EBM bei Patienten bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres mit folgenden Zuschlägen. Zuschlag für
 - o Präoperative Leistungen gem. Kapitel 31.1 EBM mit 20 €,
 - o Operationen gem. Kapitel 31.2 EBM Kategorie 1 und 2 mit 50 €,
 - o Operationen gem. Kapitel 31.2 EBM ab Kategorie 3 mit 100 €,
 - o Postoperative Überwachungskomplex gem. Kapitel 31.3 EBM mit 25 €,
 - o Postoperative Behandlungskomplexe gem. Kapitel 31.4 EBM mit 25 €,
 - o Anästhesien gem. Kapitel 31.5 EBM mit 30 €.

Hierbei ist die Abrechnung der Zuschläge auf einen Zuschlag je Behandlungsfall und EBM-Abschnitt begrenzt.

Sofern die Höhe der für förderungswürdige Leistungen zur Verfügung stehenden Mittel von der Kalkulation der o.g. Zuschläge abweicht, können zunächst Mittel zwischen den Quartalen eines Jahres verrechnet werden. Hiernach erfolgt eine Anpassung der Zuschlagshöhe. 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.

Hausärztlicher Versorgungsbereich:

Folgende Leistungen werden über Zuschläge entsprechend der Vereinbarung zur Gesamtvergütung gefördert:

- Förderung von Ärzten in Planungsbereichen gemäß dem Bedarfsplan mit einem Versorgungsgrad von unter 80 %⁴ mit einem Zuschlag ab dem 1.000. Behandlungsfall in Höhe von 5 € je Behandlungsfall.
- Förderung der Versorgung in der Häuslichkeit bei Patienten mit chronischen Erkrankungen mit einem Zuschlag von 15 € im Behandlungsfall
Voraussetzung:
 - o Abrechnung der GOP 03220 bzw. 04220 EBM im Quartal (Nachweis chronisch kranker Patient) sowie
 - o mindestens 2 erfolgte Hausbesuche im Quartal, davon mindestens ein Besuch vom Hausarzt (nach GOP 01410 bzw. 01413 EBM); Zweitbesuch durch Praxispersonal oder als telemedizinischer Kontakt möglich,
- Besuche bei Kindern bis zu 12 Jahren (einschließlich telemedizinische Kontakte) nach den GOP 01410, 01413, 01415 bzw. 01450 EBM mit einem Zuschlag von 10 €,
- patientenbezogene Förderung der subkutanen und sublingualen / oralen Hyposensibilisierung in den ersten 3 Jahren der Behandlung mit einem einmal jährlich abrechenbaren Zuschlag in Höhe von 10 € in den ersten 2 Jahren und 30 € im dritten Behandlungsjahr,

⁴ Hierbei wird die Ermittlung des Versorgungsgrades jeweils mit Stichtag zum letzten Tag des Vorquartales vorgenommen

- Ultraschalldiagnostik nach den GOP 01722, 33010-33012, 33020-33023, 33030-33031, 33040-33044, 33046, 33050-33052, 33060-33064, 33070-33076, 33080-33081, 33090-33092 und 33100 EBM mit einem Zuschlag in Höhe von 5 € für maximal 50 Häufigkeiten pro Praxis und Quartal.

Sofern die Höhe der für förderungswürdige Leistungen zur Verfügung stehenden Mittel von der Kalkulation der o.g. Zuschläge abweicht, können zunächst Mittel zwischen den Quartalen eines Jahres verrechnet werden. Hiernach erfolgt eine gleichmäßige, lineare Anpassung der Zusatzpunktwert- bzw. Zuschlagshöhen. 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.

Fachärztlicher Versorgungsbereich:

Folgende Leistungen werden über Zuschläge / Zusatzpunktwerte entsprechend der Vereinbarung zur Gesamtvergütung gefördert:

- Förderung von Ärzten in Regionen, in denen ein Versorgungsbedarf gem. § 100 Abs. 1 oder Abs. 3 SGB V entsprechend der Entscheidungen des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zu den Förderregionen im Land Brandenburg besteht, mit einem Zuschlag in Höhe von 5 € je Behandlungsfall ab folgenden Grenzen:
 - o für Fachärzte für Frauenheilkunde, Fachärzte für Nervenheilkunde, Fachärzte für Neurologie und Fachärzte für Psychiatrie ab dem 1.000. Behandlungsfall,
 - o für Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde und Fachärzte für Augenheilkunde ab dem 1.400. Behandlungsfall,
 - o für Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten ab dem 1.700. Behandlungsfall.

Die Förderung entfällt, sofern im Behandlungsfall Förderungen gem. Anlage 3b HVM zum tragen kommen.

- Besuche nach den Ziffern 01410, 01413, 01415 EBM bzw. telemedizinischer Kontakt nach der Ziffer 01450 EBM, sofern nicht bereits eine zusätzliche Vergütung der Besuche über die GOP 37102 oder 37113 EBM erfolgt, bei schwerwiegenden Erkrankungen gem. Anlage 3a mit einem Zuschlag in Höhe von 10 €,
- Besonderer Beratungs- und Koordinationsaufwand bei der Behandlung eines Demenzpatienten (ICD F00-F03), eines Parkinsonpatienten (ICD G20-G22) oder eines Schlaganfallpatienten (ICD I61, I63, I64) mit einer Gesprächsdauer von mehr als 10 Minuten, maximal einmal im Behandlungsfall, als Zuschlag zur Grundpauschale in Höhe von 10 € (ausgenommen sind die Grundpauschalen der Kapitel 12, 14, 16, 19, 21, 22 und 23 EBM),
- Transfusion von Blutprodukten (GOP 02110, 02111 EBM) mit einem Zusatzpunktwert in Höhe von 1,5 ct,
- Funktionelle Entwicklungstherapie bei Kindern (GOP 14310, 14311 EBM) mit einem Zusatzpunktwert in Höhe von 1,0 ct,
- Psychotherapeutische Gespräche (GOP 22220, 23220 EBM) mit einem Zusatzpunktwert in Höhe von 1,0 ct,
- Diagnostik und Therapie bei Schädigungen des Bewegungs-, Nervensystems, der inneren Organe (GOP 27332 EBM) mit einem Zusatzpunktwert in Höhe von 1,0 ct,
- patientenbezogene Förderung der subkutanen und sublingualen / oralen Hyposensibilisierung in den ersten 3 Jahren der Behandlung mit einem einmal jährlich abrechenbaren Zuschlag in Höhe von 10 € in den ersten 2 Jahren und 30 € im dritten Behandlungsjahr,
- Ultraschalldiagnostik nach den GOP 33001, 33010-33012, 33020-33023, 33030-33031, 33040-33044, 33050-33052, 33060-33064, 33070-33076, 33080-33081 und 33090-33091 EBM mit einem Zuschlag in Höhe von 5 € für maximal 55 Häufigkeiten pro Praxis und Quartal,

- teilradiologische Leistungen nach den GOP 34220-34222, 34230-34234 und 34237-34238 EBM für Ärzte gem. Anlage 1 mit Ausnahme der Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit einem Zuschlag in Höhe von 5 € für maximal 200 Häufigkeiten pro Praxis und Quartal,
- kurative Mammographie (GOP 34270-34275 EBM) mit einem Zusatzpunktwert in Höhe von 1,5 ct,
- Besuche durch angestellten Mitarbeiter der Arztpraxis nach den Ziffern 38100 und 38105 EBM mit einem Zuschlag in Höhe von 10 €, sofern nicht bereits eine zusätzliche Vergütung der Besuche über die Zuschläge des Abschnittes 38.3 EBM erfolgt
- Leistungen der Humangenetik nach den Ziffern 01841, 11230 und 11233 bis 11236 EBM mit einem Zusatzpunktwert in Höhe von 2,0 ct,
- Leistungen im Rahmen einer Schielbehandlung bei Patienten bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres nach den GOP 06320 bzw. 06321 EBM i.V.m. der GOP 06333 EBM mit einem Zuschlag in Höhe von 10 €,
- Sonographie der Mamma (GOP 33041 EBM) mit einem Zuschlag in Höhe von 5 €.

Sofern die Höhe der für förderungswürdige Leistungen zur Verfügung stehenden Mittel von der Kalkulation der o.g. Zuschläge abweicht, können zunächst Mittel zwischen den Quartalen eines Jahres verrechnet werden. Hiernach erfolgt eine gleichmäßige, lineare Anpassung der Zusatzpunktwert- bzw. Zuschlagshöhen. 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.

Anlage 3a zum HVM

ICD-Liste für Schwerwiegende Erkrankungen:

Chronische Wunden:

T01.-	Offene Wunden mit Beteiligung mehrerer Körperregionen
T89.0-	Komplikationen einer offenen Wunde
T79.3	Posttraumatische Wundinfektion, anderenorts nicht klassifiziert
E10.7-	Diabetes mellitus, Typ 1 mit diabetischem Fußsyndrom
E11.7-	Diabetes mellitus, Typ 2 mit diabetischem Fußsyndrom
E12.7-	Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition] mit diabetischem Fußsyndrom,
E13.7-	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus mit diabetischem Fußsyndrom,
E14.7-	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus mit diabetischem Fußsyndrom
I70.24	Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration
I70.25	Becken-Bein-Typ, mit Gangrän
I70.26	Schulter-Arm-Typ, alle Stadien
I77.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Arterien und Arteriolen
I87.01	Postthrombotisches Syndrom mit Ulzeration
I87.21	Venöse Insuffizienz (chronisch) (peripher) mit Ulzeration
I83.0	Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration
I83.2	Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration und Entzündung
L88	Pyoderma gangraenosum
L89.1-	Dekubitus 2. Grades
L89.2-	Dekubitus 3. Grades
L89.3-	Dekubitus 4. Grades
L89.9-	Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet
L97	Ulcus cruris, anderenorts nicht klassifiziert
L98.4	Chronisches Ulkus der Haut, anderenorts nicht klassifiziert

onkologische Erkrankungen:

C00-C97	Neubildungen
---------	--------------

neurologische Erkrankungen (Parkinson, Demenz, ALS):

G20.-	Primäres Parkinson-Syndrom
G21.-	Sekundäres Parkinson-Syndrom
G22*	Parkinson-Syndrom bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
F00-F03	Demenz
G12.2	Motoneuron-Krankheit inkl. ALS

Dauerkatheter/ Blasenfistelkatheter:

Z43.6	Versorgung sonstiger künstlicher Körperöffnungen des Harntraktes
Z46.6	Versorgen mit und Anpassen eines Gerätes im Harntrakt
Z93.6	Vorhandensein anderer künstlicher Körperöffnungen der Harnwege
N99.5	Funktionsstörung eines äußeren Stomas des Harntraktes
T83.0	Mechanische Komplikation durch einen Harnwegskatheter (Verweilkatheter)

weitere chron. rezidivierende Hautkrankheiten:

L20.- Atopisches [endogenes] Exzem
L40.- Psoriasis

Harninkontinenz / Einsatz und Wechsel von Pessaren:

N39.3 Belastungsinkontinenz (Stressinkontinenz)
N39.4- Sonstige näher bezeichnete Harninkontinenz
R32 Nicht näher bezeichnete Harninkontinenz

Anlage 3b zum HVM

Der gem. Vereinbarung zur Gesamtvergütung für die Förderung der dermatologischen Versorgung zur Verfügung gestellte Betrag von jährlich 500 T€ wird zu 25 % auf die Quartale aufgeteilt und entsprechend der in der Vereinbarung festgelegten Fördersystematik verteilt.

Sofern die Höhe der zur Verfügung stehenden Mittel von der Kalkulation der Zuschläge abweicht, können zunächst Mittel zwischen den Quartalen eines Jahres verrechnet werden. Hiernach erfolgt eine gleichmäßige, lineare Anpassung der Zuschlagshöhen.