

Honorarvertrag

zwischen

**der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin
- nachfolgend KV Berlin genannt -**

und

**der AOK Nordost - Die Gesundheitskasse,
handelnd als Landesverband Berlin gemäß § 207 Abs. 4 SGB V,**

den Ersatzkassen,

- **BARMER GEK**
- **Techniker Krankenkasse (TK)**
- **Deutsche Angestellten-Krankenkasse (Ersatzkasse)**
- **KKH-Allianz (Ersatzkasse)**
- **HEK - Hanseatische Krankenkasse**
- **hkk**

**gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis
gemäß § 212 Abs. 5 Satz 7 SGB V
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek),
vertreten durch die Leiterin der vdek-Landesvertretung Berlin/Brandenburg,**

**dem BKK Landesverband Mitte
Siebstraße 4
30171 Hannover,**

**der BIG direkt gesund
handelnd als IKK-Landesverband Berlin,**

der Knappschaft - Regionaldirektion Berlin

sowie

**der Krankenkasse für den Gartenbau,
handelnd als Landesverband gemäß § 207 Abs. 4 SGB V für die landwirtschaftliche
Krankenversicherung in Berlin**

- nachfolgend Verbände der Krankenkassen genannt -

**über die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen
für das Vertragsgebiet Berlin
für den Zeitraum vom 1. Juli 2011 bis 31. Dezember 2011
gemäß § 83 i.V.m. §§ 87 a bis 87 d SGB V**

§ 1 Geltungsbereich

- (1) Dieser Honorarvertrag gilt für alle im KV-Bereich Berlin an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Einrichtungen, psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Fachwissenschaftler (nachfolgend Ärzte und Psychotherapeuten genannt) sowie für die Nichtvertragsärzte/innen hinsichtlich der Behandlung von Notfällen.
- (2) Der Honorarvertrag regelt die Vergütung der vertragsärztlichen Versorgung für die anspruchsberechtigten Versicherten mit Wohnort Berlin der seitens der Verbände der Krankenkassen vertretenen Krankenkassen (nachfolgend Krankenkassen genannt).
- (3) Die Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen erfolgt nach dem Leistungsverzeichnis und den Ausführungsbestimmungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) bzw. der geltenden Euro-Gebührenordnung und in Anwendung der Vergütungsregelungen dieser Vereinbarung sowie weiterer gültiger Vereinbarungen.
- (4) Für die bis zum 31.12.2010 erbrachten Leistungen (Vorquartalsabrechnungen), die außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet werden, gelten die jeweiligen Regelungen des Jahres 2010.

§ 2 Grundsätze zur Gesamtvergütung

- (1) Für die vertragsärztliche Versorgung der Versicherten nach § 1 Abs. 2 entrichten die Krankenkassen an die KV Berlin gemäß § 87a Abs. 3 SGB V eine morbiditätsbedingte Gesamtvergütung und Vergütungen für weitere vereinbarte Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Überschreitungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach § 87a Abs. 3 Satz 4, Abs. 5 Satz 1 Ziffer 1 SGB V in Verbindung mit Teil E des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 02. September 2009 und des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 5./11. Oktober 2010 (nicht vorhersehbarer Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs) bleiben unberührt.
- (2) Der für die Berechnung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach § 87a Abs. 2 SGB V und der Euro-Gebührenordnung nach § 87a Abs. 3 SGB V maßgebliche Punktwert wird für den Bereich der KV Berlin für das Jahr 2011 in Höhe von 3,5048 Cent festgelegt. Abstufungsregelungen bleiben unberührt.
- (3) Dem nach § 40 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ärzte) bzw. § 31 Arzt-/Ersatzkassenvertrag (EKV) anerkannten Belegarzt sowie den von diesem hinzugezogenen Vertragsärzten werden die erbrachten Leistungen mit den im EBM getroffenen Bewertungen vergütet, soweit Vereinbarungen mit den Verbänden der Krankenkassen und der Ersatzkassen sowie Vereinbarungen der Bundesebene keine abweichenden Regelungen vorsehen.
- (4) Kostenerstattungen nach § 13 Abs. 2 und nach § 53 Abs. 4 SGB V werden mit der von der Krankenkasse zu zahlenden Gesamtvergütung je Versicherten verrechnet, sofern diese Leistungen in der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach § 3 enthalten sind. Bei Bedarf erfolgt zwischen der KV Berlin und der Krankenkasse eine Einigung über die Nachweiserbringung. Kassenspezifische Regelungen zum Verfahren für die Meldung der Kostenerstattungsfälle können bilateral mit der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin getroffen werden.
- (5) Fremdarztfälle werden nach den Preisen des Leistungsortes des Vertragsarztes/-therapeuten vergütet. Die Verrechnung unter den KVEn erfolgt im Rahmen des Fremdkassenzahlungsausgleichs. Soweit am Leistungsort des Vertragsarztes/-therapeuten gegenüber dem KV-Bereich Berlin abweichende Preise vereinbart sind, wird die Differenz durch die jeweilige Krankenkasse gegenüber der KV Berlin bei der Quartalsabrechnung für das betreffende Quartal berücksichtigt. Der vereinbarte Behandlungsbedarf umfasst bereichseigene sowie bereichsfremde Leistungen, die der Versicherte mit Wohnort in Berlin außerhalb Berlins in Anspruch nimmt und die in der MGV enthalten sind. Sollte der Bewertungsaus-

schluss Regelungen zu dem vorgenannten Sachverhalt treffen, verständigen sich die Vertragspartner über gegebenenfalls erforderliche Anpassungen dieses Absatzes 5.

§ 3

Berechnung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

- (1) Der morbiditätsbedingte Behandlungsbedarf je Versicherten in Euro (= morbiditätsbedingte Gesamtvergütung je Versicherten) wird je Krankenkasse nach den Daten und dem Berechnungsschema der Beschlüsse des Bewertungsausschusses gemäß §§ 87 und 87 a bis d SGB V sowie nach den Bestimmungen gemäß § 87d SGB V in der Fassung des GKV-FinG ermittelt und einvernehmlich mit dem jeweils zuständigen Vertragspartner dieser Vereinbarung festgestellt (Anhänge 1 und 1a zu Anlage 1).
- (2) Die vorläufige morbiditätsbedingte Gesamtvergütung für ein Quartal wird je Krankenkasse ermittelt, indem der Behandlungsbedarf je Versicherten nach Absatz 1 mit der Quartalsgewichtung nach Abs. 3 und dem regionalen Punktwert und der jeweils aktuellen Versichertenanzahl multipliziert wird. Dabei ist eine Bereinigung nach § 4 zu berücksichtigen. Die aktuelle Versichertenanzahl ist die am 15. des Erstmonats des Vorquartals jeweils aktuell verfügbare Versichertenanzahl nach Satzart ANZVER87c4 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses.
- (3) Der jährliche morbiditätsbedingte Behandlungsbedarf je Versicherten in Euro wird wie folgt auf die Quartale aufgeteilt:
 1. Quartal: 25,25%
 2. Quartal: 25,40%
 3. Quartal: 24,21%
 4. Quartal: 25,14%

Die Verteilung entspricht der krankenkassenübergreifenden Verteilung der erbrachten Leistungen in 2008 nach der Satzart ARZTRG87c4.

- (4) Bei Fusionen von Krankenkassen mit Versicherten in Berlin wird für die neue (fusionierte) Krankenkasse ein neuer gewichteter morbiditätsbedingter Behandlungsbedarf je Versicherten für den betroffenen Zeitraum nach dem Berechnungsschema gemäß Absatz 1 auf Basis der addierten Behandlungsbedarfe und Versichertenanzahlen der fusionierten Krankenkassen unter Beachtung von Absatz 2 ermittelt.
- (5) Für die Vergütung der Leistungen nach den GOP 10343 und 10344 und den damit verbundenen histologischen Untersuchungen nach EBM-Abschnitt 19.3 im 1. und 2. Quartal 2011 im Zusammenhang mit dem Hautkrebsscreening wird die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung für das 1. und 2. Quartal 2011 um die Summe je Krankenkasse erhöht, die diese Krankenkasse im 2. Halbjahr 2008 für diese Leistungen gesamtvergütungserhöhend im Rahmen der Umsetzung der Durchführungsempfehlung vom 12.09.2008 (Dt. Ärzteblatt) aufgewendet hatte. Die Summe wird von der KV Berlin fachgruppenbezogen verwendet. Die Erhöhung ist nicht basiswirksam.

§ 4

Selektivverträge

Die Vertragspartner verständigen sich auf Basis der entsprechenden Beschlüsse des Bewertungsausschusses Ärzte über die Regelung zur Bereinigung bzw. Erhöhung des Behandlungsbedarfs sowie der Regelleistungsvolumina bei Abschluss, Änderung bzw. Beendigung von Selektivverträgen in gesonderten Vereinbarungen.

§ 5

Vergütung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

(1) Von den Krankenkassen werden folgende Leistungsbereiche außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung als Einzelleistung zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung gemäß § 2 Abs. 2 bzw. als Pauschalen vergütet, die Leistungen nach den Nrn. 2, 3, 6, 8 und 9 unter Maßgabe des § 87d Abs. 4 SGB V in der Fassung des GKV-FinG nur bis zum höchstzulässigen Gesamtausgabenvolumen:

1. Der Vertragsarzt erhält bei jedem Besuch
 - gemäß GOP 01410, 01411, 01412, 01415,
 - beim Besuch gemäß GOP 01721,
 - bei jeder ersten Visite am Behandlungstag gemäß GOP 01414
 - sowie bei jedem ersten Aufsuchen am Behandlungstag gemäß GOP 05230eine Wegepauschale nach Wegebereichen und Zeiten in folgender Höhe:

SNR	in der Zeit	Wegebereich	Pauschale
40220	7 bis 19 Uhr	im Kernbereich bei bis zu 2 km Radius	3,42 €
40222	7 bis 19 Uhr	im Randbereich bei mehr als 2 km bis zu 5 km Radius	6,74 €
40224	7 bis 19 Uhr	im Fernbereich bei mehr als 5 km Radius	9,84 €
40226	19 bis 7 Uhr	im Kernbereich bei bis zu 2 km Radius	6,74 €
40228	19 bis 7 Uhr	im Randbereich bei mehr als 2 km bis zu 5 km Radius	10,49 €
40230	19 bis 7 Uhr	im Fernbereich bei mehr als 5 km Radius	14,12 €

Die Wegepauschale wird vom Praxissitz des Vertragsarztes aus berechnet. Die Bereiche für die Wegepauschalen sind vom Vertragsarzt selbst, ausgehend vom Praxissitz als Zentrum, zu bestimmen. Die Wegepauschalen sind je Besuch, Aufsuchen bzw. erster Visite berechnungsfähig, unabhängig davon, ob und wie Besuchsfahrten ggf. miteinander verbunden werden. Die tatsächlich zurückgelegte Entfernung wird bei der Ermittlung der jeweiligen Wegepauschale nicht berücksichtigt. Ausschlaggebend ist allein die Lage der Besuchsstelle innerhalb eines Wegebereiches. Für die Berechnung der Wegepauschale ist es unerheblich, auf welche Weise bzw. mit welchem Verkehrsmittel und mit welchem Zeitaufwand die Besuchsstelle erreicht worden ist. Die Rückfahrten sind mit den Wegepauschalen abgegolten.

2. Belegärztliche (kurativ-stationäre) Leistungen (Leistungen des EBM-Kapitels 36, nach GOP 13311, 17370 und Leistungen EBM-Abschnitt 8.4),
3. Leistungen des EBM-Kapitels 31 und nach GOP 13421 bis 13431 sowie 04514, 04515, 04518 und 04520,
4. Leistungen der EBM-Abschnitte 1.7.1, 1.7.2 und 1.7.4, (inklusive Früherkennungsuntersuchung U7a und Chlamydienscreening des EBM-Abschnittes 1.7.2), Leistungen des EBM-Abschnittes 1.7.3 zuzüglich nach GOP 40850, 40852, 40854 und 40855 ggf. nach besonderem regionalem Vertrag,
5. Hautkrebsscreening: Leistungen gemäß GOP 01745, 01746,
6. Durchführung von kurativen Vakuumbiopsien mit zugehörigen Kostenpauschalen für interventionelle Eingriffe nach EBM-Abschnitt 40.8,
7. Strahlentherapie nach EBM-Kapitel 25 und zugehörige Kostenpauschalen für Sachkosten der Strahlentherapie nach EBM-Abschnitt 40.15 (GOP 40840 und 40841),
8. Phototherapeutische Keratektomie mit zugehörigen Kostenpauschalen für ophthalmologische Eingriffe nach EBM-Abschnitt 40.11,
9. Leistungen der Reproduktionsmedizin (Abschnitt 8.5 ohne GOP 08520 und 08521 sowie GOP 01510X, 01511X, 01512X, 02100X, 02341X, 05310X, 05330X, 05340X, 05341X, 05350X, 11311X, 11312X, 11320X, 11321X, 11322X, 31272X, 31503X, 31600X, 31608X, 31609X, 31822X, 32354X, 32356X, 32357X, 32575X, 32576X, 32614X, 32618X, 32660X, 32781X, 33043X, 33044X, 33090X, 36272X, 36503X und

36822X), Änderungen der Bundesempfehlung werden durch die Vertragspartner unverzüglich berücksichtigt,

10. Substitutionsbehandlung nach EBM-Abschnitt 1.8,
11. Kostenpauschale Mifepriston nach GOP 40156,
12. Kostenpauschalen nach GOP 01425 und 01426 für Ärzte die berechtigt sind, nach GOP der EBM-Kapitel 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 13, 14, 15, 16, 18, 21, 25 und 26 abzurechnen,
13. Leistungen nach GOP 13622,
14. Leistungen nach EBM-Abschnitt 30.10,
15. Laborpauschalen nach GOP 32880 bis 32882,
16. Dialysesachkosten nach EBM-Abschnitt 40.14,
17. Leistungen der Balneophototherapie nach GOP 10350, nach Maßgabe der Durchführungsvereinbarung,
18. Leistung im Rahmen der Empfängnisregelung nach GOP 01833.

Das für die Leistungen nach den Nrn. 2, 3, 6, 8 und 9 höchstzulässige Gesamtausgabenvolumen ergibt sich quartalsweise aus der abgerechneten Leistungsmenge in € je Versicherten für diese Leistungen gemäß Formblatt 3 des Vorjahresquartals zzgl. einer Steigerung von 0,9 v.H. bezogen auf die gesamte Leistungsmenge in € multipliziert mit der tatsächlichen durchschnittlichen Versichertenzahl des Abrechnungsquartals (ANZVER87c4). Bei Überschreitung des Gesamtausgabenvolumens wird die Vergütung der Leistungen gleichmäßig so quotiert, dass das höchstzulässige Gesamtausgabenvolumen eingehalten wird.

- (2) Entsprechend Teil C Ziffer 3.1 Satz 2 des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 02. September 2009 zahlen die Krankenkassen Punktwertzuschläge für in Anlage 2 definierten Leistungen der EBM-Abschnitte 31.2 und 31.5. Der Punktwertzuschlag ermittelt sich aus der Differenz zwischen der durchschnittlichen Vergütung je Gebührenordnungsposition im Jahr 2010 und der nach Leistungshäufigkeit des Jahres 2008 gewichteten durchschnittlichen Vergütung der in Anlage 2 genannten Leistungen des 4. Quartals 2008. Dabei ist das gesamte, kassenübergreifende Vergütungsvolumen einer Leistung und deren Häufigkeit zu berücksichtigen, auch wenn nicht alle Krankenkassen eine Leistung mit einem höheren Punktwert gefördert haben. Die Zahlungen der Krankenkassen nach Satz 1 bis 3 erfolgen unter Vorbehalt der Klage des GKV-Spitzenverbandes gegen Teil C, 3.1 vom 11. September 2009 sowie des Antrags des GKV-Spitzenverbandes auf einstweiligen Rechtsschutz vom 23. September 2009. Sollte eine rechtskräftige gerichtliche Klärung dahingehend erfolgen, dass Teil C, 3.1 ganz oder in wesentlichen Teilen für rechtswidrig befunden wird, sind die Regelungen der Sätze 1 bis 3 insoweit nichtig und daher rückabzuwickeln. Die KV Berlin stellt ihre Honorarbescheide unter einen entsprechenden Vorbehalt.

§ 6

Zahlung der Gesamtvergütung

- (1) Jede Krankenkasse leistet am drittletzten Bankarbeitstag (Wertstellung KV) eines jeden Kalendermonats eine Abschlagszahlung in Höhe von 27,5 % der je Quartal vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und 27,5 % der je Quartal erwarteten Vergütung für Einzelleistungen, Substitutionsbehandlungen der Drogenabhängigkeit und Pauschalen an die KV Berlin. Zahlungen aufgrund des nicht vorhersehbaren Anstiegs des Behandlungsbedarfs werden nicht berücksichtigt. Die im Formblatt 3 des Vorjahresquartals ausgewiesenen Zuzahlungen gemäß § 28 Abs. 4 SGB V sind bei der Abschlagsanforderung anteilig zu berücksichtigen. Dabei wird die gemäß § 87a Abs. 3a Satz 4 und Abs. 6 SGB V zuletzt verfügbare Versichertenzahl berücksichtigt, indem 27,5 % der vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung je Versicherten des jeweiligen Quartals mit der zuletzt verfügbaren Versichertenzahl der jeweiligen Krankenkasse nach ANZVER87c4 multipliziert wird.

Die erwartete Vergütung für Einzelleistungen und Substitutionsbehandlungen ergibt sich aus dem jeweiligen Punktzahlvolumen dieser Leistungen des Vorjahresquartals multipliziert mit dem jeweils aktuell vereinbarten Punktwert. Die erwartete Vergütung für Pauschalen ergibt

sich aus der jeweiligen Anzahl des Vorjahresquartals multipliziert mit den aktuell vereinbarten bzw. festgelegten Pauschalen. Bis zum Inkrafttreten einer Vergütungsvereinbarung für den laufenden Zeitraum wird die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung des jeweiligen Vorjahresquartals bei der Berechnung der Abschlagszahlung zu Grunde gelegt.

- (2) Die KV Berlin erstellt quartalsweise gegenüber den Krankenkassen eine endgültige Abrechnung der Gesamtvergütung inklusive abgerechneten Vergütung für Einzelleistungen, Substitutionsbehandlungen der Drogenabhängigkeit und der Pauschalen per Rechnungsbrief inklusiv der dazu gehörenden Unterlagen (Formblatt 3). Die für das Abrechnungsquartal zu leistende Restzahlung ergibt sich aus der unter Berücksichtigung der tatsächlichen durchschnittlichen Versichertenzahl des Abrechnungsquartals (ANZVER87c4) angepassten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung unter Anrechnung der von den Versicherten geleisteten Zuzahlungen nach Abs. 5 und den von den Krankenkassen geleisteten Abschlagszahlungen. Die KV Berlin erstellt als rechnungsbegründende Unterlage quartalsweise gegenüber den Krankenkassen eine kassenartenübergreifende Abrechnung des Leistungsvolumens nach § 5 Abs. 1 bzgl. des höchstzulässigen Ausgabenvolumens gemäß Anlage 1a. Eine sich aus dieser endgültigen Quartalsabrechnung ergebende unstreitige Restforderung gegenüber der Krankenkasse ist innerhalb von 20 Tagen nach Eingang dieser Schlussabrechnung und der vollständigen rechnungsbegründenden Unterlagen (Formblatt 3) bei der von der jeweiligen Krankenkasse benannten Stelle von der Krankenkasse zu begleichen.
- (3) Sind die rechnungsbegründenden Unterlagen in Teilen nachweislich fehlerhaft, kann die Zahlung nicht vollständig verweigert oder aufgeschoben werden. Ein Einbehalt eines Rechnungsbetrages ist bei nachweislich fehlerhafter Rechnungsstellung nur bis zur Höhe des fehlerhaften Betrages zulässig. Kürzungen sind gegenüber der KV Berlin schriftlich zu erklären und zu begründen.
- (4) Werden die Abschlags- bzw. Restzahlungen von den Krankenkassen nicht fristgerecht geleistet, tritt unmittelbar der Zahlungsverzug ein. Die KV Berlin ist dann berechtigt ohne Klageerhebung vor dem Sozialgericht ab dem ersten Tag des Zahlungsverzugs, Verzugszinsen in Höhe von 3,8 Prozent zu erheben. Die Vertragspartner sollen durch Nachfragen (z.B. per Email) mit darauf hinwirken, dass Verzugszinsen möglichst vermieden werden.
- (5) Die von den Vertragsärzten einbehaltenen Zuzahlungen gemäß § 28 Abs. 4 und § 32 Abs. 2 Satz 2 bis 4 SGB V sind von der KV Berlin mit der endgültigen Quartalsabrechnung (Formblatt 3) den jeweiligen Krankenkassen bekannt zu geben und zu verrechnen.
- (6) Bei einem nicht vorhersehbaren Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs (Teil E des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 02. September 2009 und des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 5./11. Oktober 2010) verständigen sich die Vertragspartner über die Verwendung der zusätzlichen Zahlungen.
- (7) Fällt der Zahltag der Restzahlung auf einen Samstag, Sonntag oder Feiertag, gilt der folgende Arbeitstag als Zahltag.
- (8) Für die Übernahme der Krankenbehandlung gegen Kostenerstattung für die in § 264 Abs. 2 SGB V aufgeführten nicht versicherungspflichtigen Personen gelten uneingeschränkt die Bestimmungen dieser Vereinbarung. Weitergehende Regelungen können zwischen den Vertragspartnern gesondert vereinbart werden.

§ 7

Vergütung und Regelleistungsvolumen

- (1) Die nach diesem Vertrag erbrachten und abgerechneten Leistungen werden den Ärzten und Psychotherapeuten quartalsweise grundsätzlich nach den Bestimmungen und Preisen der Euro-Gebührenordnung Berlin (§ 87a Abs. 2 Satz 6 SGB V) vergütet, die Leistungen, die gemäß dieses Vertrages der Mengensteuerung gemäß § 87b Abs. 2 SGB V unterliegen, je Arzt bzw. Arztpraxis bis zur Höhe des jeweils zugewiesenen Regelleistungsvolumens (RLV) und je Psychotherapeuten bzw. Psychotherapeutenpraxis bis zur Höhe der zugewiesenen zeitgebundenen Kapazitätsgrenze sowie weitere vertragsärztliche Leistungen bis zur Höhe

jeweils zugewiesenen qualitätsgebundenen Zusatzvolumen (QZV). Die das Regelleistungsvolumen und das qualitätsgebundene Zusatzvolumen bzw. die zeitgebundenen Kapazitätsgrenze überschreitenden Leistungen werden den Ärzten und Psychotherapeuten zu abgestaffelten Preisen vergütet. Zur Vermeidung von überproportionalen Honorarverlusten, zur Sicherung der flächendeckenden Versorgung mit vertragsärztlichen Leistungen und um einer nachteiligen Auswirkung auf die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zu Lasten anderer Ärzte oder Arztgruppen entgegenzuwirken, beschließen die Vertragspartner gemäß Teil F II. 1 des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 26. März 2010 in der Fassung nach der 248. Sitzung mengenbegrenzende Maßnahmen zur Steuerung von Leistungsbereichen, die außerhalb der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen vergütet werden.

- (2) Die Einzelheiten zu den arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumina, den qualitätsgebundenen Zusatzvolumina und den zeitgebundenen Kapazitätsgrenzen sowie zu den mengenbegrenzenden Maßnahmen sind in der Anlage 1 geregelt.
- (3) Die Leistungen werden auf der Grundlage der Bestimmungen des Quartals vergütet, für das sie eingereicht wurden. § 1 Abs. 4 bleibt von dieser Regelung unberührt.
- (4) Soweit in Verträgen und Richtlinien sowie in Beschlüssen des Vorstandes der KV Berlin für bestimmte vertragsärztliche Leistungen die Erfüllung besonderer Anforderungen oder der Nachweis bestimmter Qualifikationen bzw. Genehmigungen verlangt werden, erfolgt die Vergütung der entsprechenden Leistungen nur, wenn die entsprechenden Voraussetzungen erfüllt sind.

§ 8 Abrechnung

Das Abrechnungsverfahren zwischen der KV Berlin und den Ärzten und Psychotherapeuten werden in einer Abrechnungsordnung (Anlage 3) geregelt.

§ 9 Geltungszeitraum

Dieser Vertrag tritt am 1. Juli 2011 in Kraft und gilt vom 1. Juli 2011 bis zum 31. Dezember 2011.

Anlagen:

- | | |
|-----------|---|
| Anlage 1 | Honorarverteilung und Vergütung |
| Anlage 1a | Muster kassenartenübergreifende Abrechnung des Leistungsvolumens nach § 5 |
| Anlage 2 | besonders förderungswürdige Leistungen gemäß § 5 Abs. 2 Honorarvertrag |
| Anlage 3 | Abrechnungsordnung |

Protokollnotiz:

Die Knappschaft und die Kassenärztliche Bundesvereinigung werden auf Basis des § 82 Abs. 3 SGB V i. V. m. § 83 Satz 1 sowie § 87 a Abs. 3 SGB V für die Zeit ab dem 01. Januar 2010 den bestehenden Gesamtvertrag KBV / Knappschaft einschließlich Anlagen weiterentwickeln. Soweit darin Regelungen enthalten sind, die von den Regelungen in dem vorliegenden Vertrag abweichen, sind sich die KV Berlin und die Knappschaft einig, dass die Regelungen des Gesamtvertrages KBV / Knappschaft einschließlich der Anlagen Vorrang haben.

Die KV Berlin trägt die Kosten der Durchführung und verwaltungsseitigen Umsetzung der Honorarverteilung und stellt die Krankenkassen von den Kosten eventueller Rechtsstreitigkeiten und Schadensersatzansprüchen im Zusammenhang mit der Honorarverteilung frei.

Teil A – Verwendung und Aufteilung der MGV

§ 1

Ermittlung des Finanzvolumens zur Honorarverteilung

Die vorhersehbare vorläufige morbiditätsbedingte Gesamtvergütung nach § 3 Abs. 2 Honorarvertrag (Berechnungsschritte in Anhang 1) stellt die Grundlage für die Ermittlung und Festsetzung der Regelleistungsvolumina und qualitätsgebundenen Zusatzvolumina dar. Die Berechnungsschritte der vereinbarten vorhersehbaren morbiditätsbedingten Gesamtvergütung je Versicherten und Quartal sind in Anhang 1 dargestellt. Für die Ermittlung und Festsetzung der Regelleistungsvolumina und qualitätsgebundenen Zusatzvolumina wird das trennungsrelevante versorgungsbereichsübergreifende Verteilungsvolumen gemäß Teil F Anlage 4 des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 26. März 2010 in der Fassung nach der 248. Sitzung gebildet, indem von die der quartalsbezogenen vorhersehbaren vorläufigen morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

1. das Teilvergütungsvolumen für die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des EBM-Abschnitts 35.2 gemäß Teil F Anlage 4, Anhang 1, Schritt 17 des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 26. März 2010 in der Fassung nach der 248. Sitzung,
2. das Teilvergütungsvolumen gemäß Teil F Anlage 4, Anhang 1, Schritt 18 des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 26. März 2010 in der Fassung nach der 248. Sitzung für die Konsiliar- und Grundpauschale für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin, ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin (GOP 12210 und 12220), die Grundpauschale für zur Abrechnung von Kostenerstattungen und Leistungen des EBM-Kapitels 32 ermächtigte Ärzte, Einrichtungen, Krankenhäuser und Institutionen, die GOP 32001, Leistungen und Kostenerstattungen des EBM-Kapitels 32, basierend auf dem Vergütungsvolumen des Vorjahresquartals,
3. das Teilvergütungsvolumen gemäß Teil F Anlage 4, Anhang 1, Schritt 19 des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 26. März 2010 in der Fassung nach der 248. Sitzung für die abgerechneten Leistungen des EBM für den von der KV Berlin organisierten Not(fall)dienst - Ärztlicher Bereitschaftsdienst (ÄBD) - und für die Notfallbehandlung während der Zeiten des organisierten Notdienstes gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 17. Sitzung am 16. Dezember 2009 durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Institute und Krankenhäuser und
4. das Teilvergütungsvolumen gemäß Teil F Anlage 4, Anhang 1, Schritt 20 des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 26. März 2010 in der Fassung nach der 248. Sitzung unter Berücksichtigung der jeweiligen Quartalsquote nach § 3 Abs. 3 Honorarvertrag

abgezogen wird. Gemäß Teil F Anlage 4, Anhang 1 des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 26. März 2010 in der Fassung nach der 248. Sitzung werden die Teilvergütungsvolumina der Schritte 17, 18 und 19 um die jeweils aktuell gültige Veränderungsrate angepasst.

§ 2

Trennung Hausarzt – Facharzt

Das trennungsrelevante versorgungsbereichsübergreifende Verteilungsvolumen nach § 1 wird in ein haus- und fachärztliches (versorgungsbereichsspezifisches) Verteilungsvolumen gemäß Teil F Anlage 4 des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 26. März 2010 in der Fassung nach der 248. Sitzung aufgeteilt.

§ 3

Hausärztliches RLV-Verteilungsvolumen

Aus dem hausärztlichen Verteilungsvolumen nach § 2 wird als weitere Ausgangsgröße das hausärztliche RLV-Verteilungsvolumen gebildet

1. unter Berücksichtigung der zu erwartenden Zahlungen im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 75 Abs. 7 und 7a SGB V,

Anlage 1 zum Honorarvertrag 2011 – Honorarverteilung und Vergütung

2. unter Abzug der durch die Partner der Gesamtverträge festgesetzten Rückstellungen entsprechend Teil G des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 26. März 2010, ergänzt um jeweils 5 v. Hundert der Vergütungsbereiche derjenigen qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina, die je Leistungsfall berechnet werden,
3. unter Abzug der erwarteten Vergütung für innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanzierten Kostenpauschalen des EBM-Kapitels 40,
4. unter Abzug der zu erwartenden Zahlungen für den Aufschlag bei Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Arztpraxen mit angestellten Ärzten nach den Grundregeln von Teil F Abschnitt I., Nr. 1.3.1 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 245. Sitzung am 22. Dezember 2010 in der Fassung nach der 248. Sitzung am 25. Januar 2011, basierend auf dem durchschnittlichen Vergütungsvolumen des Vorjahres (Jahresbetrag / 4) zuzüglich der aktuell gültigen Veränderungsrate,
5. unter Abzug von 2 % des hausärztlichen Verteilungsvolumens für abgestaffelt zu vergütenden Leistungen und
6. ggf. unter Abzug des gemäß Teil F, Abschnitt I., Nr. 5 des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 26. März 2010 in der Fassung nach der 248. Sitzung vereinbarten Vergütungsvolumens.

§ 4

Fachärztliches RLV-Verteilungsvolumen

Aus dem fachärztlichen Verteilungsvolumen nach § 2 wird als weitere Ausgangsgröße das fachärztliche RLV-Verteilungsvolumen gebildet

1. unter Berücksichtigung der zu erwartenden Zahlungen im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 75 Abs. 7 und 7a SGB V,
2. unter Abzug der durch die Partner der Gesamtverträge festgesetzten Rückstellungen entsprechend Teil G des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 26. März 2010, ergänzt um jeweils 5 v. Hundert der Vergütungsbereiche derjenigen qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina, die je Leistungsfall berechnet werden,
3. unter Abzug der erwarteten Vergütung für innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanzierten Kostenpauschalen des EBM-Kapitels 40,
4. unter Abzug der Vergütung für pathologischen Leistungen des EBM-Kapitels 19 als Überweisungsfälle zur Durchführung von Probenuntersuchungen, basierend auf dem Vergütungsvolumen des Parallelquartals des Jahres 2008,
5. unter Abzug der Vergütung für sonstige belegärztliche Leistungen, basierend auf dem Vergütungsvolumen des Parallelquartals des Jahres 2008,
6. unter Abzug der erwarteten Vergütung für Leistungen von Einrichtungen nach § 75 Abs. 9 SGB V.
7. unter Abzug der zu erwartenden Zahlungen für den Aufschlag bei Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Arztpraxen mit angestellten Ärzten nach den Grundregeln von Teil F Abschnitt I., Nr. 1.3.1 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 245. Sitzung am 22. Dezember 2010 in der Fassung nach der 248. Sitzung am 25. Januar 2011, basierend auf dem durchschnittlichen Vergütungsvolumen des Vorjahres (Jahresbetrag / 4) zuzüglich der aktuell gültigen Veränderungsrate,
8. unter Abzug von 2 % des fachärztlichen Verteilungsvolumens für abgestaffelt zu vergütenden Leistungen und
9. ggf. unter Abzug des gemäß Teil F, Abschnitt I., Nr. 5 des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 26. März 2010 in der Fassung nach der 248. Sitzung vereinbarten Vergütungsvolumens,

Anlage 1 zum Honorarvertrag 2011 – Honorarverteilung und Vergütung

10. unter Abzug der Vergütung für Humangenetische Leistungen des EBM-Kapitels 11 bei Überweisungen zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen, basierend auf dem Vergütungsvolumen des Parallelquartals des Jahres 2008.

§ 5

Arztgruppenspezifische Verteilungsvolumen

- (1) Je Versorgungsbereich wird das RLV-Vergütungsvolumen gemäß Teil F Anlage 5 des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 26. März 2010 in der Fassung nach der 248. Sitzung
 1. auf die entsprechenden Arztgruppen gemäß Anhang 2a dieser Anlage jeweils als Verteilungsvolumen zur Bildung der Arztgruppenspezifischen Vergütungsbereiche,
 2. als spezifisches Verteilungsvolumen zur Vergütung der sonstigen Leistungen
 - der Laborärzte,
 - der Pathologen und
 - der Strahlentherapeutensoweit für diese Leistungen keine besonderen Vergütungsbereiche bzw. -regelungen existieren,
 3. als spezifisches Verteilungsvolumen zur Vergütung der nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen derjenigen Ärzte, die gemäß Teil F, Abschnitt I., Nr. 4.1 des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 26. März 2010 in der Fassung nach der 248. Sitzung eine zeitbezogene Kapazitätsgrenze zugewiesen bekommen und
 4. als spezifisches Verteilungsvolumen zur Vergütung von Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 01410, 01413 und 01415 gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 248. Sitzung am 25. Januar 2011 für alle Arztgruppen je Versorgungsbereich unter Anpassung des anerkannten Leistungsbedarfes in Punkten gemäß Teil F Anlage 5 des Bewertungsausschusses entsprechend der Änderungen der Bewertung der Gebührenordnungspositionen 01410 und 01413 gemäß Teil B des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 248. Sitzung am 25. Januar 2011verteilt.
- (2) Die Verteilungsvolumina der in Absatz 1 Nr. 1 genannten Arztgruppen werden gemäß Teil F Anlage 6 des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 26. März 2010 in der Fassung nach der 248. Sitzung jeweils auf die nachfolgenden Vergütungsbereiche aufgeteilt:
 1. Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der Regelleistungsvolumina,
 2. Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der Qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina sowie
 3. Vergütungsbereiche für besonders förderungswürdige Leistungen, die gemäß Teil F, Abschnitt I., Nr. 2.3 des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 26. März 2010 in der Fassung nach der 248. Sitzung, außerhalb der Regelleistungsvolumina und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina vergütet werden. Für die AG 01 zählen hierzu die Vergütungsbereiche für
 - a) dringende Besuche nach den GOP 01411 und 01412 und
 - b) Leistungen der antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapie gemäß EBM-Abschnitt 35.2und für die AG 04 bis 07 ein gemeinsamer Vergütungsbereich für Leistungen der antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapie gemäß EBM-Abschnitt 35.2.

Anlage 1 zum Honorarvertrag 2011 – Honorarverteilung und Vergütung

Teil B – Arztindividuelle Mengensteuerung (RLV, QZV und Kapazitätsgrenzen)

§ 6

Grundsätze zum Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen

- (1) Die Regelleistungsvolumina und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina werden für das jeweilige Abrechnungsquartal ermittelt.
- (2) Die Regelleistungsvolumina und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina werden je Arzt bzw. Praxis ermittelt. Bei der Ermittlung des Regelleistungsvolumens eines Arztes ist der Umfang seiner Tätigkeit lt. Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid zu berücksichtigen.
- (3) Die Zuweisung der Regelleistungsvolumina erfolgt praxisbezogen. Dabei ergibt sich die Höhe des Regelleistungsvolumens einer Arztpraxis aus der Addition der Regelleistungsvolumina eines jeden in dieser Praxis vertragsärztlich tätigen Arztes. Weiterbildungs- und Entlastungsassistenten werden dabei nicht berücksichtigt. Ärzte, die zusätzlich in Teilberufsausübungsgemeinschaften tätig sind, erhalten für diese Tätigkeit kein zusätzliches Regelleistungsvolumen.

Zur Förderung der vertragsärztlichen Versorgung in Berufsausübungsgemeinschaften wird das praxisbezogene Regelleistungsvolumen nach den Grundregeln von Teil F Abschnitt I., Nr. 1.3.1 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 245. Sitzung am 22. Dezember 2010 in der Fassung nach der 248. Sitzung am 25. Januar 2011 aus dem Teilvergütungsvolumen je Versorgungsbereich nach § 3 Nr. 4 und § 4 Nr. 7 erhöht. Soweit diese Zuschläge die jeweils begrenzten Teilvergütungsvolumina nach § 3 Nr. 4 und § 4 Nr. 7 überschreiten, werden die Zuschläge je Versorgungsbereich entsprechend quotiert.

Soweit in der Berufsausübungsgemeinschaft, der Praxis mit angestellten Ärzten oder dem Medizinischen Versorgungszentrum Ärzte der AG 33 tätig sind, erfolgt für diese Ärzte die prozentuale Steigerung unter Beachtung von Satz 6 über das praxisbezogene Regelleistungsvolumen hinaus, auch unter Berücksichtigung der Honoraranteile aus den QZV 10, 33 und 62.

- (4) Das Regelleistungsvolumen ist die von einem Arzt oder der Arztpraxis in einem bestimmten Zeitraum abrechenbare Menge der vertragsärztlichen Leistungen, die mit den in der regionalen Euro-Gebührenordnung gemäß § 87a Abs. 2 SGB V enthaltenen und für den Arzt oder der Arztpraxis geltenden Preisen zu vergüten ist. Es wird gebildet aus dem Produkt der arztindividuellen Fallzahl und des durchschnittlichen arztgruppenspezifischen Fallwerts.
- (5) Regelleistungsvolumina kommen für Ärzte der in Anhang 2a genannten Arztgruppen zur Anwendung. Ermächtigte Krankenhausärzte sowie ermächtigte Krankenhäuser, Einrichtungen und Institutionen erhalten grundsätzlich ein Regelleistungsvolumen nach dem mit der Ermächtigung begründeten Versorgungsauftrag, es sei denn, die Ermächtigung ist auf wenige Einzelleistungen begrenzt.
- (6) Für ein Regelleistungsvolumen relevante Fälle (RLV-Fälle) sind kurativ-ambulante Behandlungsfälle gemäß § 21 Abs. 1 und Abs. 2 BMV-Ä bzw. § 25 Abs. 1 und Abs. 2 EKV, ausgenommen Notfälle im organisierten Notfalldienst und Überweisungsfälle zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen oder zur Befundung von dokumentierten Untersuchungsergebnissen und Fälle, in denen ausschließlich Leistungen und Kostenerstattungen, die nicht dem Regelleistungsvolumen unterliegen, abgerechnet werden.

Zur Umsetzung des Arztbezuges gemäß Absatz 2 ist die Bemessung des Regelleistungsvolumens mit den RLV-Fällen vorgegeben:

1. In Einzelpraxen entspricht die Zahl der RLV-Fälle der Zahl der Behandlungsfälle gemäß Satz 1.
2. In Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten entspricht die Zahl der RLV-Fälle eines Arztes der Zahl der Behandlungsfälle gemäß Satz 1 der Arztpraxis multipliziert mit seinem Anteil an der RLV-

Anlage 1 zum Honorarvertrag 2011 – Honorarverteilung und Vergütung

relevanten Arztfallzahl der Praxis. Sofern möglich, kann die RLV-Fallzahl je Arztgruppe in einer Arztpraxis ermittelt werden.

Die Summe der RLV-Fälle einer Arztpraxis entspricht damit immer der Anzahl der RLV-relevanten Behandlungsfälle gemäß Satz 1 der Arztpraxis.

- (7) Die Zuweisung der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina erfolgt praxisbezogen, wenn mindestens einer der Ärzte, die in der Arztpraxis tätig sind, über die Voraussetzung gemäß Teil F, Abschnitt I., Nr. 3.3 des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 26. März 2010 in der Fassung nach der 248. Sitzung i.V.m. Anhang 2b für das jeweilige qualifikationsgebundene Zusatzvolumen verfügt. Dabei ergibt sich die Höhe des jeweiligen qualifikationsgebundenen Zusatzvolumens aus der Addition der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina je zur Abrechnung der entsprechenden Leistungen berechtigtem Arzt (unabhängig vom Zulassungsstatus), der in der Arztpraxis tätig ist.
- (8) Dem einer Arztpraxis zugewiesenen Regelleistungsvolumen und ggf. zugewiesenen qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen steht die in der Arztpraxis abgerechnete Leistungsmenge insgesamt gegenüber, d. h. sofern das einer Arztpraxis zugewiesene Regelleistungsvolumen nicht ausgeschöpft ist, kann das noch zur Verfügung stehende Honorarvolumen mit Leistungen aus dem zugewiesenen qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen ausgefüllt werden und umgekehrt. Es sind auch die Leistungen zu berücksichtigen, die von den beteiligten Vertragsärzten ggf. in Teilberufsausübungsgemeinschaften erbracht werden. Dieses Honorarvolumen entspricht der von einem Arzt oder der Arztpraxis in einem bestimmten Zeitraum abrechenbare Menge der vertragsärztlichen Leistungen, die mit den in der regionalen Euro-Gebührenordnung gemäß § 87a Abs. 2 SGB V enthaltenen und für den Arzt oder der Arztpraxis geltenden Preisen zu vergüten ist.
- (9) Die festgelegten Regelleistungsvolumina und ggf. festgelegten qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina werden den Ärzten bzw. den Arztpraxen rechtzeitig mitgeteilt. Die KV Berlin informiert zeitgleich quartalsweise die Krankenkassenverbände über die Zuweisung der Regelleistungsvolumina und ggf. qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina an den Arzt oder die Arztpraxis (Höhe RLV und QZV der Arztgruppen, Höhe durchschnittlichen Fallzahl).
- (10) Gemäß Teil F, Abschnitt I., Nr. 3.7 des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 26. März 2010 in der Fassung nach der 248. Sitzung kann die KV Berlin auf Antrag eines Arztes Praxisbesonderheiten feststellen. Diese liegen in der Regel vor, wenn
 - ein besonderer Versorgungsauftrag und/oder eine besondere, für die Versorgung bedeutsame fachliche Spezialisierung besteht und
 - zusätzlich eine aus den Praxisbesonderheiten resultierende Überschreitung des durchschnittlichen RLV-Fallwertes der Arztgruppe von mindestens 15 % vorliegt, wobei die morbiditätsbezogene Differenzierung des Regelleistungsvolumens nach Beschlussteil F Anlage 2 Nr. 6 des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 22. September 2009 zu berücksichtigen ist.

Ein besonderer Versorgungsauftrag bzw. eine besondere, für die Versorgung bedeutsame fachliche Spezialisierung können z.B. sein:

- Besuchstätigkeit in der ärztlichen Betreuung in beschützenden Wohnheimen bzw. Einrichtungen bzw. Alten- oder Pflegeheimen;
- Durchführung von Leistungen nach GOP 01410, 01413;
- Durchführung von Leistungen nach GOP 20330, 20331, 20335, 20336, 20351, 20352;
- Durchführung von Leistungen nach GOP 34502, 34503 bei akuter oder chronischer Schmerzsymptomatik;
- Durchführung von Leistungen nach GOP 30130 durch Allergologen oder
- Durchführung von Leistungen der EBM-Abschnitte 4.4 und 4.5 durch Kinderärzte.

Die Entscheidungen des Vorstandes der KV Berlin sowie die maßgeblichen Entscheidungsgrundlagen werden den Vertragspartnern regelmäßig in geeigneter Form zur Verfügung gestellt.

Anlage 1 zum Honorarvertrag 2011 – Honorarverteilung und Vergütung

- (11) Gemäß Nr. 1. b) des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 239. Sitzung kann die KV Berlin bei einer Verringerung des Honorars einer Arztpraxis um mehr als 15 % gegenüber dem Vergleichsquartal aus 2008 aus den Rückstellungen befristete Ausgleichszahlungen an diese Arztpraxis leisten, sofern die Honorarminderung mit der Umstellung der Mengensteuerung auf die neue Systematik oder dadurch begründet ist, dass die Partner der Gesamtverträge bisherige Regelungen zu den sogenannten extrabudgetären Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen nicht fortgeführt haben. Die Entscheidungen des Vorstandes der KV Berlin sowie die maßgeblichen Entscheidungsgrundlagen werden den Vertragspartnern regelmäßig in geeigneter Form zur Verfügung gestellt.

§ 7

Ermittlung der Regelleistungsvolumina (RLV)

- (1) Die Höhe des Regelleistungsvolumens eines Arztes ergibt sich für die in Anhang 2a benannten Arztgruppen aus der Multiplikation des zum jeweiligen Zeitpunkt gültigen arztgruppenspezifischen Fallwertes gemäß Beschluss Teil F Anlage 7 Nr. 1. des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 26. März 2010 in der Fassung nach der 248. Sitzung und der RLV-Fallzahl des Arztes im Vorjahresquartal. Der für einen Arzt zutreffende arztgruppenspezifische Fallwert wird für jeden über 150 % der durchschnittlichen RLV-Fallzahl der Arztgruppe hinausgehenden RLV-Fall wie folgt gemindert:

- um 25 % für RLV-Fälle über 150 % bis 170 % der durchschnittlichen RLV-Fallzahl der Arztgruppe,
- um 50 % für RLV-Fälle über 170 % bis 200 % der durchschnittlichen RLV-Fallzahl der Arztgruppe,
- um 75 % für RLV-Fälle über 200 % der durchschnittlichen RLV-Fallzahl der Arztgruppe.

Die Durchschnittsfallzahl wird je Arztgruppe ohne Berücksichtigung der ermächtigten Ärzte ermittelt. Als Durchschnittsfallzahl für hausärztlich tätige Internisten und Fachärzte für Allgemeinmedizin, praktische Ärzte und Ärzte ohne Gebietsbezeichnung sind gemeinsam 900 Fälle festgestellt worden.

- (2) Zur Berücksichtigung der Morbidität in der Arztpraxis ist das RLV gemäß Absatz 1 unter der Berücksichtigung der Versicherten nach Altersklassen gemäß Teil F Anlage 7 Nr. 3. des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 26. März 2010 in der Fassung nach der 248. Sitzung zu ermitteln.

- (3) Auf Antrag des Arztes und nach Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung Berlin können Leistungen über das arzt-/praxisbezogene Regelleistungsvolumen hinaus mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet werden. Ein Arzt kann einen Antrag stellen, wenn aufgrund

1. Urlaubs- und krankheitsbedingter Vertretung eines Arztes der eigenen Berufsausübungsgemeinschaft,
2. Urlaubs- und krankheitsbedingter Vertretung eines Arztes einer Arztpraxis in der näheren Umgebung der Arztpraxis,
3. Aufgabe einer Zulassung oder genehmigten Tätigkeit eines Arztes der eigenen Berufsausübungsgemeinschaft,
4. Aufgabe einer Zulassung oder genehmigten Tätigkeit eines Arztes einer Arztpraxis in der näheren Umgebung der Arztpraxis

eine außergewöhnlich starke Erhöhung der Zahl der behandelten Versicherten vorliegt oder wenn durch

5. einen außergewöhnlichen und/oder durch Arzt unverschuldeten Grund eine niedrige arztindividuelle Fallzahl im Aufsatzquartal abgerechnet wurde. Hierzu zählt z.B. Krankheit des Arztes.

Anlage 1 zum Honorarvertrag 2011 – Honorarverteilung und Vergütung

Die Vergütung der aufgrund der o.g. Kriterien nach Nr. 1 bis 4 das Regelleistungsvolumen überschreitenden Leistungen erfolgt je nach Zugehörigkeit des antragstellenden Arztes aus der Rückstellung für Sicherstellungsaufgaben je Versorgungsbereich nach § 3 Nr. 2 und § 4 Nr. 2; entsprechendes gilt bei Stattgabe eines Antrags nach dem Kriterium nach Nr. 5. Satz 2 Nr. 4 kann ebenfalls angewendet werden, wenn sich die Praxis des Arztes in einem Verwaltungsbezirk befindet, der isoliert betrachtet für die bedarfsplanungsrelevante Arztgruppe einen Versorgungsgrad von weniger als 100 % aufweist. Dies gilt auch, wenn ein Arzt seine Praxis in einen solchen Verwaltungsbezirk verlegt. Über das Verfahren der Umsetzung verständigen sich die Vertragspartner in einer gesonderten Vereinbarung.

- (4) Ein neu niedergelassener Arzt erhält ein Regelleistungsvolumen auf Basis der Fallzahl des Vorgängerarztes. Soweit diese Fallzahl des Vorgängerarztes aufgrund von honorarberichtenden Maßnahmen geändert wird, ist diese geänderte Fallzahl ggf. auch rückwirkend für das Regelleistungsvolumen des neu niedergelassenen Arztes maßgeblich. Soweit es keinen Vorgängerarzt gibt, erfolgt die Berechnung des Regelleistungsvolumens auf der Basis der Hälfte der durchschnittlichen, für das Regelleistungsvolumen relevanten Fallzahl der jeweiligen Arztgruppe. Soweit eine höhere Fallzahl – als die in Satz 1 und 2 genannte – im Abrechnungsquartal tatsächlich erreicht wird, vergrößert sich das Regelleistungsvolumen des Arztes pro zusätzlichem Fall in Höhe des durchschnittlichen Fallwertes der Arztgruppe begrenzt bis zur durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe. Nach Ablauf von 12 Quartalen nach der Niederlassung berechnet sich das Regelleistungsvolumen auf der Basis der Fallzahl des Vorjahresquartals. Überschreitet er die durchschnittliche Fallzahl der Arztgruppe, gilt die vorgenannte Regelung nicht mehr. Verlegt ein Arzt seine Praxis in einen Verwaltungsbezirk, der isoliert betrachtet für die bedarfsplanungsrelevante Arztgruppe einen Versorgungsgrad von weniger als 100 % aufweist, so gelten für ihn auf Antrag Satz 2 bis 5 entsprechend.
- (5) Beim Wechsel des Versorgungsbereichs durch einen Vertragsarzt sind die RLV-Vergütungsvolumina der Versorgungsbereiche wie folgt anzupassen:
1. Die Berücksichtigung des Versorgungsbereichswechsels findet quartalsweise statt.
 2. Erfolgt der Versorgungsbereichswechsel, ist die Bereinigung quartalsweise auf der Basis des Honorarbescheides des Vorjahresquartals des wechselnden Vertragsarztes durchzuführen.

Bei einem Wechsel der Arztgruppe wird entsprechend verfahren.

- (6) Bei Ausscheiden eines Partners erhält der Ausscheidende bei Fortführung der ärztlichen Tätigkeit dasjenige RLV, welches er in die Berufsausübungsgemeinschaft/MVZ eingebracht hat bzw. während der Zusammensetzung realisiert hat. Der Vorstand der KV Berlin kann auf Antrag eine abweichende Festsetzung vornehmen, wenn der Antragsteller darlegt, dass ihm nachweislich eine höhere Fallzahl für die Berechnung des RLV's zusteht. Zum Nachweis geeignet ist in der Regel der einvernehmlich abgeschlossene Gemeinschaftspraxisvertrag in seiner zuletzt gegenüber dem Zulassungsausschuss vorgelegten Fassung, die Gewinnverteilung bzw. Teilungserklärung.

§ 8

Ermittlung der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina

- (1) Für die in Anhang 2b aufgeführten Leistungsbereiche werden qualifikationsgebundene Zusatzvolumina gebildet. Ein Arzt hat Anspruch auf die arztgruppenspezifischen qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina, wenn
- er mindestens eine Leistung des entsprechenden qualifikationsgebundenen Zusatzvolumens im jeweiligen Vorjahresquartal erbracht hat und
 - er die zutreffende Gebiets- bzw. Schwerpunktbezeichnung führt. Unterliegt die Voraussetzung zur Erbringung von in qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina aufgeführten Leistungen einer Qualifikation nach § 135 Abs. 2 SGB V, § 137 SGB V oder dem Führen einer Zusatzbezeichnung ist der Nachweis zusätzlich erforderlich oder

Anlage 1 zum Honorarvertrag 2011 – Honorarverteilung und Vergütung

- die Versorgung der Versicherten mit einer Leistung des qualifikationsgebundenen Zusatzvolumens aus Sicherstellungsgründen notwendig ist.
- (2) Die Berechnung der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina erfolgt je RLV-Fall nach § 6 Abs. 6 oder je Leistungsfall. Ein Leistungsfall liegt vor, sofern im Behandlungsfall des Vorjahresquartals mindestens eine Leistung des Leistungskatalogs des entsprechenden qualifikationsgebundenen Zusatzvolumens abgerechnet worden ist. Aus der Multiplikation des arztgruppenspezifischen Fallwertes für das entsprechende qualifikationsgebundene Zusatzvolumen und der arztindividuellen Fallzahl gemäß Satz 1 berechnet sich das qualifikationsgebundene Zusatzvolumen eines Arztes. Für jeden in Anhang 2b aufgeführten Leistungsbe-
reich ist dargestellt, ob sich das qualifikationsgebundene Zusatzvolumen je RLV-Fall oder je Leistungsfall berechnet.

§ 9

Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen

- (1) Abweichend von den Regelungen für Arztgruppen gemäß Anhang 2a werden für
- Psychologische Psychotherapeuten
 - Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
 - Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie
 - andere ausschließlich psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte gemäß den Kriterien der
Bedarfsplanungsrichtlinien
- zeitbezogene Kapazitätsgrenzen je Quartal durch die Kassenärztlichen Vereinigungen je-
dem Arzt zugewiesen, um eine übermäßige Ausdehnung der psychotherapeutischen Tätig-
keit zu verhindern.
- (2) Als Anteil der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze für die antrags- und genehmigungspflich-
tigen Leistungen der in Absatz 1 genannten Arztgruppen werden je Arzt 27.090 Minuten je
Abrechnungsquartal festgelegt.
- (3) Als Anteil der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze für die nicht antrags- und genehmigungs-
pflichtigen Leistungen der in Absatz 1 genannten Arztgruppen wird die arztgruppenspezifische,
durchschnittlich abgerechnete ärztliche bzw. therapeutische Zuwendungszeit je Arzt
des Vorjahresquartals, gemessen nach den Prüfzeiten der Leistungen des Anhangs 3 zum
Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) in der gültigen Fassung je Arztgruppe ermittelt.
- (4) Je Arzt bzw. Psychotherapeut der in Absatz 1 genannten Arztgruppen ergibt sich die zeitbe-
zogene Kapazitätsgrenze aus der Addition der Werte in den Absätzen 2 und 3.

Teil C – Leistungsvergütung

§ 10

Vergütung von Leistungen der Teilvergütungsvolumina

- (1) Für die Umsetzung der Vergütung der antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen
sowie der nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen bis zur zeitbezogenen
Kapazitätsgrenze mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung wird gemäß Nr. 2 des Be-
schlusses des Bewertungsausschusses in seiner 228. Sitzung am 1. Juli 2010 ein Vergü-
tungsvolumen aus der Summe des Teilvergütungsvolumens nach § 1 Nr. 1 sowie der für die
in § 9 Abs. 1 Satz 1 genannten Arztgruppen ermittelten arztgruppenspezifischen Vertei-
lungsvolumina nach § 5 Abs. 1 Nr. 3 gebildet. Aus diesem Vergütungsvolumen werden die
Leistungen der antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapie des EBM-Abschnitts
35.2 für die in § 87b Abs. 2 SGB V genannten Arztgruppen unter Berücksichtigung der
Mengenbegrenzung gemäß § 14 Abs. 2 i.V.m. § 9 und die übrigen, nicht antrags- und ge-
nehmigungspflichtigen Leistungen für die in § 9 Abs. 1 Satz 1 genannten Arztgruppen bis

Anlage 1 zum Honorarvertrag 2011 – Honorarverteilung und Vergütung

zur Höhe der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet. Reicht das nach Satz 1 gebildete Vergütungsvolumen für die Vergütung der übrigen, nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen für die in § 9 Abs. 1 Satz 1 genannten Arztgruppen nicht aus, wird diese Vergütung gemäß Nr. 2 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 228. Sitzung am 01. Juli 2010 insbesondere im Bereich der probatorischen Leistungen nach § 23a Abs. 1 Nr. 1 der Psychotherapie-Richtlinie des G-BA unter Beachtung der gesetzlichen Vorgaben des § 87b Abs. 2 Satz 6 SGB V und der Rechtsprechung des BSG quotiert. Der Anteil der die zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen überschreitenden übrigen, nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen wird aus dem Abzug gemäß § 4 Nr. 8 i.V.m. § 13 Abs. 2 vergütet.

- (2) Die Leistungen des Teilvergütungsvolumens zur Honorierung der Konsiliar- und Grundpauschalen für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin, ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin (GOP 12210 und 12220), der Grundpauschale für zur Abrechnung von Kostenerstattungen und Leistungen des EBM-Kapitels 32 ermächtigter Ärzte, Einrichtungen, Krankenhäuser und Institutionen, die GOP 32001 sowie die Leistungen und Kostenerstattungen des EBM-Kapitels 32, gemäß § 1 Nr. 2 werden zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet. Soweit die Leistungsanforderung für die Leistungen und Kostenerstattungen des EBM-Kapitels 32 mit Ausnahme der GOP 32001 das begrenzte Teilvergütungsvolumen nach § 1 Nr. 2 überschreitet, wird die artzseitige Vergütung entsprechend quotiert.
- (3) Für die Vergütung der Leistungen des von der KV Berlin organisierten Not(fall)dienstes - Ärztlicher Bereitschaftsdienst (ÄBD) - und für die Notfallbehandlung während der Zeiten des organisierten Notdienstes gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 17. Sitzung am 16. Dezember 2009 durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Institute und Krankenhäuser, wird auf Basis der Vorjahresquartalsvergütung ein Teilvergütungsvolumen gemäß § 1 Nr. 3 bereitgestellt. Soweit die Leistungsanforderung das so begrenzte Teilvergütungsvolumen überschreitet, wird die artzseitige Vergütung entsprechend quotiert.

§ 11

Vergütung von Leistungen in den Abzügen der versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumina

- (1) Leistungen der innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanzierten Kostenpauschalen des EBM-Kapitels 40 gemäß § 3 Nr. 3 und § 4 Nr. 3 werden zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet.
- (2) Die Vergütung Pathologischer Leistungen des EBM-Kapitels 19, die auf Überweisung zur Durchführung von Probenuntersuchungen veranlasst wurden, erfolgt bis zur Höhe des gemäß § 4 Nr. 4 gebildeten Abzuges. Soweit die Anforderung für diese Leistungen das bereitgestellte Vergütungsvolumen – Basis ist das Vergütungsvolumen des Parallelquartals des Jahres 2008 – überschreitet, wird die artzseitige Vergütung entsprechend quotiert.
- (3) Sonstige Leistungen, die im Rahmen der belegärztlichen Tätigkeit erbracht werden, werden maximal bis zur Höhe des Abzugs gemäß § 4 Nr. 5, basierend auf dem Vergütungsvolumen der Leistungen des Parallelquartals des Jahres 2008, honoriert. Soweit die Leistungsanforderung dieses Vergütungsvolumen überschreitet, wird die artzseitige Vergütung entsprechend quotiert.
- (4) Leistungen von Einrichtungen nach § 75 Abs. 9 SGB V, für deren erwartete Vergütung gemäß § 4 Nr. 6 ein entsprechender Abzug des fachärztlichen Verteilungsvolumens bereitgestellt wird, werden zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet.
- (5) Humangenetische Leistungen des EBM-Kapitels 11 bei Überweisungen zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen werden maximal bis zur Höhe des Vergütungsvolumens gemäß § 4 Nr. 10 zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet. Soweit die Leistungsanforderung dieses Vergütungsvolumen überschreitet, wird die artzseitige Vergütung entsprechend quotiert.

§ 12

Vergütung besonderer Leistungen der arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumina

- (1) Soweit die angeforderten sonstigen Leistungen der Laborärzte, Pathologen und Strahlentherapeuten die Höhe des bereitgestellten spezifischen Verteilungsvolumens gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 2 überschreiten, wird die arztseitige Vergütung entsprechend quotiert.
- (2) Soweit die angeforderten Leistungen die innerhalb des arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumens der AG 01, 04 bis 07 die jeweils bereitgestellten Volumina der spezifischen Vergütungsbereiche gemäß § 5 Abs. 2 Nr. 3 überschreiten, wird die arztseitige Vergütung entsprechend quotiert.
- (3) Soweit die angeforderten Leistungen die innerhalb des arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumens die jeweils bereitgestellten Volumina der spezifischen Vergütungsbereiche gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 4 überschreiten, wird die arztseitige Vergütung entsprechend quotiert.

§ 13

Vergütung von Leistungen des Regelleistungsvolumens und des qualifikationsgebundenen Zusatzvolumens

- (1) Leistungen, die dem Regelleistungsvolumen oder dem qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen unterliegen, werden bis zur Höhe des Honorarvolumens gemäß § 6 Abs. 8 zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet.
- (2) Die das Honorarvolumen gemäß § 6 Abs. 8 überschreitende Leistungsmenge wird aus dem Abzug in Höhe von 2 % des vorläufigen RLV-Vergütungsvolumens des jeweiligen Versorgungsbereichs gemäß § 3 Nr. 5 und § 4 Nr. 8 zu abgestaffelten Preisen vergütet. Diese Preise ergeben sich versorgungsbereichsspezifisch aus der Quotierung der überschreitenden Leistungsmenge im Verhältnis zu den vorgenannten Abzügen.
- (3) Soweit die angeforderten Leistungen die innerhalb des arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumens die jeweils bereitgestellten Volumina der spezifischen Vergütungsbereiche gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 4 überschreiten, wird die arztseitige Vergütung entsprechend quotiert.

§ 14

Vergütung von Leistungen der Zeitbezogenen Kapazitätsgrenze

- (1) Soweit die abgerechnete ärztliche bzw. therapeutische Zuwendungszeit – gemessen nach den Prüfzeiten der Leistungen des Anhangs 3 zum Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) in der gültigen Fassung – die dem Arzt zugewiesene zeitbezogene Kapazitätsgrenze nicht überschreitet, werden die Leistungen - unter Beachtung der Regelungen in § 10 Abs. 1 - zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet.
- (2) Überschreitet die abgerechnete ärztliche bzw. therapeutische Zuwendungszeit – gemessen nach den Prüfzeiten der Leistungen des Anhangs 3 zum Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) in der gültigen Fassung – die gemäß § 9 Abs. 4 ermittelte zeitbezogene Kapazitätsgrenze je Arzt, so werden diese Leistungen maximal bis zur 1,5-fachen zeitbezogenen Kapazitätsgrenze mit den abgestaffelten Preisen, die sich nach der Quotierung gemäß § 13 Abs. 2 für den Fachärztlichen Versorgungsbereich ergeben, vergütet.

§ 15

Ausgleich der Vorwegabzüge

Vorwegabzüge, Rückstellungen und nicht ausgeschöpfte RLV-Gelder sind innerhalb der Versorgungsbereiche verrechnungsfähig; Ausnahme: Vorwegabzug für abgestaffelte Leistungen. Überschreitungen und Defizite dieser Positionen werden in das nächsterreichbare Quartal fortgeschrieben und dort bei der Berechnung der Vorwegabzüge und Rückstellungen einvernehmlich berücksichtigt. Soweit Beträge verbleiben, werden bei der Festlegung der Gesamtvergütung

Anlage 1 zum Honorarvertrag 2011 – Honorarverteilung und Vergütung

2012 entsprechende Regelungen einvernehmlich getroffen. Weitere Verrechnungen finden nicht statt.

Anhang 1: Berechnungsschritte zur Ermittlung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

Anhang 1a: Muster zur Ermittlung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung je Krankenkasse

Anhang 2a: Arztgruppen zur Festsetzung des Regelleistungsvolumens

Anhang 2b: Qualitätsgebundene Zusatzvolumina

Anhang 3: Datensatzbeschreibung für die Bereitstellung von Daten

Protokollnotiz:

Die Regelungen der Protokollnotiz zum Honorarvertrag 2011 gelten auch für § 10 Abs. 1 der Anlage 1. Die Freistellung der Krankenkassen umfasst insbesondere die Kosten eventueller Rechtsstreitigkeiten (u.a. Gerichts- und Anwaltskosten), Schadensersatzansprüche und evtl. von der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin zu leistende nachträgliche Honorarzahlungen.

Anlage 1 zum Honorarvertrag 2011 – Honorarverteilung und Vergütung

Anhang 1: Berechnungsschritte zur Ermittlung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

Lfd. Nr.	Schritt	Hinweise/Anmerkungen
0	Ausgangsbasis: Datenlieferung nach § 87c Abs. 4 SGB V	Nach Satzart ARZTRG87c4 gem. 154. Beschluss des Bewertungsausschusses
S1	Feststellung der Bruttoleistungsmenge nach Wohnortprinzip (in EURO und Punkten bewertete Leistungen)	
S2	Bereinigung der Bruttoleistungsmenge durch Nichteinbeziehung von Leistungen	
S3	Umrechnung der EURO-Leistungen in Punkte: - EBM-geregelte Sachkosten - Laborleistungen - EBM-geregelte Kostenpauschalen	
S4	Anwendung HVV-Quote auf die Bruttoleistungsmenge	Multiplikation mit 0,9049
S5	Erhöhung der Bruttoleistungsmenge nach 2. Teil B um die Effekte der festgelegten Steigerungsraten für Leistungen nach 2.4. Teil A sowie für Leistungen nach 1.2 Teil A entsprechend Teil H	
S6	Division Ergebnis S5 durch Versichertenzahl 2008 (nach WOP)	Versichertenzahl definiert nach Satzart ANZVER87c4 gem. 154. Beschluss des Bewertungsausschusses
S7	Anwendung Veränderungsrate auf Ergebnis aus S6	Faktor 1,051
S8	Anwendung um Veränderungsrate aus einer diagnosebezogenen und demographischen Komponente	Faktor 0,016616
S9	Anwendung um Veränderungsrate Auswirkungen GKV-OrgWG	Faktor 0,003357
S10	Multiplikation Ergebnis S9 mit dem linearen Anpassungsfaktor 1,0125)	= Behandlungsbedarf 2011 je Versicherten
S11	Multiplikation Ergebnis S10 mit RPW in Höhe von 3,5048 Cent	= Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung 2011 je Versicherten
S12	Anwendung der Aufteilungsquote nach § 3 Abs. 3 HVV auf das Ergebnis nach S11	= Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung 2011 je Versicherten und Quartal
S13	Multiplikation Ergebnis S12 des jeweiligen Quartals mit der am 15. des Erstmonats des Vorquartals aktuell verfügbaren Versichertenzahl nach Satzart ANZVER87c4 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses Ärzte	= Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung des jeweiligen Quartals 2011
S14	Erhöhung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung des 1. und 2. Quartals 2010 um die Summe der je Krankenkasse gesamtvergütungserhöhend im 2. Halbjahr 2008 für die Vergütung der Leistungen nach den GOP 10343 und 10344 und den damit verbundenen histologischen Untersuchungen nach EBM-Abschnitt 19.3 aufgewendeten Beträge	= Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung des jeweiligen Quartals 2011 inkl. der Erhöhung für die Vergütung der Leistungen nach den GOP 10343 und 10344 und den damit verbundenen histologischen Untersuchungen nach EBM-Abschnitt 19.3 gemäß § 3 Abs. 5 Honorarvertrag

Anlage 1 zum Honorarvertrag 2011 – Honorarverteilung und Vergütung

Anhang 1a: Muster zur Ermittlung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung je Krankenkasse

IK	VKNR	Name	LBB_Q1 2008	LBB_Q2 2008	LBB_Q3 2008	LBB_Q4 2008	ges. LB in Punkte 2008	Ø Versicherte 2008	LB je Vers. In Punkte 2008	An- passungs- faktor 1,0125	OPW 0,035048 €	LB je Vers. In € 2008	25,40% II/2011	Versicherte Stand: 25.01.2010 IV/2009	M GV vorläufig II/2010	Ø Hautsc It. Schiedsamt in € 2008
1	2	5					6	7	8		9	10	11	12	13	14
123456789	72XXX	MUSTERKASSE	83.980.840,1	88.504.707,7	80.148.143,4	84.181.289,8	336.814.981,0	30.929	10.889,9	11.026,0	0,035048 €	386,44 €	98,16 €	31.885	3.129.697,06 €	1.296,09 €
Gesamt							336.814.981,0	30.929	10.889,9	11.026,0		386,44 €	98,16 €	31.885	3.129.697,06 €	1.296,09 €

Anlage 1 zum Honorarvertrag 2011 – Honorarverteilung und Vergütung

Anhang 2a: Arztgruppen zur Festsetzung des Regelleistungsvolumens

Für Regelleistungsvolumen der KV Berlin relevante Arztgruppen

a. Hausärztlicher Versorgungsbereich:

AG-Nr.	RLV-Arztgruppe (AG)
1	Hausärztlich tätige Internisten und Fachärzte für Allgemeinmedizin, praktische Ärzte und Ärzte ohne Gebietsbezeichnung
4	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin sowie alle Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, die über weitere Schwerpunkte oder Zusatzweiterbildungen verfügen und nicht gesondert aufgeführt worden sind
6	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit dem Schwerpunkt Kinderkardiologie
7	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder-Pneumologie

b. Fachärztlicher Versorgungsbereich:

AG-Nr.	RLV-Arztgruppe (AG)
8	Fachärzte für Anästhesiologie mit weniger als 200 Fällen im Quartal
9	Fachärzte für Augenheilkunde
10	Fachärzte für Chirurgie
11	Fachärzte für Neurochirurgie
12	Fachärzte für Gynäkologie
13	Reproduktionsmediziner
14	Fachärzte für Hals-, Nasen- Ohrenheilkunde
15	Fachärzte für Dermatologie
16	Humangenetiker
17	Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt
18	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt Endokrinologie bzw. Endokrinologie und Diabetologie
19	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt Gastroenterologie
20	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt Hämatologie / Onkologie
21	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt Kardiologie (konvent.)
22	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt Kardiologie (invasiv)
23	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt Pneumologie, Fachärzte für Lungen- u. Bronchialheilkunde, Lungenärzte
24	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt Rheumatologie
25	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt Nephrologie
26	Fachärzte für Kinder- u. Jugendpsychiatrie
27	Fachärzte für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
28	Nervenärzte, Fachärzte für Nervenheilkunde / Neurologie und Psychiatrie / Fachärzte für Neurologie
29	Fachärzte für Psychiatrie / Psychiatrie und Psychotherapie
30	Fachärzte für Nuklearmedizin
31	Fachärzte für Orthopädie
32	Fachärzte für Phoniatrie u. Pädaudiologie
33	Fachärzte für Radiologie, Fachärzte für Radiologische Diagnostik, Fachärzte für Diagnostische Radiologie
36	Fachärzte für Urologie
37	Fachärzte für Physiotherapie / Physikalische u. Rehabilitative Medizin
39	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt Angiologie
88	Fachärzte für Anästhesiologie mit 200 und mehr Fällen im Quartal

Anlage 1 zum Honorarvertrag 2011 – Honorarverteilung und Vergütung

Anhang 2b: Qualitätsgebundene Zusatzvolumina

QZV-Nr.	QZV	RLV-AG	AG	GOP	Fallzählung	
					Leistungsfall	RLV-Fall
1	Akupunktur	Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören	01	30790, 30791	L	
1	Akupunktur	Fachärzte für Anästhesiologie	08	30790, 30791		R
1	Akupunktur	Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	17	30790, 30791		R
1	Akupunktur	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie	24	30790, 30791		R
1	Akupunktur	Fachärzte für Nervenheilkunde	28	30790, 30791		R
1	Akupunktur	Fachärzte für Orthopädie	31	30790, 30791		R
1	Akupunktur	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie	39	30790, 30791		R
1	Akupunktur	Fachärzte für Anästhesiologie	88	30790, 30791		R
1	Akupunktur	Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie	10	30790, 30791		R
1	Akupunktur	Fachärzte für Neurochirurgie	11	30790, 30791		R
1	Akupunktur	Fachärzte für Physikalisch-Rehabilitative Medizin	37	30790, 30791	L	
2	Allergologie	Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören	01	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123	L	
2	Allergologie	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	04	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123		R
2	Allergologie	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	06	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123		R
2	Allergologie	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	07	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123		R
2	Allergologie	Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten	15	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123		R

Anlage 1 zum Honorarvertrag 2011 – Honorarverteilung und Vergütung

Anhang 2b: Qualitätsgebundene Zusatzvolumina

QZV-Nr.	QZV	RLV-AG	AG	GOP	Fallzählung	
					Leistungsfall	RLV-Fall
2	Allergologie	Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	17	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123		R
2	Allergologie	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie	23	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123		R
2	Allergologie	Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie	32	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123	L	
3	Behandlung des diabetischen Fußes	Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten	15	02311		R
3	Behandlung des diabetischen Fußes	Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	17	02311		R
3	Behandlung des diabetischen Fußes	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Nephrologie	25	02311		R
3	Behandlung des diabetischen Fußes	Fachärzte für Orthopädie	31	02311		R
3	Behandlung des diabetischen Fußes	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie	39	02311		R
3	Behandlung des diabetischen Fußes	Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie	10	02311		R
3	Behandlung des diabetischen Fußes	Fachärzte für Neurochirurgie	11	02311		R
4	Behandlung von Hämorrhoiden	Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören	01	30610, 30611	L	
4	Behandlung von Hämorrhoiden	Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten	15	30610, 30611		R
4	Behandlung von Hämorrhoiden	Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	17	30610, 30611		R
4	Behandlung von Hämorrhoiden	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie	19	30610, 30611		R

Anlage 1 zum Honorarvertrag 2011 – Honorarverteilung und Vergütung

Anhang 2b: Qualitätsgebundene Zusatzvolumina

QZV-Nr.	QZV	RLV-AG	AG	GOP	Fallzählung	
					Leistungsfall	RLV-Fall
4	Behandlung von Hämorrhoiden	Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie	10	30610, 30611		R
4	Behandlung von Hämorrhoiden	Fachärzte für Neurochirurgie	11	30610, 30611		R
5	Betreuung neurologisch bzw. psychisch Kranker im sozialen Umfeld	Fachärzte für Nervenheilkunde	28	16230, 16231, 21230, 21231		R
6	Betreuung psychisch Kranker im sozialen Umfeld	Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie	29	21230, 21231		R
8	Bronchoskopie	Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	14	09315, 09316		R
8	Bronchoskopie	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie	23	13662, 13663, 13664, 13670	L	
9	Chirotherapie	Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören	01	30200, 30201	L	
9	Chirotherapie	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie	24	30200, 30201		R
9	Chirotherapie	Fachärzte für Nervenheilkunde	28	30200, 30201		R
9	Chirotherapie	Fachärzte für Orthopädie	31	30200, 30201		R
9	Chirotherapie	Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie	10	30200, 30201		R
9	Chirotherapie	Fachärzte für Neurochirurgie	11	30200, 30201		R
10	CT	Fachärzte für Diagnostische Radiologie	33	34310, 34311, 34312, 34320, 34321, 34322, 34330, 34340, 34341, 34342, 34343, 34344, 34345, 34350, 34351, 34360, 34502	L	
11	Dermatologische Lasertherapie	Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten	15	10320, 10322, 10324		R
12	Dringende Besuche	Fachärzte für Anästhesiologie	08	01411, 01412		R
12	Dringende Besuche	Fachärzte für Augenheilkunde	09	01411, 01412		R
12	Dringende Besuche	Fachärzte für Frauenheilkunde	12	01411, 01412		R
12	Dringende Besuche	Fachärzte für Frauenheilkunde mit fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	13	01411, 01412		R

Anlage 1 zum Honorarvertrag 2011 – Honorarverteilung und Vergütung

Anhang 2b: Qualitätsgebundene Zusatzvolumina

QZV-Nr.	QZV	RLV-AG	AG	GOP	Fallzählung	
					Leistungsfall	RLV-Fall
12	Dringende Besuche	Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	14	01411, 01412		R
12	Dringende Besuche	Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten	15	01411, 01412		R
12	Dringende Besuche	Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	17	01411, 01412		R
12	Dringende Besuche	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie	19	01411, 01412		R
12	Dringende Besuche	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/ Onkologie	20	01411, 01412		R
12	Dringende Besuche	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie	21	01411, 01412		R
12	Dringende Besuche	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie und invasiver Tätigkeit	22	01411, 01412		R
12	Dringende Besuche	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie	24	01411, 01412		R
12	Dringende Besuche	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Nephrologie	25	01411, 01412		R
12	Dringende Besuche	Fachärzte für Nervenheilkunde	28	01411, 01412		R
12	Dringende Besuche	Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie	29	01411, 01412		R
12	Dringende Besuche	Fachärzte für Orthopädie	31	01411, 01412		R
12	Dringende Besuche	Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie	32	01411, 01412	L	
12	Dringende Besuche	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie	39	01411, 01412		R
12	Dringende Besuche	Fachärzte für Anästhesiologie	88	01411, 01412		R
12	Dringende Besuche	Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie	10	01411, 01412		R
12	Dringende Besuche	Fachärzte für Neurochirurgie	11	01411, 01412		R
13	Elektroophtalmologie	Fachärzte für Augenheilkunde	09	06312		R
14	Ergometrie	Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören	01	03321	L	

Anlage 1 zum Honorarvertrag 2011 – Honorarverteilung und Vergütung

Anhang 2b: Qualitätsgebundene Zusatzvolumina

QZV-Nr.	QZV	RLV-AG	AG	GOP	Fallzählung	
					Leistungsfall	RLV-Fall
14	Ergometrie	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	04	04321		R
14	Ergometrie	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	06	04321		R
14	Ergometrie	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	07	04321		R
15	Fluoreszenzangiographie	Fachärzte für Augenheilkunde	09	06331		R
16	Gastroenterologie I	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/ Onkologie	20	13400, 13401, 13402, 13410, 13411, 13412		R
16	Gastroenterologie I	Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie	10	13400, 13401, 13402, 13410, 13411, 13412		R
16	Gastroenterologie I	Fachärzte für Neurochirurgie	11	13400, 13401, 13402, 13410, 13411, 13412		R
17	Gastroenterologie II	Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie	10	13420, 13662, 13663, 13664, 13670		R
17	Gastroenterologie II	Fachärzte für Neurochirurgie	11	13420, 13662, 13663, 13664, 13670		R
18	Geburtshilfe	Fachärzte für Frauenheilkunde	12	08231		R
18	Geburtshilfe	Fachärzte für Frauenheilkunde mit fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	13	08231		R
19	Histologie	Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten	15	19310, 19311, 19312, 19315, 19320		R
20	Hyposensibilisierungsbehandlung	Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören	01	30130		R
20	Hyposensibilisierungsbehandlung	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	04	30130		R
20	Hyposensibilisierungsbehandlung	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	06	30130		R
20	Hyposensibilisierungsbehandlung	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	07	30130		R
20	Hyposensibilisierungsbehandlung	Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten	15	30130		R
20	Hyposensibilisierungsbehandlung	Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	17	30130		R
20	Hyposensibilisierungsbehandlung	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie	19	30130		R
20	Hyposensibilisierungsbehandlung	Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie	32	30130	L	

Anlage 1 zum Honorarvertrag 2011 – Honorarverteilung und Vergütung

Anhang 2b: Qualitätsgebundene Zusatzvolumina

QZV-Nr.	QZV	RLV-AG	AG	GOP	Fallzählung	
					Leistungsfall	RLV-Fall
20	Hyposensibilisierungsbehandlung	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie	23	30130		R
21	Inkontinenzbehandlung	Fachärzte für Frauenheilkunde	12	08310, 08311		R
21	Inkontinenzbehandlung	Fachärzte für Frauenheilkunde mit fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	13	08310, 08311		R
22	Interventionelle Radiologie	Fachärzte für Diagnostische Radiologie	33	01530, 01531, 34283, 34284, 34285, 34286, 34287	L	
22	Interventionelle Radiologie	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie	39	01530, 01531, 34283, 34284, 34285, 34286, 34287		R
23	Invasive Kardiologie	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie	39	01520, 01521, 34291, 34292		R
24	Kardiorespiratorische Polygraphie	Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören	01	30900	L	
24	Kardiorespiratorische Polygraphie	Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	17	30900		R
24	Kardiorespiratorische Polygraphie	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie	19	30900		R
24	Kardiorespiratorische Polygraphie	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie	21	30900		R
24	Kardiorespiratorische Polygraphie	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie und invasiver Tätigkeit	22	30900		R
24	Kardiorespiratorische Polygraphie	Fachärzte für Nervenheilkunde	28	30900		R
24	Kardiorespiratorische Polygraphie	Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie	29	30900		R
24	Kardiorespiratorische Polygraphie	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie	39	30900		R
25	Kleinchirurgie	Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	17	02300, 02301, 02302, 02310		R

Anlage 1 zum Honorarvertrag 2011 – Honorarverteilung und Vergütung

Anhang 2b: Qualitätsgebundene Zusatzvolumina

QZV-Nr.	QZV	RLV-AG	AG	GOP	Fallzählung	
					Leistungsfall	RLV-Fall
25	Kleinchirurgie	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie	39	02300, 02301, 02302, 02310		R
26	Kontaktlinsenanpassung	Fachärzte für Augenheilkunde	09	06340, 06341, 06342, 06343		R
27	Kontrolle Herzschrittmacher	Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	17	13552		R
27	Kontrolle Herzschrittmacher	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie	19	13552		R
27	Kontrolle Herzschrittmacher	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie	39	13552		R
28	Kurative Mammographie	Fachärzte für Frauenheilkunde	12	34270, 34271, 34272, 34273		R
28	Kurative Mammographie	Fachärzte für Frauenheilkunde mit fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	13	34270, 34271, 34272, 34273		R
28	Kurative Mammographie	Fachärzte für Diagnostische Radiologie	33	34270, 34271, 34272, 34273	L	
29	Labor-Grundpauschale	Fachärzte für Anästhesiologie	08	12225		R
29	Labor-Grundpauschale	Fachärzte für Augenheilkunde	09	12225		R
29	Labor-Grundpauschale	Fachärzte für Frauenheilkunde	12	12225		R
29	Labor-Grundpauschale	Fachärzte für Frauenheilkunde mit fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	13	12225		R
29	Labor-Grundpauschale	Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	14	12225		R
29	Labor-Grundpauschale	Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten	15	12225		R
29	Labor-Grundpauschale	Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	17	12225		R
29	Labor-Grundpauschale	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie	19	12225		R
29	Labor-Grundpauschale	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/ Onkologie	20	12225		R
29	Labor-Grundpauschale	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie	21	12225		R
29	Labor-Grundpauschale	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie und invasiver Tätigkeit	22	12225		R

Anlage 1 zum Honorarvertrag 2011 – Honorarverteilung und Vergütung

Anhang 2b: Qualitätsgebundene Zusatzvolumina

QZV-Nr.	QZV	RLV-AG	AG	GOP	Fallzählung	
					Leistungsfall	RLV-Fall
29	Labor-Grundpauschale	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie	24	12225		R
29	Labor-Grundpauschale	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Nephrologie	25	12225		R
29	Labor-Grundpauschale	Fachärzte für Nervenheilkunde	28	12225		R
29	Labor-Grundpauschale	Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie	29	12225		R
29	Labor-Grundpauschale	Fachärzte für Nuklearmedizin	30	12225		R
29	Labor-Grundpauschale	Fachärzte für Orthopädie	31	12225		R
29	Labor-Grundpauschale	Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie	32	12225	L	
29	Labor-Grundpauschale	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie	39	12225		R
29	Labor-Grundpauschale	Fachärzte für Anästhesiologie	88	12225		R
29	Labor-Grundpauschale	Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie	10	12225		R
29	Labor-Grundpauschale	Fachärzte für Neurochirurgie	11	12225		R
30	Langzeit-Blutdruckmessung	Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören	01	03324		R
30	Langzeit-Blutdruckmessung	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	04	04324		R
30	Langzeit-Blutdruckmessung	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	06	04324		R
30	Langzeit-Blutdruckmessung	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	07	04324		R
31	Langzeit-EKG	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	04	04241, 04322		R
31	Langzeit-EKG	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	06	04241, 04322		R
31	Langzeit-EKG	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	07	04241, 04322		R
31	Langzeit-EKG	Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	17	13252, 13253		R
31	Langzeit-EKG	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie	19	13252, 13253		R
31	Langzeit-EKG	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie	39	13252, 13253		R

Anlage 1 zum Honorarvertrag 2011 – Honorarverteilung und Vergütung

Anhang 2b: Qualitätsgebundene Zusatzvolumina

QZV-Nr.	QZV	RLV-AG	AG	GOP	Fallzählung	
					Leistungsfall	RLV-Fall
32	Mamma-Sonographie, Stanzbiopsie	Fachärzte für Frauenheilkunde	12	08320, 33041	L	
32	Mamma-Sonographie, Stanzbiopsie	Fachärzte für Frauenheilkunde mit fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	13	08320, 33041	L	
33	MRT	Fachärzte für Nuklearmedizin	30	34410, 34411, 34420, 34421, 34422, 34430, 34431, 34440, 34441, 34442, 34450, 34451, 34452, 34460		R
33	MRT	Fachärzte für Diagnostische Radiologie	33	34410, 34411, 34420, 34421, 34422, 34430, 34431, 34440, 34441, 34442, 34450, 34451, 34452, 34460	L	
34	MRT-Angiographie	Fachärzte für Nuklearmedizin	30	34470, 34475, 34480, 34485, 34486, 34489, 34490, 34492		R
34	MRT-Angiographie	Fachärzte für Diagnostische Radiologie	33	34470, 34475, 34480, 34485, 34486, 34489, 34490, 34492	L	
35	Narkosen bei Geburtshilfe	Fachärzte für Anästhesiologie	08	05360, 05361, 05370, 05371, 05372		R
35	Narkosen bei Geburtshilfe	Fachärzte für Anästhesiologie	88	05360, 05361, 05370, 05371, 05372		R
36	Narkosen bei zahnärztlicher Behandlung	Fachärzte für Anästhesiologie	08	05330, 05331, 05340, 05341, 05350	L	
36	Narkosen bei zahnärztlicher Behandlung	Fachärzte für Anästhesiologie	88	05330, 05331, 05340, 05341, 05350	L	
38	Neurophysiologische Übungsbehandlung	Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	26	30300, 30301		R
38	Neurophysiologische Übungsbehandlung	Fachärzte für Nervenheilkunde	28	30300, 30301		R
38	Neurophysiologische Übungsbehandlung	Fachärzte für Orthopädie	31	30300, 30301		R
38	Neurophysiologische Übungsbehandlung	Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie	32	30300, 30301	L	
39	Osteodensitometrie	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie	24	34600		R
39	Osteodensitometrie	Fachärzte für Orthopädie	31	34600		R
39	Osteodensitometrie	Fachärzte für Diagnostische Radiologie	33	34600	L	

Anlage 1 zum Honorarvertrag 2011 – Honorarverteilung und Vergütung

Anhang 2b: Qualitätsgebundene Zusatzvolumina

QZV-Nr.	QZV	RLV-AG	AG	GOP	Fallzählung	
					Leistungsfall	RLV-Fall
40	Otoakustische Emissionen	Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie	32	20324, 20327, 20340	L	
41	Phlebologie	Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören	01	30500, 30501	L	
41	Phlebologie	Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten	15	30500, 30501		R
41	Phlebologie	Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	17	30500, 30501		R
41	Phlebologie	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie	19	30500, 30501		R
41	Phlebologie	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie	39	30500, 30501		R
41	Phlebologie	Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie	10	30500, 30501	L	
41	Phlebologie	Fachärzte für Neurochirurgie	11	30500, 30501	L	
42	Phoniatrie, Pädaudiologie	Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie	32	20330, 20331, 20332, 20333, 20335, 20336	L	
44	Physikalische Therapie	Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören	01	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421	L	
44	Physikalische Therapie	Fachärzte für Frauenheilkunde	12	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 30431		R
44	Physikalische Therapie	Fachärzte für Frauenheilkunde mit fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	13	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 30431		R
44	Physikalische Therapie	Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten	15	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 30431		R
44	Physikalische Therapie	Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	17	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421		R
44	Physikalische Therapie	Fachärzte für Nervenheilkunde	28	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421		R

Anlage 1 zum Honorarvertrag 2011 – Honorarverteilung und Vergütung

Anhang 2b: Qualitätsgebundene Zusatzvolumina

QZV-Nr.	QZV	RLV-AG	AG	GOP	Fallzählung	
					Leistungsfall	RLV-Fall
44	Physikalische Therapie	Fachärzte für Orthopädie	31	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421		R
44	Physikalische Therapie	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie	39	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421		R
44	Physikalische Therapie	Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie	10	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 30431		R
44	Physikalische Therapie	Fachärzte für Neurochirurgie	11	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 30431		R
45	Polysomnographie	Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	14	30901		R
45	Polysomnographie	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie	23	30901	L	
46	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	Fachärzte für Anästhesiologie	08	01510, 01511, 01512		R
46	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	Fachärzte für Frauenheilkunde	12	01510, 01511, 01512	L	
46	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	Fachärzte für Frauenheilkunde mit fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	13	01510, 01511, 01512		R
46	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten	15	01510, 01511, 01512		R
46	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	17	01510, 01511, 01512		R
46	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie	19	01510, 01511, 01512		R
46	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	Fachärzte für Nervenheilkunde	28	01510, 01511, 01512		R
46	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	Fachärzte für Orthopädie	31	01510, 01511, 01512		R
46	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	Fachärzte für Diagnostische Radiologie	33	01510, 01511, 01512	L	
46	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	Fachärzte für Urologie	36	01510, 01511, 01512	L	

Anlage 1 zum Honorarvertrag 2011 – Honorarverteilung und Vergütung

Anhang 2b: Qualitätsgebundene Zusatzvolumina

QZV-Nr.	QZV	RLV-AG	AG	GOP	Fallzählung	
					Leistungsfall	RLV-Fall
46	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie	39	01510, 01511, 01512		R
46	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	Fachärzte für Anästhesiologie	88	01510, 01511, 01512		R
46	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie	10	01510, 01511, 01512		R
46	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	Fachärzte für Neurochirurgie	11	01510, 01511, 01512		R
47	Proktologie	Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören	01	03331, 03332, 30600, 30601	L	
47	Proktologie	Fachärzte für Frauenheilkunde	12	08333, 08334, 30600, 30601		R
47	Proktologie	Fachärzte für Frauenheilkunde mit fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	13	08333, 08334, 30600, 30601		R
47	Proktologie	Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten	15	30600, 30601		R
47	Proktologie	Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	17	13257, 30600, 30601		R
47	Proktologie	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie	19	13257, 30600, 30601		R
47	Proktologie	Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie	10	30600, 30601		R
47	Proktologie	Fachärzte für Neurochirurgie	11	30600, 30601		R
48	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören	01	35100, 35110, 35111, 35113, 35120		R
48	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	04	35100, 35110, 35111, 35113, 35120		R
48	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	06	35100, 35110, 35111, 35113, 35120		R

Anlage 1 zum Honorarvertrag 2011 – Honorarverteilung und Vergütung

Anhang 2b: Qualitätsgebundene Zusatzvolumina

QZV-Nr.	QZV	RLV-AG	AG	GOP	Fallzählung	
					Leistungsfall	RLV-Fall
48	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	07	35100, 35110, 35111, 35113, 35120		R
48	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	Fachärzte für Anästhesiologie	08	35100, 35110, 35111, 35113, 35120		R
48	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	Fachärzte für Augenheilkunde	09	35100, 35110, 35111, 35113, 35120		R
48	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	Fachärzte für Frauenheilkunde	12	35100, 35110, 35111, 35113, 35120		R
48	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	Fachärzte für Frauenheilkunde mit fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	13	35100, 35110, 35111, 35113, 35120		R
48	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten	15	35100, 35110, 35111, 35113, 35120		R
48	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	17	35100, 35110, 35111, 35113, 35120		R
48	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie	19	35100, 35110, 35111, 35113, 35120		R
48	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/ Onkologie	20	35100, 35110, 35111, 35113, 35120		R
48	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie	21	35100, 35110, 35111, 35113, 35120		R
48	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie und invasiver Tätigkeit	22	35100, 35110, 35111, 35113, 35120		R
48	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie	24	35100, 35110, 35111, 35113, 35120		R
48	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	Fachärzte für Nervenheilkunde	28	35100, 35110, 35111, 35113, 35120		R
48	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie	29	35100, 35110, 35111, 35113, 35120		R
48	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	Fachärzte für Orthopädie	31	35100, 35110, 35111, 35113, 35120		R
48	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie	32	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	L	

Anlage 1 zum Honorarvertrag 2011 – Honorarverteilung und Vergütung

Anhang 2b: Qualitätsgebundene Zusatzvolumina

QZV-Nr.	QZV	RLV-AG	AG	GOP	Fallzählung	
					Leistungsfall	RLV-Fall
48	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	Fachärzte für Urologie	36	35100, 35110, 35111, 35113, 35120		R
48	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie	39	35100, 35110, 35111, 35113, 35120		R
48	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	Fachärzte für Anästhesiologie	88	35100, 35110, 35111, 35113, 35120		R
48	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie	10	35100, 35110, 35111, 35113, 35120		R
48	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	Fachärzte für Neurochirurgie	11	35100, 35110, 35111, 35113, 35120		R
48	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	Fachärzte für Physikalisch-Rehabilitative Medizin	37	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	L	
49	Reproduktionsmedizin	Fachärzte für Frauenheilkunde	12	08230		R
49	Reproduktionsmedizin	Fachärzte für Frauenheilkunde mit fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	13	08230		R
50	Richtlinienpsychotherapie I	Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören	01	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	L	
50	Richtlinienpsychotherapie I	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	04	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150		R
50	Richtlinienpsychotherapie I	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	06	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150		R
50	Richtlinienpsychotherapie I	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	07	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150		R
50	Richtlinienpsychotherapie I	Fachärzte für Anästhesiologie	08	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150		R
50	Richtlinienpsychotherapie I	Fachärzte für Frauenheilkunde	12	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150		R
50	Richtlinienpsychotherapie I	Fachärzte für Frauenheilkunde mit fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	13	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150		R
50	Richtlinienpsychotherapie I	Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten	15	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150		R

Anlage 1 zum Honorarvertrag 2011 – Honorarverteilung und Vergütung

Anhang 2b: Qualitätsgebundene Zusatzvolumina

QZV-Nr.	QZV	RLV-AG	AG	GOP	Fallzählung	
					Leistungsfall	RLV-Fall
50	Richtlinienpsychotherapie I	Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	17	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150		R
50	Richtlinienpsychotherapie I	Fachärzte für Nervenheilkunde	28	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150		R
50	Richtlinienpsychotherapie I	Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie	29	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150		R
50	Richtlinienpsychotherapie I	Fachärzte für Orthopädie	31	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150		R
50	Richtlinienpsychotherapie I	Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie	32	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	L	
50	Richtlinienpsychotherapie I	Fachärzte für Urologie	36	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150		R
50	Richtlinienpsychotherapie I	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie	39	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150		R
50	Richtlinienpsychotherapie I	Fachärzte für Anästhesiologie	88	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150		R
51	Richtlinienpsychotherapie II	Fachärzte für Anästhesiologie	08	35200, 35201, 35202, 35203, 35210, 35211, 35220, 35221, 35222, 35223, 35224, 35225		R
51	Richtlinienpsychotherapie II	Fachärzte für Frauenheilkunde	12	35200, 35201, 35202, 35203, 35210, 35211, 35220, 35221, 35222, 35223, 35224, 35225		R
51	Richtlinienpsychotherapie II	Fachärzte für Frauenheilkunde mit fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	13	35200, 35201, 35202, 35203, 35210, 35211, 35220, 35221, 35222, 35223, 35224, 35225		R
51	Richtlinienpsychotherapie II	Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	14	35200, 35201, 35202, 35203, 35210, 35211, 35220, 35221, 35222, 35223, 35224, 35225		R
51	Richtlinienpsychotherapie II	Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten	15	35200, 35201, 35202, 35203, 35210, 35211, 35220, 35221, 35222, 35223, 35224, 35225		R

Anlage 1 zum Honorarvertrag 2011 – Honorarverteilung und Vergütung

Anhang 2b: Qualitätsgebundene Zusatzvolumina

QZV-Nr.	QZV	RLV-AG	AG	GOP	Fallzählung	
					Leistungsfall	RLV-Fall
51	Richtlinienpsychotherapie II	Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	17	35200, 35201, 35202, 35203, 35210, 35211, 35220, 35221, 35222, 35223, 35224, 35225		R
51	Richtlinienpsychotherapie II	Fachärzte für Orthopädie	31	35200, 35201, 35202, 35203, 35210, 35211, 35220, 35221, 35222, 35223, 35224, 35225		R
51	Richtlinienpsychotherapie II	Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie	32	35200, 35201, 35202, 35203, 35210, 35211, 35220, 35221, 35222, 35223, 35224, 35225	L	
51	Richtlinienpsychotherapie II	Fachärzte für Urologie	36	35200, 35201, 35202, 35203, 35210, 35211, 35220, 35221, 35222, 35223, 35224, 35225		R
51	Richtlinienpsychotherapie II	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie	39	35200, 35201, 35202, 35203, 35210, 35211, 35220, 35221, 35222, 35223, 35224, 35225		R
51	Richtlinienpsychotherapie II	Fachärzte für Anästhesiologie	88	35200, 35201, 35202, 35203, 35210, 35211, 35220, 35221, 35222, 35223, 35224, 35225		R
52	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören	01	30710, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760	L	
52	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	Fachärzte für Anästhesiologie	08	30710, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760	L	
52	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	14	30710, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760		R
52	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	17	30710, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760		R

Anlage 1 zum Honorarvertrag 2011 – Honorarverteilung und Vergütung

Anhang 2b: Qualitätsgebundene Zusatzvolumina

QZV-Nr.	QZV	RLV-AG	AG	GOP	Fallzählung	
					Leistungsfall	RLV-Fall
52	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/ Onkologie	20	30710, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760		R
52	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie	24	30710, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760		R
52	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	Fachärzte für Nervenheilkunde	28	30710, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760		R
52	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	Fachärzte für Orthopädie	31	30710, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760		R
52	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie	39	30710, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760		R
52	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	Fachärzte für Anästhesiologie	88	30710, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760	L	
52	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie	10	30710, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760		R
52	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	Fachärzte für Neurochirurgie	11	30710, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760		R
52	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	Fachärzte für Physikalisch-Rehabilitative Medizin	37	30710, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760		R
53	Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	Fachärzte für Neurochirurgie	11	30700, 30702, 30704, 30706, 30708	L	
53	Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören	01	30700, 30702, 30704, 30706, 30708	L	

Anlage 1 zum Honorarvertrag 2011 – Honorarverteilung und Vergütung

Anhang 2b: Qualitätsgebundene Zusatzvolumina

QZV-Nr.	QZV	RLV-AG	AG	GOP	Fallzählung	
					Leistungsfall	RLV-Fall
53	Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	Fachärzte für Anästhesiologie	08	30700, 30702, 30704, 30706, 30708	L	
53	Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	17	30700, 30702, 30704, 30706, 30708	L	
53	Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	Fachärzte für Nervenheilkunde	28	30700, 30702, 30704, 30706, 30708	L	
53	Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	Fachärzte für Orthopädie	31	30700, 30702, 30704, 30706, 30708	L	
53	Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie	39	30700, 30702, 30704, 30706, 30708	L	
53	Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	Fachärzte für Anästhesiologie	88	30700, 30702, 30704, 30706, 30708	L	
53	Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	Fachärzte für Physikalisch-Rehabilitative Medizin	37	30700, 30702, 30704, 30706, 30708	L	
54	Schwangerschaftsabbruch	Fachärzte für Anästhesiologie	08	01903, 01910, 01913		R
54	Schwangerschaftsabbruch	Fachärzte für Anästhesiologie	88	01903, 01910, 01913		R
55	Sonographie Haut	Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten	15	33080, 33081		R
56	Sonographie I	Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören	01	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	L	
56	Sonographie I	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	04	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092		R
56	Sonographie I	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	06	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092		R
56	Sonographie I	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	07	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092		R
56	Sonographie I	Fachärzte für Augenheilkunde	09	33000, 33001, 33002, 33011		R

Anlage 1 zum Honorarvertrag 2011 – Honorarverteilung und Vergütung

Anhang 2b: Qualitätsgebundene Zusatzvolumina

QZV-Nr.	QZV	RLV-AG	AG	GOP	Fallzählung	
					Leistungsfall	RLV-Fall
56	Sonographie I	Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	17	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092		R
56	Sonographie I	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie	21	33000, 33001, 33002, 33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092		R
56	Sonographie I	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie und invasiver Tätigkeit	22	33000, 33001, 33002, 33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092		R
56	Sonographie I	Fachärzte für Nuklearmedizin	30	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092		R
56	Sonographie I	Fachärzte für Orthopädie	31	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092		R
56	Sonographie I	Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie	32	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	L	
56	Sonographie I	Fachärzte für Diagnostische Radiologie	33	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	L	
56	Sonographie I	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie	39	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092		R
56	Sonographie I	Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie	10	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092		R
56	Sonographie I	Fachärzte für Neurochirurgie	11	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092		R

Anlage 1 zum Honorarvertrag 2011 – Honorarverteilung und Vergütung

Anhang 2b: Qualitätsgebundene Zusatzvolumina

QZV-Nr.	QZV	RLV-AG	AG	GOP	Fallzählung	
					Leistungsfall	RLV-Fall
57	Sonographie II	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	04	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040		R
57	Sonographie II	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	06	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040		R
57	Sonographie II	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	07	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040		R
57	Sonographie II	Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	17	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040		R
57	Sonographie II	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie	19	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040		R
57	Sonographie II	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/ Onkologie	20	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040		R
57	Sonographie II	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie	24	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040		R
57	Sonographie II	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Nephrologie	25	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040		R
57	Sonographie II	Fachärzte für Nuklearmedizin	30	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040		R
57	Sonographie II	Fachärzte für Diagnostische Radiologie	33	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040	L	
57	Sonographie II	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie	39	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040		R
58	Sonographie III	Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören	01	33060, 33061, 33062	L	
58	Sonographie III	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	04	33060, 33061, 33062, 33076		R
58	Sonographie III	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	06	33060, 33061, 33062, 33076		R
58	Sonographie III	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	07	33060, 33061, 33062, 33076		R
58	Sonographie III	Fachärzte für Frauenheilkunde	12	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076		R

Anlage 1 zum Honorarvertrag 2011 – Honorarverteilung und Vergütung

Anhang 2b: Qualitätsgebundene Zusatzvolumina

QZV-Nr.	QZV	RLV-AG	AG	GOP	Fallzählung	
					Leistungsfall	RLV-Fall
58	Sonographie III	Fachärzte für Frauenheilkunde mit fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	13	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076		R
58	Sonographie III	Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten	15	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076		R
58	Sonographie III	Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	17	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076		R
58	Sonographie III	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie	19	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076		R
58	Sonographie III	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/ Onkologie	20	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076		R
58	Sonographie III	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie	21	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076		R
58	Sonographie III	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie und invasiver Tätigkeit	22	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076		R
58	Sonographie III	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie	24	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076		R
58	Sonographie III	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Nephrologie	25	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076		R
58	Sonographie III	Fachärzte für Nervenheilkunde	28	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	L	
58	Sonographie III	Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie	29	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076		R

Anlage 1 zum Honorarvertrag 2011 – Honorarverteilung und Vergütung
Anhang 2b: Qualitätsgebundene Zusatzvolumina

QZV-Nr.	QZV	RLV-AG	AG	GOP	Fallzählung	
					Leistungsfall	RLV-Fall
58	Sonographie III	Fachärzte für Nuklearmedizin	30	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076		R
58	Sonographie III	Fachärzte für Diagnostische Radiologie	33	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	L	
58	Sonographie III	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie	39	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076		R
58	Sonographie III	Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie	10	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	L	
58	Sonographie III	Fachärzte für Neurochirurgie	11	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	L	
59	Soziotherapie	Fachärzte für Nervenheilkunde	28	30810, 30811		R
59	Soziotherapie	Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie	29	30810, 30811		R
60	Spirometrie	Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören	01	03330		R
60	Spirometrie	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	04	04330		R
60	Spirometrie	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	06	04330		R
60	Spirometrie	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	07	04330		R
62	Teilradiologie	Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	14	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, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503		R

Anlage 1 zum Honorarvertrag 2011 – Honorarverteilung und Vergütung

Anhang 2b: Qualitätsgebundene Zusatzvolumina

QZV-Nr.	QZV	RLV-AG	AG	GOP	Fallzählung	
					Leistungsfall	RLV-Fall
62	Teilradiologie	Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	17	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, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503		R
62	Teilradiologie	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie	19	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, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503		R
62	Teilradiologie	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/ Onkologie	20	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, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503		R

Anlage 1 zum Honorarvertrag 2011 – Honorarverteilung und Vergütung

Anhang 2b: Qualitätsgebundene Zusatzvolumina

QZV-Nr.	QZV	RLV-AG	AG	GOP	Fallzählung	
					Leistungsfall	RLV-Fall
62	Teilradiologie	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie	21	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, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503		R
62	Teilradiologie	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie und invasiver Tätigkeit	22	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, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503		R
62	Teilradiologie	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie	23	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, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503	L	

Anlage 1 zum Honorarvertrag 2011 – Honorarverteilung und Vergütung

Anhang 2b: Qualitätsgebundene Zusatzvolumina

QZV-Nr.	QZV	RLV-AG	AG	GOP	Fallzählung	
					Leistungsfall	RLV-Fall
62	Teilradiologie	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie	24	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, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503		R
62	Teilradiologie	Fachärzte für Nuklearmedizin	30	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, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503		R
62	Teilradiologie	Fachärzte für Orthopädie	31	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, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503		R

Anlage 1 zum Honorarvertrag 2011 – Honorarverteilung und Vergütung

Anhang 2b: Qualitätsgebundene Zusatzvolumina

QZV-Nr.	QZV	RLV-AG	AG	GOP	Fallzählung	
					Leistungsfall	RLV-Fall
62	Teilradiologie	Fachärzte für Diagnostische Radiologie	33	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, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503	L	
62	Teilradiologie	Fachärzte für Urologie	36	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, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503	L	
62	Teilradiologie	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie	39	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, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503		R

Anlage 1 zum Honorarvertrag 2011 – Honorarverteilung und Vergütung

Anhang 2b: Qualitätsgebundene Zusatzvolumina

QZV-Nr.	QZV	RLV-AG	AG	GOP	Fallzählung	
					Leistungsfall	RLV-Fall
62	Teilradiologie	Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie	10	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, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503	L	
62	Teilradiologie	Fachärzte für Neurochirurgie	11	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, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503	L	
63	Ulcus cruris, CVI	Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten	15	02312, 02313		R
63	Ulcus cruris, CVI	Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	17	02312, 02313		R
63	Ulcus cruris, CVI	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie	19	02312, 02313		R
63	Ulcus cruris, CVI	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/ Onkologie	20	02312, 02313		R
63	Ulcus cruris, CVI	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie	21	02312, 02313		R
63	Ulcus cruris, CVI	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie und invasiver Tätigkeit	22	02312, 02313		R
63	Ulcus cruris, CVI	Fachärzte für Orthopädie	31	02312, 02313		R
63	Ulcus cruris, CVI	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie	39	02312, 02313		R

Anlage 1 zum Honorarvertrag 2011 – Honorarverteilung und Vergütung

Anhang 2b: Qualitätsgebundene Zusatzvolumina

QZV-Nr.	QZV	RLV-AG	AG	GOP	Fallzählung	
					Leistungsfall	RLV-Fall
63	Ulcus cruris, CVI	Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie	10	02312, 02313	L	
63	Ulcus cruris, CVI	Fachärzte für Neurochirurgie	11	02312, 02313	L	
64	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	Fachärzte für Anästhesiologie	08	01100, 01101, 01102		R
64	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	Fachärzte für Augenheilkunde	09	01100, 01101, 01102		R
64	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	Fachärzte für Frauenheilkunde	12	01100, 01101, 01102		R
64	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	Fachärzte für Frauenheilkunde mit fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	13	01100, 01101, 01102		R
64	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	14	01100, 01101, 01102		R
64	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten	15	01100, 01101, 01102		R
64	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	17	01100, 01101, 01102		R
64	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie	19	01100, 01101, 01102		R
64	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/ Onkologie	20	01100, 01101, 01102		R
64	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie	21	01100, 01101, 01102		R
64	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie und invasiver Tätigkeit	22	01100, 01101, 01102		R
64	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie	24	01100, 01101, 01102		R
64	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Nephrologie	25	01100, 01101, 01102		R
64	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	Fachärzte für Nervenheilkunde	28	01100, 01101, 01102		R

Anlage 1 zum Honorarvertrag 2011 – Honorarverteilung und Vergütung

Anhang 2b: Qualitätsgebundene Zusatzvolumina

QZV-Nr.	QZV	RLV-AG	AG	GOP	Fallzählung	
					Leistungsfall	RLV-Fall
64	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie	29	01100, 01101, 01102		R
64	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	Fachärzte für Nuklearmedizin	30	01102		R
64	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	Fachärzte für Orthopädie	31	01100, 01101, 01102		R
64	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie	32	01100, 01101, 01102	L	
64	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	Fachärzte für Urologie	36	01100, 01101, 01102		R
64	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie	39	01100, 01101, 01102		R
64	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	Fachärzte für Anästhesiologie	88	01100, 01101, 01102		R
64	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie	10	01100, 01101, 01102		R
64	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	Fachärzte für Neurochirurgie	11	01100, 01101, 01102		R
65	Verordnung medizinischer Rehabilitation	Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten	15	01611		R
65	Verordnung medizinischer Rehabilitation	Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	17	01611		R
65	Verordnung medizinischer Rehabilitation	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie	19	01611		R
65	Verordnung medizinischer Rehabilitation	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/ Onkologie	20	01611		R
65	Verordnung medizinischer Rehabilitation	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie	21	01611		R
65	Verordnung medizinischer Rehabilitation	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie	22	01611		R
65	Verordnung medizinischer Rehabilitation	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie	24	01611		R

Anlage 1 zum Honorarvertrag 2011 – Honorarverteilung und Vergütung

Anhang 2b: Qualitätsgebundene Zusatzvolumina

QZV-Nr.	QZV	RLV-AG	AG	GOP	Fallzählung	
					Leistungsfall	RLV-Fall
65	Verordnung medizinischer Rehabilitation	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Nephrologie	25	01611		R
65	Verordnung medizinischer Rehabilitation	Fachärzte für Nervenheilkunde	28	01611		R
65	Verordnung medizinischer Rehabilitation	Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie	29	01611		R
65	Verordnung medizinischer Rehabilitation	Fachärzte für Orthopädie	31	01611		R
65	Verordnung medizinischer Rehabilitation	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie	39	01611		R
65	Verordnung medizinischer Rehabilitation	Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie	10	01611		R
65	Verordnung medizinischer Rehabilitation	Fachärzte für Physikalisch-Rehabilitative Medizin	37	01611		R
65	Verordnung medizinischer Rehabilitation	Fachärzte für Neurochirurgie	11	01611		R
66	Zytologie	Fachärzte für Frauenheilkunde	12	01826, 19310, 19311, 19312		R
66	Zytologie	Fachärzte für Frauenheilkunde mit fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	13	01826, 19310, 19311, 19312		R
66	Zytologie	Fachärzte für Urologie	36	01826, 19310, 19311, 19312		R
80	Sonographie mit Kontrastmittel	Fachärzte für Frauenheilkunde	12	08341		R
81	Zuschläge zur Sonographie	Fachärzte für Frauenheilkunde	12	33091, 33092		R
82	Anlegen und Durchführung Langzeit-EKG	Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören	01	03322		R
83	Auswertung Langzeit- EKG	Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören	01	03241		R
87	Leistungen Kap. 4.4	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	04	04410, 04418, 04419, 04420, 04430, 04431, 04433, 04434, 04435, 04436, 04437, 04439, 04441, 04442, 04443	L	

Anlage 1 zum Honorarvertrag 2011 – Honorarverteilung und Vergütung

Anhang 2b: Qualitätsgebundene Zusatzvolumina

QZV-Nr.	QZV	RLV-AG	AG	GOP	Fallzählung	
					Leistungsfall	RLV-Fall
87	Leistungen Kap. 4.4	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	06	04410, 04418, 04419, 04420, 04430, 04431, 04433, 04434, 04435, 04436, 04437, 04439, 04441, 04442, 04443	L	
87	Leistungen Kap. 4.4	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	07	04410, 04418, 04419, 04420, 04430, 04431, 04433, 04434, 04435, 04436, 04437, 04439, 04441, 04442, 04443	L	
88	Leistungen Kap. 4.5	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	04	04511, 04512, 04513, 04516, 04517, 04521, 04523, 04525, 04527, 04530, 04532, 04534, 04535, 04536, 04537, 04550, 04551, 04560, 04561, 04562, 04564, 04565, 04566, 04572, 04573, 04580	L	
88	Leistungen Kap. 4.5	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	06	04511, 04512, 04513, 04516, 04517, 04521, 04523, 04525, 04527, 04530, 04532, 04534, 04535, 04536, 04537, 04550, 04551, 04560, 04561, 04562, 04564, 04565, 04566, 04572, 04573, 04580	L	
88	Leistungen Kap. 4.5	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	07	04511, 04512, 04513, 04516, 04517, 04521, 04523, 04525, 04527, 04530, 04532, 04534, 04535, 04536, 04537, 04550, 04551, 04560, 04561, 04562, 04564, 04565, 04566, 04572, 04573, 04580	L	
89	Ösophagogastroduodenoskopie	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie	19	13400		R
90	Funktionelle Entwicklungstherapie	Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	26	14310, 14311		R
91	Messung Blinkreflex, Neurophysiologische Untersuchung, Zuschlag für elektrophysiologische Leistungen	Fachärzte für Nervenheilkunde	28	16320, 16321, 16322	L	
92	Lumbalpunktion	Fachärzte für Nervenheilkunde	28	02342	L	

Anlage 1 zum Honorarvertrag 2011 – Honorarverteilung und Vergütung

Anhang 2b: Qualitätsgebundene Zusatzvolumina

QZV-Nr.	QZV	RLV-AG	AG	GOP	Fallzählung	
					Leistungsfall	RLV-Fall
93	Auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörung	Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie	32	20370, 35300, 35301	L	
94	Praxisklinische Tagesbetreuung	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/ Onkologie	20	01510, 01511, 01512		R
94	Praxisklinische Tagesbetreuung	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie	24	01510, 01511, 01512		R
95	Sonographie IV	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	04	33041, 33063, 33064, 33051		R
95	Sonographie IV	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	06	33041, 33063, 33064, 33051		R
95	Sonographie IV	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	07	33041, 33063, 33064, 33051		R
96	Bluttransfusion	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/ Onkologie	20	02110, 02111		R
97	Dialysebehandlung	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Nephrologie	25	13602, 13610, 13611, 13612		R
98	Oberbauchsonographie	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Endokrinologie	18	33042	L	
99	Schilddrüsenszintigraphie	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Endokrinologie	18	17320	L	
100	Myokardszintigraphie	Fachärzte für Nuklearmedizin	30	17330, 17331, 17332, 17333	L	
101	Objektive Stimmanalyse	Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie	32	20351, 20352	L	
102	SPECT-Zuschlag bei Doppel-Mehrkopfkamera	Fachärzte für Nuklearmedizin	30	17363	L	
103	SPECT-Zuschlag bei Einkopfkamera	Fachärzte für Nuklearmedizin	30	17362	L	
105	Leistungen der Nuklearmedizin (Kap. 17 EBM)	Fachärzte für Diagnostische Radiologie	33	17210, 17214, 17310, 17311, 17312, 17320, 17321, 17330, 17331, 17332, 17333, 17340, 17341, 17350, 17351, 17360, 17361, 17362, 17363, 17370, 17371, 17372, 17373	L	
107	Mamma-Sonographie	Fachärzte für Diagnostische Radiologie	33	33041	L	

Anlage 1 zum Honorarvertrag 2011 – Honorarverteilung und Vergütung

Anhang 2b: Qualitätsgebundene Zusatzvolumina

QZV-Nr.	QZV	RLV-AG	AG	GOP	Fallzählung	
					Leistungsfall	RLV-Fall
108	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung (TENS)	Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören	01	30712	L	
108	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung (TENS)	Fachärzte für Anästhesiologie	08	30712	L	
108	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung (TENS)	Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	14	30712		R
108	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung (TENS)	Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	17	30712		R
108	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung (TENS)	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/ Onkologie	20	30712		R
108	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung (TENS)	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie	24	30712		R
108	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung (TENS)	Fachärzte für Nervenheilkunde	28	30712		R
108	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung (TENS)	Fachärzte für Orthopädie	31	30712		R
108	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung (TENS)	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie	39	30712		R
108	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung (TENS)	Fachärzte für Anästhesiologie	88	30712	L	
108	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung (TENS)	Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie	10	30712		R
108	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung (TENS)	Fachärzte für Neurochirurgie	11	30712		R
108	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung (TENS)	Fachärzte für Physikalisch-Rehabilitative Medizin	37	30712		R

Anlage 1 zum Honorarvertrag 2011 – Honorarverteilung und Vergütung

Anhang 3: Datensatzbeschreibung für die Bereitstellung von Daten

Die Übermittlung der RLV-Transparenzdaten erfolgt nach dem jeweils gültigen Beschluss des Bewertungsausschusses bzw. des Erweiterten Bewertungsausschusses

Anlage 1a zum Honorarvertrag 2011 – Muster kassenartenübergreifende Abrechnung des Leistungsvolumens nach § 5 Abs. 1 Honorarvertrag*



Einzeleinstellungen gem. § 5 Abs. 1	Summe Vergütung Vorjahresquartal 1-2010 F19-B in €	Summe aller Versicherten aus 1-2010	Vergütungsanteil je Vers. in €	zzgl. Steigerungsrate 0,9% in €	Vergütung je Versicherten aus d. Basis inkl. Steigerung in €	Summe aller Versicherten aus 1-2011	höchstzulässiges Gesamtausgabevolumen in € f. 2011	tatsächlich angefordertes Gesamtausgabevolumen in Punkten	Punktwert 1-2011
Punkt 2 Belegarzt	900.000,00 €								
Punkt 3 A.O.P.	12.000.000,00 €								
Punkt 6 Vakuumbiosplen	28.000,00 €								
Punkt 8 Keratektomie ...	630,00 €								
Punkt 9 künstl. Befruchtung	210.000,00 €								
SUMME	13.138.630,00 €	2.808.765	4,68 €	0,04 €	4,72 €	3.000.001	14.160.004,72	430.000.000,0	3,2930244

MUSTER

* Für die Umsetzung des § 87d Abs. 4 SGB V durch die Partner der Gesamtverträge empfehlen die Partner des Bundesmantelvertrags-Ärzte gemäß der Vereinbarung zur Umsetzung des § 87d Abs. 4 Satz 4 SGB V folgendes:

Sofern nach dem 31. März 2011 in Kraft tretende Verträge nach den §§ 73b, 73c und 140a ff. SGB V auch Leistungen enthalten, die bis zu ihrer Einbeziehung in diese Verträge außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet wurden und die nicht den in § 87d Abs. 4 Satz 5 SGB V aufgeführten Leistungsbereichen zuzuordnen sind, sollen die Partner der Gesamtverträge geeignete Maßnahmen vereinbaren, die sicherstellen, dass die gemäß § 87d Abs. 4 SGB V zu beschließenden Ausgabenbegrenzungen angemessen angepasst werden.

Anlage 2 zum Honorarvertrag 2011 – besonders förderungswürdige Leistungen gemäß § 5 Abs. 2 Honorarvertrag

Die folgenden Leistungen des EBM-Abschnitts 31.2 und die damit im Zusammenhang erbrachten und abgerechneten Narkosen nach den GOP 31821 bis 31827 werden mit dem um den Punktwertzuschlag von **0,116 Cent** erhöhten Punktwert gemäß § 2 Abs. 2 des Honorarvertrages 2011 vergütet:

Leistungen	GOP
Eingriffe an der Körperoberfläche	31101, 31102, 31112 bis 31115
Eingriffe der Extremitätenchirurgie	31122 bis 31127
Eingriffe an Knochen und Gelenken	31131 bis 31135
endoskopische Gelenkeingriffe (Arthroskopien):	31141 bis 31147
visceralchirurgische Eingriffe	31152 bis 31156
Eingriffe der Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie	31202 bis 31205, 31212 bis 31215
Eingriffe der HNO-Chirurgie	31231 bis 31235
Eingriffe der Neurochirurgie	31242
Eingriffe an der Niere / Urogenitalsystem	31271 bis 31275, 31281, 31286
Eingriffe der Gynäkologie	31301, 31302, 31312 bis 31314

Bei der Abrechnung der o.g. Narkosen bei einer der o.g. Operationsleistungen notiert der Anästhesist neben der GOP für die Narkose die SNR 99000S.

Für Narkosen mit anderen als den oben genannten GOP und für Narkosen bei anderen als den oben genannten Eingriffen darf die SNR 99000S nicht notiert werden.

Abrechnungsordnung der KV Berlin ab 01.10.2011

gemäß § 8 des Honorarvertrages

**§ 1
Abrechnung**

1. Die Abrechnung erfolgt vierteljährlich.
2. Abrechnungsgrundlage ist der jeweils gültige Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM). Außerdem gelten die mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Krankenkassen abgeschlossenen Vereinbarungen.
3. Die Abrechnungsunterlagen sind zu den Terminen der KV Berlin einzureichen, wie sie vom Vorstand festgelegt und im KV-Mitteilungsblatt veröffentlicht werden.
4. Honoraranforderungen an die KV Berlin können nur über zu Abrechnungszwecken erstellten Dateien oder ordnungsgemäß ausgestellten Behandlungsausweisen gestellt werden.
5. Mit den Abrechnungsunterlagen ist als Voraussetzung für die Entstehung eines Honoraranspruchs gegenüber der KV Berlin eine Erklärung folgenden Inhalts abzugeben:

„Ich versichere, dass die in Rechnung gestellten Leistungen den tatsächlich ausgeführten Verrichtungen entsprechen und von mir persönlich oder unter meiner Aufsicht ausgeführt wurden und den gesetzlichen und den vertraglichen Bestimmungen sowie der Satzung der KV Berlin entsprechen“.

Berufsausübungsgemeinschaften (Gemeinschaftspraxen), Medizinische Versorgungszentren (MVZ), Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V sowie andere ärztlich geleitete Einrichtungen geben eine Sammelerklärung folgenden Inhalts ab:

„Wir versichern, dass die in Rechnung gestellten Leistungen den tatsächlich ausgeführten Leistungen entsprechen und von uns persönlich oder unter ärztlicher Aufsicht ausgeführt wurden und den gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen sowie der Satzung der KV Berlin entsprechen.“

Die Erklärung ist bei Berufsausübungsgemeinschaften von einem Mitglied der Gemeinschaft, bei MVZ, Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V und von anderen ärztlich geleiteten Einrichtungen von dem ärztlichen Leiter der Einrichtung abzugeben.

Bei Verhinderung des Berechtigten durch Krankheit/Schwangerschaft, Urlaub, Teilnahme an ärztlicher Fortbildung, Wehrübung ist eine Vertretung möglich. Der Vertreter ist – soweit möglich – der KV Berlin rechtzeitig vor Abgabe der Abrechnung schriftlich mitzuteilen. Laborgemeinschaften haben die Erklärung durch den Leiter abzugeben, der von Mitgliedern zur Abrechnung ermächtigt ist.

6. Für den Fall, dass Abrechnungsunterlagen – ohne vorherige Genehmigung durch den Vorstand – verspätet abgegeben werden, wird folgendes bestimmt:
 - a) Wird die vierteljährliche Abrechnung nebst Unterlagen erst nach Fristablauf eingereicht, besteht kein Anspruch auf Teilnahme an der Verteilung der Gesamtvergütung dieses Quartals oder auf Abschlagszahlungen.
 - b) Wird die vierteljährliche Abrechnung nebst Unterlagen erst nach Fristablauf eingereicht, wird die Abrechnung grundsätzlich bis zum nächsten Kalendervierteljahr zurückgestellt.
 - c) Bei nicht fristgerechter Abgabe der Abrechnungsunterlagen werden dem Abrechnenden die Kosten für Verwaltungsmehrarbeit auferlegt. Diese betragen bis zu einer Behandlungsfallzahl von insgesamt 500 = 150,00, und über 500 Behandlungsfälle = 250,00 €.
 - d) Der Vorstand kann von dieser Regelung im begründeten Einzelfall auf schriftlichen Antrag des Arztes bzw. der Praxis im Einzelfall abweichen.

Anlage 3 zum Honorarvertrag 2011 – Abrechnungsordnung

7. Bei von dem Abrechnenden verursachten Fehlern im Zusammenhang mit der Abrechnung der Zuzahlung gemäß § 28 Abs. 4 SGB V in der Abrechnung, die zu erheblicher Verwaltungsmehrarbeit führen, kann die KV Berlin dem Abrechnenden Kosten für die Verwaltungsmehrarbeit von bis zu 4,00 € je fehlerhaftem Behandlungsfall auferlegen
8. Die Abrechnung von Leistungen ist nach Ablauf eines Jahres – vom Ende des Kalendervierteljahres an gerechnet, in dem sie erbracht worden sind – ausgeschlossen. Einzelne Leistungen von zur Abrechnung eingereichten Behandlungsfällen, können nicht nachgereicht werden. Vertragsärzte sind bei Auf- bzw. Abgabe ihrer Vertragsarztpraxis grundsätzlich verpflichtet, alle zur Abrechnung beabsichtigten Behandlungsfälle mit der Abrechnung des letzten Quartals ihrer vertragsärztlichen Tätigkeit innerhalb der Abgabefristen einzureichen. Der Vorstand kann von dieser Regelung im begründeten Einzelfall auf schriftlichen Antrag des Arztes bzw. der Praxis abweichen. Verspätet eingereichte und zur Abrechnung gelangende Leistungen werden grundsätzlich mit den Punktwerten vergütet, die in dem Quartal zur Auszahlung gelangen, in dem sie zur Abrechnung eingereicht werden.

Eine Korrektur der Abrechnung, ist nur in begründeten Fällen, innerhalb des Monats der Abgabe der Abrechnung möglich.
9. Monatliche Abschlagszahlungen auf die zu erwartende Vergütung werden den Vertragsärzten in Höhe von 27,5 % jeweils am Monatsende gewährt.
10. Der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt ist verpflichtet, sämtliche Umstände, die für die Gewährung von Abschlagszahlungen von Bedeutung sind z.B. eine während des Quartals eingetretene Verminderung der Behandlungsfallzahl oder die eingeschränkte Praxisausübung und eine damit verbundene verminderte Leistungserbringung, der KV Berlin unverzüglich mitzuteilen.
11. RLV/QZV-Anträge können frühestens ab Zuweisung des RLV/QZV's und spätestens bis einen Monat nach Bekanntgabe des Honorarbescheides für das jeweilige Quartal gestellt werden.

§ 2

Abrechnungsfähige Leistungen

1. Abrechenbar sind alle Leistungen, die nach den Bestimmungen des Bundesmantelvertrages im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erbracht werden und alle Leistungen, die mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen zusätzlich vereinbart sind. Abrechenbar sind auch delegierbare vertragsärztliche Leistungen, die von ärztlichen oder nichtärztlichen Hilfskräften ausgeführt werden, soweit sie im Einzelfall von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten angeordnet und überwacht werden.
2. Gebietsärzte haben sich auf ihr Gebiet zu beschränken.
3. Konservierende Zahnbehandlungen durch Ärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie sind nicht abrechnungsfähig.

§ 3

Behandlungsfall / Krankheitsfall / Arztfall / Betriebsstättenfall

1. Behandlungsfall: Der Behandlungsfall ist definiert in § 21 Abs. 1 Bundesmantelvertrag-Ärzte bzw. § 25 Abs. 1 Ersatzkassenvertrag als Behandlung desselben Versicherten durch dieselbe Arztpraxis in einem Kalendervierteljahr zu Lasten derselben Krankenkasse.
2. Krankheitsfall: Der Krankheitsfall ist definiert in § 21 Abs. 1 Bundesmantelvertrag-Ärzte bzw. § 25 Abs. 1 Ersatzkassenvertrag und umfasst das aktuelle sowie die drei nachfolgenden Kalendervierteljahre, die der Berechnung der krankheitsfallbezogenen Gebührenordnungsposition folgen.
3. Betriebsstättenfall: Der Betriebsstättenfall ist definiert in § 21 Abs. 1a Bundesmantelvertrag-Ärzte bzw. in § 25 Abs. 1a Ersatzkassenvertrag und umfasst die Behandlung desselben Versicherten in einem Kalendervierteljahr durch einen oder mehrere Ärzte derselben Be-

Anlage 3 zum Honorarvertrag 2011 – Abrechnungsordnung

etriebsstätte oder derselben Nebenbetriebsstätte zu Lasten derselben Krankenkasse unabhängig vom behandelnden Arzt.

4. Arztfall: Der Arztfall ist definiert in § 21 Abs. 1b Bundesmantelvertrag-Ärzte bzw. in § 25 Abs. 1b Ersatzkassenvertrag und umfasst die Behandlung desselben Versicherten durch denselben an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt in einem Kalendervierteljahr zu Lasten derselben Krankenkasse unabhängig von der Betriebs- oder Nebenbetriebsstätte.

§ 4 Überweisungen

1. Als Überweisung gelten Überweisungen zur
 - a) Auftragsleistung als Definitionsauftrag oder Indikationsauftrag
 - b) Konsiliaruntersuchung
 - c) Mitbehandlung
 - d) Weiterbehandlung
2. Überweisungen zur Durchführung bestimmter Leistungen (Auftragsleistungen) berechtigen nur zur Ausführung der vom veranlassenden Arzt verordneten Verrichtungen. Der überweisende Arzt ist verpflichtet, auf dem Überweisungsschein zu kennzeichnen, welche Art der Überweisung vorliegt. Das Nähere regelt der Bundesmantelvertrag.
3. Eine Überweisung kann – von begründeten Ausnahmefällen abgesehen – nur dann vorgenommen werden, wenn dem überweisenden Vertragsarzt ein gültiger Überweisungsschein, oder die Krankenversichertenkarte vorgelegen hat.
4. Überweisungen von Ärzten, oder Einrichtungen, oder Betriebsstätten / Nebenbetriebsstätten oder Laborgemeinschaften, die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, dürfen nicht angenommen und abgerechnet werden.
5. Die Überweisung an eine andere Praxis, Einrichtung, Betriebsstätte /Nebenbetriebsstätte ist unzulässig, wenn der überweisende Arzt auch an einer dieser o.g. Behandlungsstellen tätig ist. Dies gilt auch im umgekehrten Fall.
6. Überweisungsscheine an einen Arzt mit Gebietsbezeichnung dürfen nur von einem Arzt, der vom Zulassungsausschuss für Ärzte für dieses Gebiet zugelassen oder ermächtigt ist, angenommen werden. Praktische Ärzte für Allgemeinmedizin gelten als Ärzte eines Gebietes.
7. Überweisungen zur Ausführung von labordiagnostischen Leistungen des Kapitels 32.3 (spezielle Laboratoriumsuntersuchungen, molekulargenetische und molekularpathologische Untersuchungen) dürfen nur von den Ärzten angenommen werden, die eine entsprechende Qualifikation und eine Abrechnungsgenehmigung der KV Berlin haben. Ärzte, die bis zum 01.01.1995 berechtigt waren, Überweisungen zur Durchführung von radio-immunologischen Leistungen und Bindungsanalysen als Auftragsleistungen zu erbringen, sind auch künftig berechtigt, Überweisungen zur Durchführung dieser Leistungen anzunehmen.
8. Überweisungen zur Ausführung von Röntgenuntersuchungen dürfen nur von Ärzten für Radiologie, Nuklearmedizin und Strahlenheilkunde, Überweisungen zur Strahlenbehandlung nur von Ärzten für Radiologie, Nuklearmedizin und Strahlenheilkunde und im Rahmen einer vom Vorstand der KV Berlin – erteilten Genehmigung für Weichstrahlen – und Nachbestrahlungstherapie auch von Dermatologen angenommen werden.

Anlage 3 zum Honorarvertrag 2011 – Abrechnungsordnung

9. Überweisungen an Zahnärzte sind nicht zulässig. Leistungen, die von Vertragszahnärzten mittels formloser Überweisung veranlasst werden, dürfen von einem Vertragsarzt nur in den nachstehend genannten Fällen ausgeführt werden, soweit die Gesamtverträge keine andere Regelung treffen.
 - a) Hinzuziehung eines Arztes für Anästhesie,
 - b) Überweisung zu Ärzten für Radiologie,
 - c) Einsendung von Untersuchungsmaterial zu histologischen Untersuchungen und zur Labordiagnostik.

Der ausschließlich auftragnehmende Vertragsarzt rechnet seine Leistungen auf einem selbstausgestelltem Überweisungsschein ab, dem die formlose Überweisung des Vertragszahnarztes beizufügen ist.
10. Für Krankheits- und Urlaubsvertretungen dürfen Überweisungsscheine nicht ausgestellt werden.
11. Die Überweisung an einen anderen Arzt derselben Arztgruppe ist vorbehaltlich abweichender Regelungen in den Gesamtverträgen nur zulässig zur:
 - a) Inanspruchnahme besonderer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die vom behandelnden Arzt nicht erbracht werden,
 - b) Übernahme der Behandlung durch einen anderen Arzt bei Wechsel des Aufenthaltsortes des Kranken,
 - c) Fortsetzung einer abgebrochenen Behandlung.
12. Überweisungsscheine sind 4 Quartale aufzubewahren. Die Aufbewahrungsfrist beginnt mit dem letzten Tag des Quartals, in dem der Überweisungsschein angenommen wurde.

§ 5

Honorarprüfung

1. Die Abrechnungsstelle stellt die Abrechnung der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, oder Einrichtungen, oder Psychotherapeuten sachlich und rechnerisch richtig.
2. Die Prüfung auf Wirtschaftlichkeit der Honorarforderungen erfolgt gemäß § 106 SGB V durch die Prüfungsgremien nach Maßgabe der Prüfvereinbarung.
3. Der Vorstand ist berechtigt, zur Überprüfung der Abrechnung und zur Gewährleistung einer ordnungsgemäßen Honorarverteilung Kennzeichnungspflichten zu beschließen, die über die Regelungen der Bundesmantelverträge hinausgehen.

Anlage 3 zum Honorarvertrag 2011 – Abrechnungsordnung

Berlin, den 31.05.2011

Kassenärztliche Vereinigung Berlin

AOK Nordost - Die Gesundheitskasse
zugleich handelnd für den LKK-Landesverband Berlin
Krankenkasse für den Gartenbau

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
Die Leiterin der vdek-Landesvertretung Berlin/Brandenburg

BKK Landesverband Mitte
Landesvertretung Berlin-Brandenburg

BIG direkt gesund

Knappschaft Regionaldirektion Berlin