Online bereitgestellt am 09.03.2026

KVN
Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

Honorarverteilungsmaßstab (HVM) der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen

in der Beschlussfassung der Vertreterversammlung vom 7. März 2026

- gültig ab 2/2026 -

Inhaltsverzeichnis

Teil A: Honorarverteilung 6

Präambel 6
§ 1 Teilnahme an der Honorarverteilung 6
§ 2 Grundlage der Verteilung der Gesamtvergütung (Honorarverteilung) 7
§ 3 Belegärztliche Leistungen 8
§ 4 Abrechnung besonderer Kosten 8
§ 5 Prüfung der vertragsärztlichen Leistungen 8
§ 6 Verteilung der Gesamtvergütung 9
§ 7 Leistungsbeschränkung 10
§ 8 Beschränkung des Leistungsspektrums 10
§ 9 Unbesetzt 11
§ 10 Verfahrensregeln 11

Anlage 1 zu Teil A des HVM: Abrechnungsanweisung 12

A. Allgemeine Regelungen für die Abrechnung 12
§ 1 Geltungsbereich 12
§ 2 Abrechnungsbestimmungen in anderen Rechtsgrundlagen 12
§ 3 Teilnahme an der Honorarverteilung 12
§ 4 Voraussetzung zur Leistungsabrechnung 12
§ 5 Abzurechnende Leistungen 12
§ 6 Prüfung der vertragsärztlichen Leistungen 12
§ 7 Organisationsleistungen im Bereitschaftsdienst 12
§ 8 Auszahlung der Vergütung 13
§ 9 Rechnungslegung 14
B. Spezielle Regelungen für die Abrechnung 14
§ 10 Beratung der Ärzte 14
§ 11 Persönliche Leistungserbringung 14
§ 12 Abrechnung durch ermächtigte Krankenhausärzte 14
§ 13 Leistungen bei Urlaubs- und Krankheitsvertretung, in Notfällen und im organisierten Bereitschaftsdienst 15
§ 14 Besuchs- und Wegegebühren 15
§ 15 Ausfüllen der Behandlungsausweise/Abrechnungsscheine 15
§ 16 Änderungen der Praxiskonstellation während des laufenden Behandlungsquartals 16

§ 17 Führen von Gebiets- und Schwerpunktbezeichnungen 17
§ 18 Abrechnung vertragsärztlicher stationärer Leistungen 17
§ 19 Abrechnung und Nachweis von Kosten 17
§ 20 Einreichung der Behandlungsausweise/Abrechnungsscheine bei der KVN 17
§ 21 AbrechnungsCheck 18
§ 22 Monatliche Fallzahlmeldung 19

Beiblatt 1 zur Abrechnungsanweisung 20

Beiblatt 2 zur Abrechnungsanweisung 22

Anlage 2 zu Teil A des HVM: Belegärztliche Leistungen 23

§ 1 Allgemeines 23
§ 2 Vergütungsumfang 23
§ 3 Leistungen am Aufnahmetag 23
§ 4 Leistungen am Entlassungstag 23
§ 5 Leistungen während der übrigen Tage des stationären Aufenthaltes 23
§ 6 Vergütungsregelungen für Anästhesien 24
§ 7 Vergütungen für hinzugezogene Ärzte ohne § 6 24
§ 8 Fortfall der Vergütung 24
§ 9 Vergütung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes für Belegpatienten 24
Anhang zu Anlage 2 zu Teil A: Vergütungsumfang gem. § 2 der Anlage 2 26

Teil B: Vergütung der MGV-Leistungen 29

1 Grundsätze der Vergütung 29
1.1 Vergütung für vertragsärztliche Leistungen 29
1.2 Ermittlung 29
1.2.1 Quartalsbezug 29
1.2.2 Arztbezug 29
1.2.3 Tätigkeitsumfang 29
2 Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) 29
2.1 Definition 29
2.2 Unvorhersehbarer Anstieg der Morbidität 30
2.3 Anpassung des RLV und der QZV bei Selektivvertragsteilnahme mit MGV-Bereinigung 30
3 Für RLV und QZV relevante Arztgruppen 30
3.1 Ärzte und Arztgruppen 30
3.2 Ermächtigte Ärzte 30

4 Für RLV und QZV relevante Fälle 30
5 Fallzahlzuwachsbegrenzung 31
6 Benennung der Leistungen, die von der Steuerung durch die RLV und QZV nicht erfasst sind 31
6.1 Vergütung und Steuerung von Leistungen im Vorwegabzug....31
6.1.1 Vergütung und Steuerung von Leistungen des organisierten Notfalldienstes und der Notfallbehandlungen durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser 31
6.1.2 Vergütung und Steuerung der Leistungen und Kostenpauschalen der Laboratoriumsmedizin in Abgrenzung des Grundbetrages Labor gem. Anlage 4 32
6.1.3 Vergütung der Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin 32
6.1.4 Vergütung der Fachärzte für Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören 32
7 Festsetzung der RLV,QZV und Honorarkontingente 32
7.0 Versorgungsbereichsspezifische Abzüge....32
7.1 Arztgruppenspezifisches RLV/QZV-Verteilungsvolumen und Honorarkontingent....33
7.1.1 Arztgruppenspezifische Vorab-Leistungen 33
7.1.2 Weitere arztgruppenspezifische Vorweg-Abzüge....34
7.2 Arztgruppenspezifische Vergütungsbereiche 34
8 Ermittlung und Zuweisung der RLV....35
8.1 Ermittlung der RLV je Arzt 35
8.1.1 RLV und Fallwertminderung 35
8.1.2 Berücksichtigung der Morbidität im RLV....35
8.1.3 RLV-Zuschlag für BAG 35
8.2 Arztpraxisbezogene Zuweisung der RLV 36
9 Berechnung der QZV je Leistungsfall....36
9.1 Ermittlung der QZV je Arzt....36
9.2 Arztpraxisbezogene Zuweisung QZV 37
10 Verfahren bei Über-/Unterschreitung der Vergütungsvolumen....37
11 Abrechnung 37
12 Fallkonstellationen für Ausnahmetatbestände der Ziffern 5 und 16....37
13 Praxisnachfolge im Hinblick auf die Ziffern 5 und 16....38
14 Praxisbesonderheiten....38
15 Praxisnetzförderung 39

16 Vergütung laboratoriumsmedizinischer Leistungen 39
16.1 Vergütung der Laboratoriumsuntersuchungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM für Fachärzte der Laboratoriumsmedizin und Fachärzte der Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie 39
16.2 Vergütung der Laboratoriumsuntersuchungen des Abschnittes 32.3 EBM 40
16.3 Vergütung der Laboratoriumsuntersuchungen des Abschnittes 32.2 EBM 41
17 Zusammenführung der Arztgruppen Chirurgie und Orthopädie 41
Anlage 1: Ermittlung des abgestaffelten Preises gem. Ziffer 1.1 42
Anlage 2: Arztgruppen gem. Ziffer 3 43
Anlage 3: Zuordnung der QZV gem. Ziffer 3 44
Anlage 4: Berechnung des versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumens gem. Ziffer 7 69
Anlage 5: Berechnung des arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumens gem. 7.1 70
Anlage 6: Berechnung der arztgruppenspezifischen Vergütungsbereiche gem. Ziffer 7.2 72
Anlage 7: Berechnung des RLV je Arzt gemäß Ziffer 8 73
Anlage 8: Berechnung der QZV gem. Ziffer 9.1 76
Teil C: Übergangsregelungen 78
Teil D: Inkrafttreten 78

Teil A: Honorarverteilung

Präambel

Der Honorarverteilungsmaßstab (HVM) regelt gem. § 87b SGB V im Benehmen mit den Verbänden der Krankenkassen auf Landesebene für den Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN) die Verteilung der vereinbarten Gesamtvergütungen an die Ärzte, Psychotherapeuten, Medizinischen Versorgungszentren sowie ermächtigten Einrichtungen und andere an der vertragsärztlichen Versorgung Teilnehmende.

Dieser hat gem. § 87b Abs. 2 Satz 1 Regelungen vorzusehen, die verhindern, dass die Tätigkeit der Ärzte, Psychotherapeuten, Medizinischen Versorgungszentren sowie ermächtigten Einrichtungen über den zugestandenen Versorgungsauftrag oder den Ermächtigungsumfang hinaus übermäßig ausgedehnt wird.

Dabei soll den Ärzten, Psychotherapeuten, Medizinischen Versorgungszentren und ermächtigten Einrichtungen eine Kalkulationssicherheit hinsichtlich der Höhe des zu erwartenden Honorars ermöglicht werden.

Verbindlich und Bestandteil dieses HVM sind die Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) gem. § 87b Abs. 4 SGB V in der jeweils geltenden Fassung.

Spätere Änderungen oder Ergänzungen dieser KBV-Vorgaben werden Inhalt dieses HVM, sofern es sich um verpflichtende Regelungen handelt.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung verschiedener geschlechtsspezifischer Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten für alle Geschlechter.

§ 1 Teilnahme an der Honorarverteilung

(1) An der Honorarverteilung nehmen die im Bereich der KVN zugelassenen Ärzte und Psychotherapeuten, Berufsausübungsgemeinschaften (BAG), zugelassenen medizinischen Versorgungszentren (MVZ) sowie ermächtigten Ärzte und Psychotherapeuten und ermächtigten Einrichtungen teil. In Notfällen in Anspruch genommene Nichtvertragsärzte, Gemeinschaften von zugelassenen Vertragsärzten unter den Voraussetzungen des Absatzes 2 und Krankenhäuser nehmen ebenfalls an der Honorarverteilung teil. Ferner nehmen die Einrichtungen im Sinne des § 126 Abs. 3 SGB V (zugelassene nichtärztliche Dialyseleistungserbringer), die gem. § 15 der Anlage 9.1 zum Bundesmantelvertrag Ärzte über die KVN abrechnen, an der Honorarverteilung teil. Sie werden im Folgenden zusammenfassend als Ärzte bezeichnet.

Zugelassene Ärzte mit angestellten Ärzten im Sinne des § 95 Abs. 9 und 9a SGB V und MVZ werden abrechnungstechnisch BAG gleichgestellt. Die Teilnahme an der Honorarverteilung richtet sich nach dem Umfang der Tätigkeit lt. Zulassungs- oder Genehmigungsbescheid bzw. dem Umfang der Ermächtigung.

(1a) Ist ein zugelassener / angestellter Vertragsarzt für mehrere Gebiete nach der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Niedersachsen (ÄKN) zugelassen mit der Folge, dass er in mehrere Fachgruppen eingeordnet werden könnte, so gelten folgende Regelungen:

Für mehrere Gebiete zugelassene / angestellte Vertragsärzte können die Arztgruppe wählen, unter der sie bei der Honorarverteilung geführt werden wollen. Dabei ist die Arztgruppe zu wählen, in welcher der Schwerpunkt der Tätigkeit des Vertragsarztes liegt,

und zwar bewertet nach dem Euro-EBM. Liegt der Schwerpunkt der Tätigkeit eines Arztes, bewertet nach dem Euro-EBM, in mindestens zwei aufeinander folgenden Quartalen außerhalb der gewählten Arztgruppe, kann die KVN den Arzt für die nächsterreichbare Abrechnung derjenigen Arztgruppe zuordnen, in welcher der Schwerpunkt der Tätigkeit des Arztes liegt. Der Arzt ist spätestens vier Wochen vor Quartalsbeginn über die Zuordnung zu informieren.

Für Vertragsärzte, die sowohl für ein Gebiet aus dem hausärztlichen als auch für ein Gebiet aus dem fachärztlichen Versorgungsbereich zugelassen sind, erfolgt unbeschadet vorgenannter Regelung die Zuweisung des Regelleistungsvolumens (RLV) und der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV) auf Basis der jeweiligen Anteile der Tätigkeit im hausärztlichen bzw. fachärztlichen Versorgungsbereich.

(2) Voraussetzungen für die Abrechnung von Notfallleistungen durch Gemeinschaften zugelassener Ärzte sind:

a) Es handelt sich um Notfallleistungen durch Gemeinschaften von Ärzten im Rahmen eines organisierten Notfallbereitschaftsdienstes, der über eine zentrale Notfalldienstpraxis verfügt.

b) Der Betrieb der Notfalldienstpraxis basiert auf einer Organisationsentscheidung der KVN nach entsprechender Benehmensherstellung mit den Verbänden der Krankenkassen.

c) Jeder Arzt der betreffenden Gemeinschaft erklärt schriftlich, dass er
- mit der Abrechnung der von ihm erbrachten Leistungen im organisierten Notfallbereitschaftsdienst seines Notdienstbereiches unter einer Abrechnungsnummer der Gemeinschaft nach Maßgabe besonderer Abrechnungsvorgaben der KVN einverstanden ist,
- mit einer Prüfung der sachlich/rechnerischen Richtigkeit und Wirtschaftlichkeit der ärztlichen Notfallleistungen sowie der Verordnungen, welche unter der einheitlichen Abrechnungsnummer der Gemeinschaft anfallen, einverstanden ist,
- mit der Belastung des KV-Honorarkontos der Gemeinschaft durch Honorarminderungen in Folge sachlich/rechnerischer Berichtigungen und Honorarkürzungen im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung sowie in Folge von Verordnungsregressen unter der einheitlichen Abrechnungsnummer der Gemeinschaft einverstanden ist.

Die Einverständniserklärung kann nur für künftige, noch nicht angefangene Kalendervierteljahre widerrufen werden.

§ 2 Grundlage der Verteilung der Gesamtvergütung (Honorarverteilung)

(1) Grundlage für die Bewertung der vertragsärztlichen Leistungen sind der Einheitliche Bewertungsmaßstab gem. § 87 Abs. 1 SGB V (EBM) in der jeweils gültigen Fassung, die Beschlüsse des Bewertungsausschusses gem. § 87 Abs. 1 SGB V sowie die in den Verträgen auf Bundes- und Landesebene getroffenen Regelungen, soweit nicht im Folgenden etwas anderes bestimmt ist.

(2) Bei der Verteilung sind alle vertragsärztlichen Leistungen sowie die sonstigen zur vertragsärztlichen Versorgung gehörenden Leistungen (Entschädigungen/Erstattungen u. Ä.) zu berücksichtigen. Abweichend ist zu verfahren, soweit Verträge mit den Kostenträgern dieses vorsehen.

(3) Soweit Leistungen der vertragsärztlichen Versorgung, die nicht im EBM enthalten sind, mit Kostenträgern vereinbart wurden, erfolgt die Verteilung auf der Grundlage der vertraglichen Regelungen, soweit nicht in diesem HVM abweichende Regelungen (z.B. zur Quotierung) getroffen sind.

(4) Soweit in Richtlinien und Verträgen sowie in Beschlüssen der Vertreterversammlung der KVN oder der KBV für bestimmte vertragsärztliche Leistungen die Erfüllung besonderer Voraussetzungen oder die Erteilung von Zustimmungen/Genehmigungen vorgesehen ist, können die Leistungen nur dann bei der Honorarverteilung berücksichtigt werden, wenn diese Voraussetzungen erfüllt bzw. diese Zustimmungen/Genehmigungen erteilt sind. Soweit Laborleistungen der Qualitätssicherung unterliegen, sind diese abrechnungsfähig, wenn für den Arzt ein gültiges Zertifikat über die erforderliche Teilnahme an den angebotenen Ringversuchen von einem von der Bundesärztekammer (BÄK) anerkannten Versuchsleiter vorliegt.

(5) Voraussetzung für die Berücksichtigung der Leistungen bei der Honorarverteilung ist der Nachweis des Arztes über Art und Umfang seiner vertragsärztlichen Leistungen entsprechend den Bestimmungen dieses HVM, der Abrechnungsanweisung der KVN (Anlage 1 zu Teil A des HVM) und der Verträge.

(6) Vergütungen für Leistungen, Entschädigungen, Kostenerstattungen etc., die von Kostenträgern ohne jegliche Begrenzung vergütet werden, werden an die Ärzte in der von der jeweiligen Kasse/Kassenart gezahlten Höhe verteilt.

(7) Im Falle der Bildung eines Strukturfonds gem. § 105 Abs. 1 a SGB V reduziert sich die zur Verteilung stehende morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) um den Betrag, der dem Strukturfonds aus der MGV zur Verfügung gestellt wird.

§ 3 Belegärztliche Leistungen

Es gelten die Regelungen der Anlage 2 zu Teil A.

§ 4 Abrechnung besonderer Kosten

Es gelten die Bestimmungen des EBM sowie die vertraglichen Regelungen, soweit nicht in diesem HVM abweichende Regelungen getroffen sind.

§ 5 Prüfung der vertragsärztlichen Leistungen

(1a) Die KVN prüft die Abrechnungen der Ärzte nach den jeweils geltenden Vorschriften sachlich und rechnerisch.

(1b) Die KVN unterwirft die Abrechnung den Honorarverteilungsregelungen.

(2) Die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung wird durchgeführt nach der Vereinbarung zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 106 Abs. 1 SGB V (Prüfvereinbarung).

(3) Nach Durchführung der Prüfung gem. Abs. (1a), (1b) und (2) wird die Leistungsanforderung des Arztes nach Art und Umfang festgestellt. Die Feststellung gilt vorbehaltlich spä-

terer ggf. erforderlich werdender Neuberechnungen, sachlich-rechnerischer Berichtigungen sowie weiterer Prüfungen der Wirtschaftlichkeit, der Rechtmäßigkeit der Abrechnung sowie der Qualität der abgerechneten Leistungen.

§ 6 Verteilung der Gesamtvergütung

(1) Die von den Kostenträgern für die ambulante und stationäre vertragsärztliche Versorgung entrichteten MGV werden quartalsweise von der KVN gesammelt und verteilt. Für die Verteilung werden die Vergütungen der Primärkassen, der Ersatzkassen und der sonstigen Kostenträger zusammengefasst.

(2) Die Gesamtvergütung der Kostenträger für die vertragsärztliche Versorgung niedersächsischer Versicherter durch niedersächsische Ärzte wird gem. Teil B verteilt.

(3) Die Gesamtvergütungsanteile der Kostenträger für die vertragsärztliche Versorgung außerniedersächsischer Versicherter durch niedersächsische Ärzte werden nach den Regelungen verteilt, wie sie sich aus Abs. (2) ergeben, ggf. vermindert um Rückstellungsbeträge.

Die Gesamtvergütungsanteile der Kostenträger für die vertragsärztliche Versorgung niedersächsischer Versicherter durch außerniedersächsische Ärzte werden nach Maßgabe der FKZ-Richtlinie der KBV gem. § 75 Abs. 7 Nr. 2 SGB V verteilt.

Die Differenzen zwischen den verteilten Beträgen und den späteren Endabrechnungen für diese Kostenträger sind Vergütungsdifferenzen und als solche in Folgequartalen – soweit möglich je Versorgungsbereich – zu verteilen. Quartalsweise Differenzen zwischen den Honorarforderungen außerniedersächsischer Ärzte für die vertragsärztliche Versorgung der niedersächsischen Versicherten einerseits und den Gesamtvergütungsanteilen der Kostenträger für die vertragsärztliche Versorgung niedersächsischer Versicherter andererseits, sind Vergütungsdifferenzen und als solche in Folgequartalen zu verteilen.

(3a) Die Differenzen zwischen den quartalsweise berechneten Grundbeträgen gem. Anlage 4 zu Teil B und den an die Ärzte verteilten Beträgen, sind Vergütungsdifferenzen und als solche in Folgequartalen - soweit möglich je Versorgungsbereich - zu verteilen.

(4) Soweit Rückforderungen oder Zahlungsansprüche von Kostenträgern nicht durch Belastungen einzelner Ärzte ausgeglichen werden, stellen sie Vergütungsdifferenzen dar und sind als solche in Folgequartalen - soweit möglich je Versorgungsbereich - zu verteilen. Nachzahlungen von Kostenträgern, die nicht zur Auflösung von Rückstellungen führen, sind Vergütungsdifferenzen und als solche in Folgequartalen zu verteilen.

(5) Sofern Nachvergütungen an Ärzte nicht durch Lastschriften einzelner Kostenträger ausgeglichen werden, stellen sie Vergütungsdifferenzen dar und sind als solche in Folgequartalen – soweit möglich je Versorgungsbereich – zu verteilen. Rückforderungen von Ärzten, die nicht an Kostenträger weitergegeben werden, sind Vergütungsdifferenzen und als solche – soweit möglich je Versorgungsbereich – in Folgequartalen zu verteilen.

(6) Kann die endgültige Rechnungslegung gegenüber einem oder mehreren Kostenträger(n) nicht rechtzeitig vor der Quartalsabrechnung für die Ärzte fertig gestellt werden, kann der Verteilung für das laufende Quartal seitens der KVN eine vorläufige Berechnung zugrunde gelegt werden. Abweichungen gegenüber der endgültigen Rechnungslegung sind Vergütungsdifferenzen und als solche in Folgequartalen – soweit möglich je Versorgungsbereich – zu verteilen.

(7) Positive und negative Vergütungsdifferenzen, insbesondere solche gem. Abs. (3), (3a), (4), (5) und (6) werden im Rahmen der Honorarverteilung der Folgequartale verteilt.

(8) Die Vergütung der Leistungen erfolgt auf der Grundlage der Bestimmungen des Quartals, in dem sie abgerechnet werden, es sei denn, es handelt sich um komplette Abrechnungen für Vorquartale. Letztere werden nach den Bestimmungen dieses jeweiligen Vorquartals vergütet.

§ 7 Leistungsbeschränkung

Nach dem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zum 9. Abschnitt der „Bedarfsplanungs-Richtlinien-Ärzte“ zur gemeinsamen Berufsausübung mit einem bereits zugelassenen Arzt derselben Arztgruppe in Planungsbereichen mit Zulassungsbeschränkungen und zum 12. Abschnitt der „Bedarfsplanungs-Richtlinien-Ärzte“ zur Beschäftigung von angestellten Praxisärzten in der Vertragsarztpraxis ist die vom Zulassungsausschuss festgelegte Leistungsbeschränkung für die Behandlung GKV-Versicherter wie folgt vorzunehmen:

(1) Überschreitet die gem. § 5 Abs. (3) festgestellte Leistungsanforderung der Praxis die vom Zulassungsausschuss gemäß der oben genannten Bestimmungen festgelegte Obergrenze für vertragsärztliche Leistungen des jeweiligen Quartals, so erfolgt eine gleichmäßige Reduzierung der Anforderung über alle Leistungen auf die Obergrenze.

(2) Jeweils nach Ablauf von vier Quartalen (vom Zulassungsausschuss festgelegter Jahresbezug) wird für Praxen, die unter die oben genannte Leistungsbeschränkung fallen, geprüft, ob in mindestens einem dieser Quartale die anerkannte Leistungsanforderung nach Nr. 1 die vom Zulassungsausschuss gemäß der oben genannten Bestimmungen festgelegte Obergrenze für vertragsärztliche Leistungen unterschreitet. Ergibt die Prüfung eine Unterschreitung in mindestens einem Quartal, so wird in den nach Nr. 1 reduzierten Quartalen die Reduzierung in dem Umfang zurückgenommen, bis die Summe der innerhalb des Jahresbezuges anerkannten Anforderungen der Summe der abgerechneten Leistungen entspricht, höchstens jedoch der Summe der vom Zulassungsausschuss hierfür festgelegten Obergrenzen. Der quartalsweise Umfang der Rücknahme bestimmt sich aus dem Verhältnis der Überschreitung der Obergrenze der einzelnen Quartale zur Gesamtüberschreitung der saldierten Obergrenzen der Quartale innerhalb des Jahresbezuges. Die zusätzlich nachzuvergütende Leistungsmenge wird bewertet mit den für das jeweilige Quartal errechneten Auszahlungspunktwerten der jeweiligen Leistungsarten nach diesem HVM. Die Nachvergütungen sind Vergütungsdifferenzen im Sinne des § 6 Abs. (7).

§ 8 Beschränkung des Leistungsspektrums

(1) Ärzte, die als „ausschließlich psychotherapeutisch tätiger Arzt“ zugelassen sind, unterliegen gem. § 18 der Bedarfsplanungs-Richtlinien einer Beschränkung ihres Leistungsspektrums. Gerechnet am Gesamthonorar darf der Anteil von Leistungen außerhalb der Abschnitte 23.2, 23.3, 35.2, 35.3 und 37.5 sowie der Leistungen gem. den Nrn. 35111 bis 35113, 35120, 35130, 35131, 35140 bis 35142, 35150 bis 35152, 35163 bis 35169 und 35173 bis 35179 des EBM nur weniger als 10% (Honorarobergrenze für Begleitleistungen) ausmachen. Beträgt die Leistungsanforderung für vorgenannte Begleitleistungen 10 % und mehr im Gesamthonorar des jeweiligen Quartals, so erfolgt eine gleichmäßige Reduzierung der Honoraranforderung über alle Begleitleistungen auf die Honorarobergrenze.

(2) Jeweils nach Ablauf von vier Quartalen wird für die Ärzte, die unter die oben genannte Beschränkung fallen, geprüft, ob in mindestens einem der Quartale die anerkannte Leistungsanforderung für Begleitleistungen die gemäß der oben genannten Bestimmungen festgelegte Honorarobergrenze unterschreitet.

Ergibt die Prüfung eine Unterschreitung in mindestens einem Quartal, so wird in den nach Nr. 1 reduzierten Quartalen die Honorarreduzierung in dem Umfang zurückgenommen bis die Summe der innerhalb des Jahresbezuges anerkannten Leistungsanforderungen der Summe der abgerechneten Leistungen entspricht, höchstens jedoch der Summe der Honorarobergrenzen der vier Quartale.

Der quartalsweise Umfang der Rücknahme bestimmt sich aus dem Verhältnis der Überschreitung der Honorarobergrenze der einzelnen Quartale zur Gesamtüberschreitung der saldierten Honorarobergrenzen der Quartale innerhalb des Jahresbezuges.

Die Nachvergütungen sind Vergütungsdifferenzen im Sinne des § 6 Abs. (7).

§ 9 Unbesetzt

§ 10 Verfahrensregeln

(1) Bei der Berechnung von Veränderungsraten für Leistungen/Vergütungen sowie bei der Gegenüberstellung von Leistungen/Vergütungen sind - sofern nicht ausdrücklich etwas anderes im Einzelnen vorgesehen ist - die Vergütungen in der sachlichen Zuordnung des Abrechnungsquartals zugrunde zu legen und zwar auch für das entsprechende Vorjahres- oder Referenzquartal.

(2) Soweit auf EBM-Leistungen Bezug genommen wird, ist der EBM in der jeweils geltenden Fassung maßgeblich.

Anlage 1 zu Teil A des HVM: Abrechnungsanweisung

A. Allgemeine Regelungen für die Abrechnung

§ 1 Geltungsbereich

Diese Abrechnungsanweisung gilt für die Abrechnung von Leistungen für folgende Kostenträger
- Primärkassen
- Ersatzkassen
- Sonstige Kostenträger, die über die KVN abgerechnet werden.

Darüber hinaus gilt diese Abrechnungsanweisung auch für durch den Honorarverteilungsmaßstab nicht erfasste sonstige Kostenträger, mit denen nach EBM abgerechnet wird, sofern mit dem jeweiligen sonstigen Kostenträger nichts anderes vereinbart ist.

§ 2 Abrechnungsbestimmungen in anderen Rechtsgrundlagen

Es gelten die einschlägigen Regelungen des SGB V, des BMV-Ä und der Gesamtverträge zwischen der KVN und den Landesverbänden der niedersächsischen Krankenkassen sowie der vdek, Landesvertretung Niedersachsen.

§ 3 Teilnahme an der Honorarverteilung

Es gelten die Regelungen zu § 1 des Teil A.

§ 4 Voraussetzung zur Leistungsabrechnung

Es gelten die Regelungen zu § 2 Abs. 4 des Teil A.

§ 5 Abzurechnende Leistungen

Alle vertragsärztlichen Leistungen gem. EBM, BMÄ und E-GO werden über die KVN abgerechnet. Hierzu zählen auch die sonstigen zur vertragsärztlichen Versorgung gehörenden Leistungen (Entschädigungen/Erstattungen u. ä.).

§ 6 Prüfung der vertragsärztlichen Leistungen

Es gelten die Regelungen zu § 5 des Teil A.

§ 7 Organisationsleistungen im Bereitschaftsdienst

Im Bereitschaftsdienst, der von der KVN organisiert wird, nimmt die KVN für Organisationsleistungen Abzüge von den Wegeentschädigungen vor:

a) Die KVN zieht den Betrag der Wegeentschädigung ab, der über den einfachen Satz hinaus gegenüber den Kostenträgern berechnet wird, wenn sie die zentrale Notrufeinrichtung betreibt oder finanziert und der Arzt für die Besuche sein eigenes Fahrzeug benutzt.
b) Wenn die KVN auch die Bereitstellung der Besuchsfahrzeuge finanziert, zieht sie den vollen Betrag der von den Kostenträgern gezahlten Wegeentschädigung ab.

§ 8 Auszahlung der Vergütung

(1) Der Anspruch des Arztes und der anderen an der Honorarverteilung Teilnehmenden gegen die Kassenärztliche Vereinigung auf Vergütung ihrer Leistungen für die vertragsärztliche Versorgung wird fällig, wenn der Anspruch gem. § 5 Abs. 3 Teil A festgestellt und das Ergebnis rechtswirksam geworden ist.

(2) Zur vorläufigen teilweisen Abgeltung ihrer Leistungen erhalten zugelassene Vertragsärzte und ermächtigte Ärzte für den laufenden Monat jeweils bis zum letzten Kalendertag des laufenden Monats auf ihre Gesamtleistung eine aufrechnungsfähige und ggf. rückzahlungspflichtige Abschlagszahlung. Diese beträgt im ersten und dritten Monat des Quartals bis zu 25%, im zweiten Monat des Quartals bis zu 37% des Durchschnitts ihrer im letzten Kalenderjahr abgerechneten Honorargutschriften. Einmalig kann am 24.07.2025 ein zusätzlicher Abschlag in Höhe von 13% zu Lasten des Abschlags im 2. Monat des Quartals gezahlt werden. Fällt der letzte Kalendertag des laufenden Monats auf einen Samstag, Sonntag oder Feiertag, so kann die Zahlung bis zum nächstfolgenden Werktag erfolgen. Bei kassenseitigen Zahlungsausfällen, die die Liquidität der KVN wesentlich tangieren, kann der Vorstand der KVN in begründeten Einzelfällen von vorgenannten Zahlungsterminen und/oder Prozentsätzen abweichen. Der Hauptausschuss der Vertreterversammlung ist hierüber entsprechend zu unterrichten.

(3) Für die zugelassenen Vertragsärzte, die ihre Praxis neu beginnen, werden die Abschlagszahlungen von der KVN in angemessener Höhe geleistet.

Liegen Honorargutschriften für das letzte Kalenderjahr nicht vor, so ist der Durchschnitt der Honorargutschriften der letzten vier, drei bzw. zwei Quartale bzw. die Honorargutschrift des letzten Quartals für die Berechnung der Abschlagszahlung zugrunde zu legen.

Die Zahlungen erfolgen abzüglich etwaiger dem Arztkonto belasteter Beträge.

(3a) Bei wesentlichen Änderungen der Fallzahl-, Punktzahl- oder Honorarentwicklung des Arztes kann die KVN die Abschläge an die aktuelle Entwicklung anpassen.

(3b) Im Einzelfall können auf Antrag des Mitglieds Zahlungstermine individuell vorgezogen werden, wenn die Praxis eine vorübergehende Notlage nachweist und ein individuelles Beratungsangebot innerhalb einer angemessenen Frist wahrnimmt.

(4) Etwaige Abschlagszahlungen an Krankenhäuser, Polikliniken und ermächtigte (ärztlich geleitete) Einrichtungen richten sich nach den getroffenen Vereinbarungen.

(5) Die Schlussrechnung und die Zahlung des Restbetrages erfolgt bis zum 15. des auf das Quartal der Leistung folgenden vierten Monats. Überzahlungen sind mit der Restzahlung für das Folgequartal zu verrechnen. Reicht diese Restzahlung nicht für die Verrechnung aus, so hat die KVN Anspruch auf Erstattung der verbliebenen Überzahlung durch

Reduzierung des nächsten Abschlags für den zweiten Quartalsmonat. Bei fehlender Verrechnungsmöglichkeit hat die KVN Anspruch auf Rückzahlung des überzahlten Betrages innerhalb eines Monats nach Aufforderung.

(6) Fällige Erstattungsbeträge aufgrund der Überprüfung der Leistungen für die vertragsärztliche Versorgung, insbesondere gem. §§ 106 bis 106d, 136 SGB V sowie fällige Schadensersatzforderungen infolge schuldhafter Verletzung vertragsärztlicher Pflichten (§§ 48, 49 und 52 BMV-Ä), kann die KVN mit den nach Abs. (2) bis (5) zu zahlenden Beträgen aufrechnen.

(7) Bei der Durchführung von Zahlungen für die Leistungen ermächtigter Krankenhausärzte ist § 120 Abs. 1 Satz 3 SGB V zu beachten.

(8) Von den abgerechneten Leistungen gem. § 5 Teil A der Ärzte und der anderen an der Honorarverteilung Teilnehmenden werden die von der Vertreterversammlung beschlossenen Prozentsätze für Verwaltungskosten, für einen von der KVN eingerichteten ärztlichen Bereitschaftsdienst und für eine Sicherstellungsumlage ggf. in Abzug gebracht.

§ 9 Rechnungslegung

Die KVN übermittelt jedem an der Honorarverteilung Teilnehmenden nach Fertigstellung der Quartalsabrechnung eine gegliederte Abrechnung über die Vergütung für das jeweilige Quartal. Die Einzelheiten der gegliederten Abrechnung beschließt der Vorstand der KVN.

B. Spezielle Regelungen für die Abrechnung

§ 10 Beratung der Ärzte

Die KVN informiert die Ärzte in geeigneter Weise (z. B. Rundschreiben der KVN) regelmäßig über alle mit der Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen zusammenhängenden Fragen. Zur Vermeidung von Fehlern bei der Abrechnung der Leistungen hat der Arzt die Möglichkeit, am AbrechnungsCheck der KVN teilzunehmen und sich beraten zu lassen. Eine Beratung ist auch für jeden erstmals in Niedersachsen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt vor Beginn seiner vertragsärztlichen Tätigkeit und nach Vorliegen der Abrechnung und der Verordnungen für das erste Vierteljahr seiner Tätigkeit durchzuführen. Der Arzt ist zur Teilnahme an dieser erstmaligen Beratung verpflichtet.

§ 11 Persönliche Leistungserbringung

Es gelten § 32 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) sowie § 15 BMV-Ä.

Wird ein von der KVN genehmigter Assistent im Sinne von § 32 Abs. 2 Ärzte-ZV in der Praxis des ihn anstellenden Arztes tätig, rechnet der anstellende Arzt dessen Leistungen über seine eigene Vertragsarztnummer (LANR) ab. Bis zum 31.03.2019 ausgesprochene Genehmigungen bleiben für die Genehmigungszeit von Satz 2 unberührt.

§ 12 Abrechnung durch ermächtigte Krankenhausärzte

(1) Die Bestimmungen des Dreiseitigen Vertrages zu § 115 Abs. 2 Nr. 4 SGB V über die prä- und poststationäre Behandlung sind zu beachten. Aufgrund einer ausgestellten Verordnung von Krankenhausbehandlung (§ 26 BMV-Ä) dürfen ambulante vertragsärztliche Leistungen durch den ermächtigten Krankenhausarzt nicht abgerechnet werden.

(2) Leistungen (einschließlich Aufnahmeuntersuchungen) am Aufnahmetag und Aufnahmeuntersuchungen an anderen Tagen, die im Krankenhaus von einem an diesem Krankenhaus tätigen, an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt oder einer zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigten ärztlich geleiteten Einrichtung erbracht werden, sind nicht abrechnungsfähig.

§ 13 Leistungen bei Urlaubs- und Krankheitsvertretung, in Notfällen und im organisierten Bereitschaftsdienst

(1) Wird ein Arzt in Vertretung eines zuerst in Anspruch genommenen, z.B. durch Krankheit oder Urlaub verhinderten, Arztes tätig, so rechnet der Vertreter die Leistungen mittels eines Abrechnungsscheines für Urlaubs- bzw. Krankheitsvertretung ab. Wird ein Arzt in der Praxis des vertretenen Arztes tätig, rechnet der vertretene Arzt die Leistungen ab.

(2) Bei der Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen in Notfällen und im Rahmen des organisierten Bereitschaftsdienstes rechnet der die Notfall-/Bereitschaftsdienstleistungen erbringende Arzt diese mittels eines Abrechnungsscheines für den ärztlichen Notfalldienst ab. Lässt sich ein Vertragsarzt im ärztlichen Notfalldienst durch einen Nichtvertragsarzt vertreten, so rechnet der vertretene Vertragsarzt die vom Nichtvertragsarzt erbrachten Bereitschaftsdienstleistungen über seine eigene Vertragsarztnummer ab. Abweichend von Satz 2 kann die KVN einen Nichtvertragsarzt, der die Voraussetzungen für die Eintragung ins Arztregister erfüllt und regelmäßig Vertretungsaufgaben im organisierten Bereitschaftsdienst wahrnimmt, auf Antrag die eigenständige Abrechnung der Vertretungsleistungen zubilligen. Voraussetzung ist, dass sich der Nichtvertragsarzt durch schriftliche Erklärung gegenüber der KVN sämtlichen vertragsärztlichen Regelungen unterwirft.

(3) Der nach den Abs. (1) und (2) tätig gewordene Arzt ist verpflichtet, dem behandelnden Arzt unverzüglich, bei Bereitschaftsdienstfällen an dem auf die Bereitschaftsdienstbehandlung folgenden Wochentag, von seiner ärztlichen Tätigkeit Mitteilung zu machen. Dies geschieht durch Übermittlung der Zweitschrift des von ihm ausgestellten Abrechnungsscheines für ärztlichen Notfalldienst oder für Urlaubs- bzw. Krankheitsvertretung (jeweils unter Angabe der Befunde). In dringenden Fällen ist eine telefonische Vorab-Benachrichtigung erforderlich.

§ 14 Besuchs- und Wegegebühren

Unbeschadet der Regelungen des EBM und der gesamtvertraglichen Regelungen können Besuchs- und Wegegebühren eines Kinderarztes zur Durchführung einer Untersuchung nach Nr. 01712 EBM im Belegkrankenhaus an demselben Tag nur 1x berechnet werden, auch wenn bei mehreren Kindern eine Früherkennungsuntersuchung durchgeführt wird.

§ 15 Ausfüllen der Behandlungsausweise/Abrechnungsscheine

(1) Das Ausfüllen der Behandlungsausweise erfolgt mit einer zertifizierten Software nach der KBV-Richtlinie für den Einsatz von IT-Systemen gem. § 295 Abs. 4 SGB V.

(2) Ärzte in den nachstehenden Arten von Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) sind auch dann verpflichtet, eine nach Gebietsbezeichnung/geführter Teilgebietsbezeichnung/hausärztlicher oder fachärztlicher Zugehörigkeit/regulärer Zulassung oder Sonderbedarfszulassung differenzierte Abrechnung vorzulegen, wenn der Zulassungsausschuss im Zulassungsbeschluss keine entsprechende Auflage erteilt hat. Bei den BAG handelt es sich um fachübergreifende BAG, fachverbindende BAG zwischen Ärzten mit denselben Gebieten - wobei jedoch mindestens ein Arzt eine Teilgebietsbezeichnung führt bzw. unterschiedliche Teilgebietsbezeichnungen geführt werden und/oder zwischen Ärzten mit denselben Gebieten, wobei jedoch mindestens ein Arzt eine Sonderbedarfszulassung hat, sowie um fachverbindende BAG, in denen Hausärzte und Fachärzte tätig sind. Dies gilt entsprechend für Vertragsärzte, die sowohl für ein Gebiet aus dem hausärztlichen als auch für ein Gebiet aus dem fachärztlichen Versorgungsbereich zugelassen sind.

(3) Bei mehreren Inanspruchnahmen des Arztes an demselben Tag sind die Leistungen für die zweite und jede weitere Arzt-Patienten-Begegnung mit der Uhrzeitangabe zu versehen.

(4) Soweit der EBM für Katalog-Leistungen Höchstwerte enthält, sind die Nummern des EBM und ggf. die Häufigkeit der Einzelleistungen anzugeben.

(5) Werden in Akut- bzw. Notfällen Leistungen nach den Nummern 32035 bis 32039 EBM als Einzelbestimmungen im Eigenlabor erbracht, sind diese Leistungen mit „A“ zu kennzeichnen.

(6) Ist der Versicherte in einem Quartal nacheinander bei verschiedenen Kassen versichert gewesen, so sind die Leistungen jeweils auf dem Behandlungsausweis/Abrechnungsschein der Kasse abzurechnen, bei der die Versicherung während der Behandlung bestanden hat.

(7) Bei einem Konsilium sind die Namen der Ärzte, die hieran teilgenommen haben, auf dem Behandlungsausweis/Abrechnungsschein zu vermerken. Bei Hinzuziehung zur Assistenz oder Anästhesie gilt dies nur dann, wenn der hinzugezogene Arzt die Leistungen nicht selbst abrechnen kann.

(8) Die Behandlungsausweise/Abrechnungsscheine müssen vom Arzt mit dem von der KVN ausgegebenen Vertragsarztstempel versehen werden.

§ 16 Änderungen der Praxiskonstellation während des laufenden Behandlungsquartals

(1) Ändert sich im laufenden Behandlungsquartal die Zusammensetzung einer bestehenden Praxis durch Weggang oder Zugang eines Arztes oder ändert sich der Status, die Fachgruppe oder der Schwerpunkt eines Arztes und wird ein Patient in dieser Praxis sowohl vor als auch nach der Änderung behandelt, entsteht kein neuer Behandlungsfall. Durch die Weiterverwendung der bereits vergebenen Betriebsstättennummern ist die korrekte Zählung der Behandlungsfälle gewährleistet.

(2) Erfordert die Praxiskonstellationsänderung im laufenden Behandlungsquartal aus abrechnungstechnischen Gründen und zur Gewährleistung der korrekten Fallzählung die Vergabe einer neuen Betriebsstättennummer für eine Praxis oder einen weiteren Tätigkeitsort und wird ein Patient, der schon vor dem Wechsel der Betriebsstättennummer von einem oder mehreren Ärzten dieser Praxis bzw. dieses Tätigkeitsortes behandelt wurde, auch nach der Konstellationsänderung von demselben Arzt bzw. von Ärzten der bisherigen Praxis bzw. des bisherigen Tätigkeitsortes behandelt, dann sind die ärztlichen Leistungen, die an diesem Patienten nach dem Wechsel in demselben Quartal erbracht werden, noch unter der Betriebsstättennummer abzurechnen, die vor dem Wechsel für die Praxis bzw. den Tätigkeitsort gegolten hat. Das trifft u.a. zu bei Umzug einer Praxis bzw. eines seiner weiteren Tätigkeitsorte in einen anderen

Zulassungsbezirk, bei Beendigung einer Praxisgemeinschaft und Fortführung als örtliche Berufsausübungsgemeinschaft, bei Beendigung einer örtlichen Berufsausübungsgemeinschaft und Fortführung als Praxisgemeinschaft oder bei Fusion zweier Praxen zu einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft unter Beibehaltung der Tätigkeitsorte der durch die Fusion aufgegebenen Praxis.

(3) Ein gegebenenfalls erforderlicher zivilrechtlicher Ausgleich unter den Partnern einer Berufsausübungsgemeinschaft bleibt unberührt.

(4) Die Regelungen der Abs. (1) bis (3) gelten entsprechend für Teilberufsausübungsgemeinschaftspraxen.

§ 17 Führen von Gebiets- und Schwerpunktbezeichnungen

Der Arzt ist verpflichtet, Änderungen im Hinblick auf das Führen von Gebiets- und Schwerpunktbezeichnungen der KVN zu melden. Änderungen werden abrechnungstechnisch zum Quartal nach Bekanntgabe gegenüber der KVN wirksam.

§ 18 Abrechnung vertragsärztlicher stationärer Leistungen

(1) Die vertragsärztlichen stationären Leistungen sind auf Abrechnungsscheinen bei belegärztlicher Behandlung abzurechnen. Werden von einem Belegarzt in einem Abrechnungsfall sowohl ambulante als auch stationäre Leistungen erbracht, so hat sich der Belegarzt für die vertragsärztliche stationäre Behandlung einen separaten Abrechnungsschein bei belegärztlicher Behandlung selbst auszustellen.

(2) Die Ärzte rechnen ihre bei vertragsärztlicher stationärer Krankenhausbehandlung erbrachten Leistungen vierteljährlich bei der KVN ab.

§ 19 Abrechnung und Nachweis von Kosten

(1) Es gelten die Regelungen des EBM und der Gesamtverträge.

(2) Der Arzt ist verpflichtet, auf Anforderung durch die KVN für in tatsächlicher Höhe abrechnungsfähige Kosten den Kostennachweis durch Rechnungsvorlage und ggf. weitere notwendige Unterlagen zu führen.

§ 20 Einreichung der Behandlungsausweise/Abrechnungsscheine bei der KVN

(1) Die Quartalsabrechnung sowie die dazugehörenden Unterlagen und Dokumentationen sind nach den Vorgaben der vom Vorstand zu erlassenden „Verfahrensanweisung zur Abgabe der Quartalsabrechnung“ zu dem im amtlichen Veröffentlichungsorgan gemäß § 14 der Satzung der KVN jeweils bekannt gegebenen Termin bei der KVN einzureichen. Bei Vorliegen eines besonderen durch den Arzt nicht zu verantwortenden Grundes kann dem Arzt auf Antrag eine Fristverlängerung längstens bis zum 15. des zweiten auf das Abrechnungsquartal folgenden Monats gewährt werden. Kann der Arzt bis zum 15. des zweiten auf das Abrechnungsquartal folgenden Monats keine vollständige Quartalsabrechnung einreichen, entscheidet die KVN über eine Abrechnung im Folgequartal.

(2) Reicht der Arzt die vollständige Quartalsabrechnung nicht bis zu dem festgesetzten Termin nach Absatz (1) ein, berechnet die KVN bei der zweiten und dritten in Folge verspäteten eingereichten Quartalsabrechnung als Abgeltung für zusätzlichen Verwaltungsaufwand eine Gebühr von 5 Prozent. Ab der vierten verspäteten Einreichung in Folge berechnet sie eine Gebühr von 10 Prozent des Honorarwertes. Die Möglichkeit der Einleitung disziplinarrechtlicher Maßnahmen im Einzelfall bleibt unberührt. Der verspäteten Einreichung gleichgesetzt ist die vom Arzt zu vertretende Einreichung nicht zu verarbeitender Dateien. Im Einzelfall kann die KVN auf Antrag bei Vorliegen eines berechtigten Grundes davon absehen.

(3) Der Quartalsabrechnung ist eine vom Arzt unterschriebene Sammelerklärung beizufügen, dass die abgerechneten Leistungen von ihm persönlich oder auf seine Anordnung und unter seiner Aufsicht und Verantwortung erbracht worden sind und die Abrechnung sachlich richtig und vollständig ist (s. Inhalte des Beiblattes 1).

(4) Für die Abrechnung der Leistungen durch die KVN werden nur solche Behandlungsausweise/Abrechnungsscheine berücksichtigt, die im Zeitraum der Behandlung gültig gewesen und vom Arzt vollständig und nach den Vorgaben der „Verfahrensanweisung zur Abgabe der Quartalsabrechnung“ ausgefüllt worden sind.

(5) Ist die Bearbeitung der vom Arzt eingereichten Quartalsabrechnung durch Umstände erschwert, die der Arzt zu verantworten hat (fehlende oder nicht zu verarbeitende Daten bzw. Angaben), bleibt die Quartalsabrechnung oder bleiben einzelne Behandlungsfälle zunächst unberücksichtigt. Die KVN wendet sich mit aufklärenden Hinweisen zur Beseitigung des Fehlers an den Arzt. Erfolgt eine Beseitigung der Verarbeitungshindernisse nicht bis zum 15. des zweiten auf das Abrechnungsquartal folgenden Monats, besteht kein Anspruch auf Vergütung im laufenden Abrechnungsquartal. Die Bearbeitung der vom Arzt eingereichten Behandlungsausweise/Abrechnungsscheine gilt insbesondere auch dann als durch Umstände erschwert, die der Arzt zu vertreten hat, wenn die Arztnummer des überweisenden Arztes und/oder andere notwendige Angaben nicht ordnungsgemäß vermerkt sind.

(6) Unabhängig von der Teilnahme am AbrechnungsCheck gem. § 21 sind nachträgliche Berichtigungen unvollständiger Behandlungsausweise/ Abrechnungsscheine an der Quartalsabrechnung schriftlich mit Vertragsarztstempel und Unterschrift versehen bis zum 15. des zweiten auf das Abrechnungsquartal folgenden Monats mitzuteilen. Ein Anspruch auf Berücksichtigung innerhalb dieser Quartalsabrechnung besteht nicht. Im begründeten Einzelfall (z.B. bei überdurchschnittlichem Änderungsumfang) können der Arzt oder die KVN eine Neueinreichung der Abrechnungsdatei verlangen. Hierzu ist eine neue Sammelerklärung bei der KVN einzureichen.

(7) Eine nachträgliche Einreichung oder Berichtigung an der Quartalsabrechnung kann im begründeten Einzelfall entweder auf schriftlichen mit Vertragsarztstempel und Unterschrift versehenen oder alternativ auf mit einer qualifizierten elektronischen Signatur versehenen Antrag/Widerspruch gegenüber der KVN erfolgen, sofern diese aus Gründen erforderlich ist, die nicht im Verantwortungsbereich des Arztes liegen und das Berichtigungsvolumen voraussichtlich 1.000 Euro überschreitet. In diesem Fall beträgt die Berichtigungsfrist 12 Monate nach dem in (1) festgesetzten Termin.

(8) Einzelne Behandlungsfälle des Arztes sowie komplette Quartalsabrechnungen bleiben für die Honorarverteilung unberücksichtigt, wenn sie später als 12 Monate nach dem in Absatz (1) festgesetzten Termin bei der KVN eingereicht werden.

§ 21 AbrechnungsCheck

Die Teilnahme am AbrechnungsCheck, im Rahmen der technischen und personellen Möglichkeit der KVN, ist bei fristgerechter online-Einreichung der Abrechnungsdatei mit Angabe einer

gültigen E-Mail-Adresse und Bestätigung der Nutzungsbedingungen sowie der Zusendung der dazugehörigen Unterlagen und Dokumentationen möglich.

Die Teilnahme ist freiwillig und nur einmalig innerhalb der KVN gesetzten Bearbeitungsfrist möglich. Eine Verlängerung der Bearbeitungsfrist ist grundsätzlich nicht möglich. Dies gilt auch bei technischen Problemen seitens der KVN und bei genehmigter Fristverlängerung nach § 20 Absatz (1).

Dem Arzt wird die Korrekturmöglichkeit im AbrechnungsCheck per E-Mail an die angegebene E-Mail-Adresse mitgeteilt. Unter Wahrung der angegebenen Frist hat der Arzt die Möglichkeit, über den AbrechnungsCheck Änderungen an der eingereichten Abrechnung vorzunehmen oder eine neu erstellte Abrechnungsdatei einzureichen. Die Verantwortung für die Richtigkeit der vorgenommenen Änderungen obliegt dem Arzt. Nimmt der Arzt im Rahmen des AbrechnungsChecks Änderungen bei der bereits eingereichten Quartalsabrechnung vor, so ist die „Ergänzung zur Sammelerklärung“ (s. Inhalte des Beiblattes 2 [Ergänzung zur Sammelerklärung]) vollständig ausgefüllt und entweder unterschrieben und mit dem Vertragsarztstempel versehen oder mit einer qualifizierten elektronischen Signatur versehen einzureichen.

Bei Einreichen einer neuen Abrechnungsdatei ersetzt diese die vorherige Abrechnungsdatei und es ist eine neue vollständig ausgefüllte und entweder unterschriebene und mit dem Vertragsarztstempel versehene oder mit einer qualifizierten elektronischen Signatur versehene Sammelerklärung einzureichen.

§ 22 Monatliche Fallzahlmeldung

Die Ärzte sind verpflichtet, der KVN jeweils bis zum 10. des Folgemonats die Anzahl der im Vormonat erreichten Behandlungsfälle im Sinne der Bundesmantelverträge in der Unterteilung nach M, F, R und Gesamt zu melden. Nähere Vorgaben werden mit Rundschreiben der KVN bekannt gegeben.

Beiblatt 1 zur Abrechnungsanweisung

SAMMELERKLÄRUNG

für das Quartal **Q/JJJJ** für die BSNR **__-_____**

1. **Notwendige Angaben für das Abrechnungscenter**

   Insgesamt reichen wir eine Gesamtfallzahl von __ Fällen ein.

   Falls mehr als eine Abrechnungsdatei an die KVN übermittelt wurde bitte folgendes ausfüllen:

   Es wird mehr als eine Datei bei der KVN eingereicht. Es handelt sich um __ Abrechnungsdateien (*.kvdt) und __ Dokumentationsdateien.

2. **Erklärung**
   Ich/Wir bestätige(n) hiermit, dass die abgerechneten Leistungen von mir/uns oder meinem/unserem Vertreter, Angestellten oder Assistenten oder auf meine/unsere Anordnung und unter meiner/unserer Aufsicht und Verantwortung von nichtärztlichen Mitarbeitern erbracht worden sind (§ 32 Ärzte-ZV, § 15 BMV-Ä) und die Eintragungen auf den Behandlungsausweisen/Abrechnungsscheinen sachlich richtig und vollständig sind.
   Sämtliche abgerechneten Leistungen wurden gemäß den bestehenden Vorschriften zur vertragsärztlichen Versorgung (u.a. Bundesmantelverträge einschließlich EBM, Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses und der KBV, Verträge auf Bundes- und Landesebene, Abrechnungsanweisung sowie sonstiges Satzungsrecht der KVN) erbracht.
   Sämtliche genehmigungs- oder nachweispflichtigen Leistungen wurden von dem Arzt erbracht, der die Genehmigung von der KVN erhalten bzw. die Nachweise vorgelegt hat.

   Ermächtigte Ärzte
   Als ermächtigter Arzt bestätige ich, dass ich nur die im Ermächtigungsbeschluss bestimmten vertragsärztlichen Tätigkeiten ausgeübt habe.
   Ich habe sämtliche ärztliche Leistungen persönlich erbracht und habe keine anderen Ärzte in die ambulante vertragsärztliche Versorgung mit Ausnahme von zulässigen Vertretungen (§ 32 a Ärzte-ZV) einbezogen. Eine Delegation von Leistungen auf nichtärztliches Personal ist ausschließlich nach den dafür vorgesehenen Voraussetzungen erfolgt.

3. **Meldepflichtige Nichtausübung der Praxistätigkeit[1]:**
   Sofern ich/wir (auch Angestellte) die Praxistätigkeit **länger als eine Woche** nicht ausgeübt habe(n), wurde dies der zuständigen KVN-Bezirksstelle rechtzeitig mitgeteilt.

4. **Zur Beschäftigung eines Vertreters, Angestellten oder Assistenten[1] erkläre(n) ich/wir folgendes:**
   Sofern von mir/uns ein Assistent oder Angestellter beschäftigt worden ist, liegt eine Genehmigung der zuständigen KVN-Bezirksstelle bzw. des Zulassungsausschusses vor.
   Sofern von mir/uns ein Vertreter beschäftigt worden ist, wurde dies der zuständigen KVN-Bezirksstelle rechtzeitig mitgeteilt und ggf. genehmigt.

5. **Datentechnisches Abrechnungsverfahren/Arzneimittelmodul**

[1] Auf die §§ 32 und 32a Ärzte-ZV wird verwiesen.

Ich/Wir bestätige(n), dass ich/wir die Bestimmungen der Richtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für den Einsatz von IT-Systemen in der Arzt-Praxis zum Zweck der Abrechnung gemäß § 295 Abs. 4 SGB V in der jeweils gültigen Fassung, die Bestimmungen der Bundesmantelverträge zur Nutzung von Datenverarbeitungssystemen in der Arztpraxis und die Verfahrensanweisung der KVN "Vertragsärztliche Übermittlung der Abrechnungsdaten auf maschinenlesbaren elektronischen Medien" kenne(n) und diese von mir/uns beachtet und eingehalten werden. Insbesondere bestätige ich/wir, dass durch entsprechende organisatorische und technische Maßnahmen eine Erfassung jeder einzelnen Leistung zur Abrechnung erst nach deren vollständiger Erbringung erfolgt ist und ausschließlich eine zertifizierte Softwareversion in der für dieses Abrechnungsquartal gültigen Version Anwendung gefunden hat.

Sofern ich/wir ein Arzneimittelmodul und/oder ein Heilmittelmodul einsetze(n), habe(n) ich/wir die entsprechende(n) KBV-Prüfnummer(n) mittels KVDT übertragen.

6. Praxisklinische Betreuung und Nachsorge/Postoperative Überwachung/Belegärztliche Strukturpauschalen

Soweit andere Ärzte an der Erbringung von Leistungen nach den GOP 01510-01512, 01520, 01521, 01530, 01531, 01857, 01910, 01911, 05350, 31501-31507, 36501-36507, 36861, 36867 und 36881-36884 beteiligt gewesen sind, besteht eine (betreffend die GOP 31501-31507, 36501-36507 schriftliche) Vereinbarung, dass ich/wir diese Leistungen alleine abrechne(n). In den Fällen, in denen bei der Leistungserbringung in demselben Arztfall mehrere Arztpraxen mitgewirkt haben, bestätige(n) ich/wir, dass ich/wir mit den anderen Arztpraxen eine Vereinbarung getroffen haben, wonach nur ich/wir in den jeweiligen Fällen diese Leistungen abrechne(n).

Ich bin mir/Wir sind uns bewusst, dass die Abgabe unrichtiger Angaben in dieser Erklärung einen Verstoß gegen vertragsärztliche Pflichten darstellt, der unter Umständen strafrechtliche und berufsrechtliche Konsequenzen – bis zum Entzug der vertragsärztlichen Zulassung – zur Folge haben kann.

Ort, Datum	**Unterschrift und Vertragsarztstempel oder qualifizierte elektronische Signatur[2]**

[2] Bei Berufsausübungsgemeinschaften und bei MVZ sind die Unterschriften/ist die Unterschrift sämtlicher in der Praxis tätigen zugelassenen Vertragsärzte bzw. einer vertretungsberechtigten Person erforderlich. Bei ermächtigten Institutionen bzw. einer Krankenhausambulanz erfolgt die Unterschrift durch eine den Rechtsträger vertretungsberechtigte Person.

Beiblatt 2 zur Abrechnungsanweisung

ERGÄNZUNG ZUR SAMMELERKLÄRUNG

0x-xxxxxxxx / Praxisname Quartal: Q/JJJJ

Ergänzung zur Sammelerklärung

- Korrekturauftrag im Rahmen des AbrechnungsChecks -

Ich/Wir bestätige(n) die Richtigkeit der von mir/uns im Rahmen des AbrechnungsChecks gemachten Angaben und erkläre(n), dass mir/uns bewusst ist, dass die im Rahmen des AbrechnungsChecks vorgenommenen Änderungen von der bereits abgegebenen Abrechnungssammelerklärung erfasst werden, sodass auch die Abgabe unrichtiger Angaben im Rahmen des AbrechnungsChecks einen Verstoß gegen vertragsärztliche Pflichten darstellt.

Ort, Datum	**Unterschrift und Vertragsarztstempel oder qualifizierte elektronische Signatur**

Anlage 2 zu Teil A des HVM: Belegärztliche Leistungen

§ 1 Allgemeines

Nachstehende Regelungen bestimmen die Vergütung belegärztlicher Leistungen.

§ 2 Vergütungsumfang

(1) Soweit nachstehend nichts anderes geregelt ist, ergibt sich der Vergütungsumfang aus dem Anhang zu dieser Anlage.

Eine Berücksichtigung auch des technischen Teils der Leistungen scheidet im Hinblick auf die Vergütung nach den Grundsätzen für die Vergütung der Krankenhausbehandlung gem. § 39 SGB V aus, sofern nicht Abweichendes geregelt ist.

(2) Besondere Kosten sind gem. Teil A, §4, zu diesem HVM berechnungsfähig.

(3) Wegeentschädigungen können nicht berechnet werden, wenn der Belegarzt seinen Praxissitz in dem Gebäude/Gebäudekomplex/auf dem Gelände des Krankenhauses hat, in dem er die belegärztlichen Leistungen erbringt.

§ 3 Leistungen am Aufnahmetag

Ambulant ausgeführte vertragsärztliche Leistungen werden einem Vertragsarzt nach den Grundsätzen der Vergütung für stationäre Behandlung honoriert, wenn der Kranke an demselben Tag in die stationäre Behandlung dieses Vertragsarztes (Belegarztes) genommen wird. Werden diese Leistungen bei Besuchen erbracht oder in dringenden Fällen, in denen nach ambulanter vertragsärztlicher Behandlung außerhalb des Krankenhauses die Krankenhauseinweisung erfolgt, so werden sie als ambulante vertragsärztliche Leistungen vergütet (§ 41 Abs. 1 BMV-Ä).

§ 4 Leistungen am Entlassungstag

Ambulant ausgeführte vertragsärztliche Leistungen werden einem Vertragsarzt nach den Grundsätzen der Vergütung für stationäre Behandlung honoriert, wenn der Patient an demselben Tag aus der stationären Behandlung dieses Vertragsarztes oder eines Belegarztes an demselben Krankenhaus entlassen wurde. Sofern am Tage der Krankenhausentlassung nach der Krankenhausentlassung ein dringender Besuch (wegen der Erkrankung unverzüglich nach Bestellung ausgeführt) erfolgt, so sind dieser Besuch und die zugehörige Wegeentschädigung berechnungsfähig.

§ 5 Leistungen während der übrigen Tage des stationären Aufenthaltes

Die Leistungen des Belegarztes an allen Tagen des stationären Aufenthaltes des Patienten mit Ausnahme des Aufnahmetages und des Entlassungstages werden ohne Ausnahme nach den Grundsätzen der Vergütung für stationäre Behandlung honoriert. Das gilt auch für den Fall, in dem der Arzt Apparate und/oder sonstige Hilfen aus seiner eigenen Praxis einsetzt.

Es ist nicht zulässig, den Patienten für einen oder mehrere Tage aus der stationären Behandlung zu entlassen, um während dieser Unterbrechung ambulante vertragsärztliche Leistungen zu erbringen oder erbringen zu lassen. Bei kurzfristiger Unterbrechung der stationären Be-

handlung und zwischenzeitlicher ambulanter Abrechnung durch den Belegarzt oder einen anderen Vertragsarzt ist die KVN berechtigt, die ambulant abgerechneten Leistungen nach den Grundsätzen der Vergütung für stationäre Behandlung abzurechnen.

§ 6 Vergütungsregelungen für Anästhesien

(1) Sofern die Anästhesieleistungen nicht mit dem Pflegesatz oder auf sonstige Weise stationär abgegolten sind (so genannte gemischte Krankenhäuser) werden die Anästhesieleistungen mit den Preisen des EBM abgerechnet.

(2) Soweit in den Abrechnungsbestimmungen vorgeschrieben oder aufgrund der fachgebietlichen Zuordnung geboten, sind Anästhesieleistungen nur durch Fachärzte für Anästhesie abrechnungsfähig.

(3) Für das Aufsuchen der Belegabteilungen des Krankenhauses kann der hinzugezogene anästhesiologisch tätige zugelassene Vertragsarzt auch die Nr. 01414 EBM und ggf. Nrn. 01100, 01101 oder 01102 EBM abrechnen.

Für das Aufsuchen eines Belegkrankenhauses kann der hinzugezogene anästhesiologisch tätige zugelassene Vertragsarzt Wegeentschädigungen berechnen, und zwar insgesamt 1x für Leistungen bei mehreren Kranken und einer Anreise zu dem betreffenden Krankenhaus.

Wegeentschädigungen können von dem hinzugezogenen anästhesiologisch tätigen zugelassenen Vertragsarzt nicht berechnet werden, wenn dieser seinen Praxissitz in dem Gebäude/Gebäudekomplex/auf dem Gelände des Krankenhauses hat, in dem auch die Anästhesieleistungen erbracht werden.

§ 7 Vergütungen für hinzugezogene Ärzte ohne § 6

(1) Zieht der Belegarzt einen niedergelassenen Vertragsarzt zur Assistenz hinzu, kann dieser ggf. nur die Vergütung gem. der Nrn. 01100, 01101 oder 01102 EBM berechnen. Daneben kann der assistierende zugelassene Vertragsarzt eine Wegeentschädigung berechnen, und zwar insgesamt 1x für Leistungen bei mehreren Kranken und einer Anreise zu dem betreffenden Belegkrankenhaus.

Wegeentschädigungen können von dem hinzugezogenen Arzt nicht berechnet werden, wenn dieser seinen Praxissitz/Beschäftigungsort im Gebäude/Gebäudekomplex/auf dem Gelände des Krankenhauses hat, in dem auch die Leistungen erbracht werden.

(2) Zieht der Belegarzt einen am Krankenhaus (so genanntes gemischtes Krankenhaus) angestellten nachgeordneten Arzt, der in demselben Fachgebiet wie der Belegarzt tätig wird, zur Operationsassistenz hinzu, entsteht hierdurch kein Vergütungsanspruch.

§ 8 Fortfall der Vergütung

Eine Vergütung ärztlicher Leistungen entfällt, wenn das Honorar im Übrigen stationären Bereich, z. B. durch einen Pflegesatz, abgegolten ist (so genannte gemischte Krankenhäuser).

§ 9 Vergütung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes für Belegpatienten

(1) Ärztlicher Bereitschaftsdienst wird wahrgenommen, wenn sich der bereitschaftsdiensthabende Arzt auf Anordnung des Krankenhauses oder des Belegarztes außerhalb der regelmäßigen Arbeitszeit im Krankenhaus aufhält, um im Bedarfsfall auf der (den) Be-

legabteilung(en) rechtzeitig tätig zu werden. Der Belegarzt hat - ggf. durch eine Bestätigung des Krankenhausträgers - gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen, dass ihm Kosten für den ärztlichen Bereitschaftsdienst für Belegpatienten entstanden sind.

(2) Der von Belegärzten selbst wahrgenommene Bereitschaftsdienst fällt nicht unter die vorstehende Regelung. Für einen solchen Bereitschaftsdienst wird kein Entgelt gezahlt. Jegliche Art von Rufbereitschaft des Belegarztes, seines Assistenten oder von Krankenhausärzten für den Belegarzt fällt nicht unter diese Regelung.

(3) Als Kostenpauschale bei Vorhalten eines vom Belegarzt zu vergütenden ärztlichen Bereitschaftsdienstes wird die GOP 40170 in Höhe von 5,00 Euro in Ansatz gebracht. Die Abrechnung erfolgt für jeden Belegpatienten nach der Zahl der Pflegetage.

Anhang zu Anlage 2 zu Teil A: Vergütungsumfang gem. § 2 der Anlage 2

1. Dem nach den Bundesmantelverträgen anerkannten Belegarzt sowie Vertragsärzte gem. § 6 werden die Visiten in einem zugelassenen Krankenhaus gem. § 108 SGB V je Patient nach Nr. 01414 vergütet.

   Die Grundsätze des Vertrages gem. § 115b SGB V auf der Basis des § 39 SGB V zur Vermeidung nicht notwendiger stationärer Krankenhausbehandlung sind zu beachten, insbesondere der Katalog ambulant durchführbarer Operationen und stationsersetzender Eingriffe sowie die relevanten Ausnahmetatbestände.

   Bei dringend angeforderten und unverzüglich ausgeführten Einzelvisiten kann der Belegarzt sowie der Vertragsarzt gem. § 6, entgegen den Bestimmungen der Präambel zum Abschnitt 36.2, die Leistung nach der Nr. 01414, ggf. in Verbindung mit der Gebühr nach Nr. 01100 bzw. 01101, berechnen. Zusätzlich kann jeweils die entsprechende Wegepauschale/das entsprechende Wegegeld angesetzt werden.

   Bei belegärztlicher Tätigkeit ist die Berechnung der Leistungen nach den Abschnitten 1.5, 2.5 (mit Ausnahme der in 3. c) genannten Leistungen), 3.2, 4.2, 7.3, 18.3, 30.4 (mit Ausnahme der in 3. c) genannten Leistungen), 30.7.1, 31.1.2, 31.2, 31.3, 31.4, 31.5, 35.2 sowie der Leistungen nach den Nrn. 01410, 01411, 01413, 01440, 01700, 01701, 01721, 01910, 01911, 08542, 10330, 13300, 13500, 13501, 13502, 13545, 13550, 13600, 13601, 13602, 13650, 13700, 14240, 14313, 14314, 16230, 16231, 21230, 21231, 21232, 32001, 40094 und 40095 ausgeschlossen.

2. Bei Berechnung von mehr als einer Visite pro Tag ist eine Begründung erforderlich mit Ausnahme von Visiten am Operationstag oder an dem auf die Operation folgenden Tag.

   Die Leistung nach Nr. 01414 in Verbindung mit den Leistungen nach den Nrn. 01100 oder 01101 kann der Belegarzt und der Vertragsarzt gem. § 6, entgegen den Bestimmungen der Präambel zum Abschnitt 36.2, auch dann berechnen, wenn die Visite wegen der Art der Erkrankung zu diesem Zeitpunkt dringend erforderlich war und unverzüglich ausgeführt wurde.

3. Ferner werden dem Belegarzt vergütet:

   a) die Pauschalerstattungen der Abschnitte 40.3 (mit Ausnahme der in 1. genannten Leistung), 40.4, 40.5 mit 100 % der Vergütungssätze,

   b) alle weiteren Leistungen mit 100 % der Vergütungssätze, mit Ausnahme der unter c), d) und e) aufgeführten Leistungen,

   c) die Leistungen gem. dem Kapitel 33, den Abschnitten 30.7 (mit Ausnahme der in 1. genannten Leistungen), 34.2, 34.6 sowie die Leistungen nach den Nrn. 01770, 01771, 01772, 01773, 01774, 01775, 01785, 01786, 01831, 01902, 02520, 03321, 03322, 03324 bis 03326, 03330, 03331, 04321, 04322, 04324 bis 04326, 04330, 04331, 04411 bis 04417, 10320, 10322, 10324, 13250, 13251, 13252, 13253, 13254, 13255, 13256, 13257, 13301, 13310, 13311, 13400 bis 13435, 13551, 13560, 13561, 13571, 13573 bis 13576, 13578, 13579, 13583 bis 13587, 13651 bis 13675, 13701, 30430, 30431, 34500 und 34501 sowie inkl. aller zugehöriger Zuschlagsziffern mit 60 % der Vergütungssätze,

   d) - die Kosten der Laborleistungen des vertraglichen Anhangs zu Kapitel 32, sofern sich eine Bewertung von mindestens 160 Punkten ergibt,

- die Leistungen des Abschnittes 19.3,
- die den Leistungen des Kapitels 32, einschl. des vertraglichen Anhangs und des Abschnitts 19.3 entsprechenden Leistungen aus den Abschnitten 1.7 und 11.3, die mit mindestens 160 Punkten bewertet sind,

mit 60 % der Vergütungssätze.

- Die Leistungen des Kapitels 32 sowie die entsprechenden Leistungen aus den Abschnitten 1.7 und 11.3 sind nur berechnungsfähig, wenn sie in Belegkrankenhäusern erbracht werden und die diesbezüglich in den Bundesmantelverträgen genannten Voraussetzungen erfüllt sind. Laborleistungen, die in gemischten Krankenhäusern erbracht werden, sind nicht berechnungsfähig,

e) die Leistungen der Abschnitte 17.3, 34.3, 34.4 und 34.7 sowie die Leistung nach den Nrn. 34504 und 34505 mit 20 % der Vergütungssätze.

4. Die reduzierten Vergütungssätze nach 3. gelten unabhängig davon, ob Apparaturen bzw. Geräte des Krankenhauses oder solche, die sich im Besitz des Belegarztes befinden, benutzt werden.

5. Vom Belegarzt hinzugezogene Vertragsärzte können unter den Voraussetzungen des § 41 Abs. 2, 6 und 7 Bundesmantelvertrag-Ärzte berechnen:

a. für das Aufsuchen des Belegkrankenhauses bei Durchführung von Assistenzleistungen

- die Leistung nach der Nr. 01414 für jeden Kranken mit 70 % des Vergütungssatzes und insgesamt einmal die entsprechende Wegepauschale/ das entsprechende Wegegeld,

- die Leistung nach der Nr. 01414 mit 70 % des Vergütungssatzes in Verbindung mit der Gebühr nach Nr. 01100 bzw. 01101, wenn die zeitlichen Rahmenbedingungen der Leistungslegende der Nrn. 01100 bzw. 01101 erfüllt sind und je Fall die entsprechende Wegepauschale/das entsprechende Wegegeld,

b. bei Durchführung von Narkosen/Anästhesien die Leistungen nach den Nrn. 01852, 01853, 01856, 01857, 01903, 01913 und 01914 sowie nach den Kapiteln 2, 5 und den Abschnitten 36.3 und 36.5 unter Berücksichtigung der Punkte 1 bis 4.

6. Die Leistungen eines anderen an demselben Krankenhaus tätigen Belegarztes, der zur Diagnostik und/oder Therapie hinzugezogen wird, werden nach den Bestimmungen der Punkte 1 bis 4 vergütet.

7. Entgelt des ärztlichen Bereitschaftsdienstes für Belegpatienten

a) Ärztlicher Bereitschaftsdienst wird wahrgenommen, wenn sich der bereitschaftsdiensthabende Arzt auf Anordnung des Krankenhauses oder des Belegarztes außerhalb der regelmäßigen Arbeitszeit im Krankenhaus aufhält, um im Bedarfsfall auf der (den) Belegabteilung(en) rechtzeitig tätig zu werden.

Die Vertragskrankenkassen entgelten die Wahrnehmung dieses Bereitschaftsdienstes, wenn dem Belegarzt durch seine belegärztliche Tätigkeit Aufwendungen für diesen ärztlichen Bereitschaftsdienst entstehen. Der Belegarzt hat - ggf. durch eine Bestätigung des Krankenhausträgers – gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen, dass ihm Kosten für den ärztlichen Bereitschaftsdienst für Belegpatienten entstanden sind.

Der von Belegärzten selbst wahrgenommene Bereitschaftsdienst fällt nicht unter die vorstehende Regelung. Für einen solchen Bereitschaftsdienst wird kein Entgelt gezahlt. Dies gilt auch für jegliche Art von Rufbereitschaft des Belegarztes, seines Assistenten oder von Krankenhausärzten für den Belegarzt.

b) Als Vergütung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes wird von den Vertragskrankenkassen der auf der Bundesebene vereinbarte Betrag je Patient und Pflegetag gezahlt.

Die Abrechnung erfolgt auf dem Belegarztschein für jeden Belegpatienten nach der Zahl der Pflegetage.

Teil B: Vergütung der MGV-Leistungen

1 Grundsätze der Vergütung

1.1 Vergütung für vertragsärztliche Leistungen

- Die kassenübergreifende unbereinigte morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) gem. § 87a Abs. 3 Satz 1 SGB V stellt die Ausgangsgröße für die Ermittlung und Festsetzung der RLV und QZV dar.
- Die Vergütung der Ärzte erfolgt auf Basis der gem. § 87a Abs. 2 Satz 5 SGB V zum jeweiligen Zeitpunkt gültigen regionalen Euro-Gebührenordnung.
- Zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der vertragsärztlichen Tätigkeit und zur Kalkulationssicherheit gem. § 87b Abs. 2 Satz 1 SGB V wird je Quartal und Arztpraxis die zum vollen EBM-Wert abrechenbare Menge vertragsärztlicher Leistungen durch RLV/QZV und Laborindividualbudget (LIB) begrenzt. Jeweils vor Quartalsbeginn werden Mindestfallwerte für RLV und QZV sowie die LIB bekannt gegeben.
- Wenn eine Arztpraxis die in Ziffer 9.2 i. V. m. Anlage 3 genannten Voraussetzungen erfüllt, kann unter Beachtung der Abrechnungsbestimmungen des EBM die Arztpraxis weitere vertragsärztliche Leistungen in QZV abrechnen, die mit den in der Euro-Gebührenordnung gem. § 87a Abs. 2 SGB V enthaltenen Preisen zu vergüten sind.
- Der abgestaffelte Preis für die das RLV und die QZV überschreitenden Leistungen ergibt sich gem. Anlage 1.

1.2 Ermittlung

1.2.1 Quartalsbezug

Die RLV und QZV werden nach Maßgabe der Ziffern 2 bis 15 auf Quartalsebene für das jeweilige Abrechnungsquartal ermittelt.

Sofern für die Festsetzung der RLV und QZV auf vergangene Basiszeiträume Bezug genommen wird, erfolgt die Leistungszuordnung anhand des aktuellen Abrechnungsquartals, sofern nicht im Einzelnen anders vorgesehen.

1.2.2 Arztbezug

Die RLV und QZV werden nach Maßgabe der Ziffern 2 bis 15 je Arzt ermittelt.

Für Ärzte, die außer in ihrer Arztpraxis auch in einer oder mehreren Teilberufsausübungsgemeinschaften tätig sind, wird ein gesamtes RLV für die vom jeweiligen Arzt in der Arztpraxis und in der(n) Teilberufsausübungsgemeinschaft(en) erbrachten Leistungen ermittelt.

1.2.3 Tätigkeitsumfang

Der Tätigkeitsumfang des Arztes im Abrechnungsquartal ist bei der Ermittlung des RLV sowohl bei der Errechnung der durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe als auch bei der Definition der Grenzwerte gem. Ziffer 8.1.1 maßgebend.

2 Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV)

2.1 Definition

Die von den Krankenkassen zu entrichtende MGV gem. § 87a Abs. 3 Satz 1 SGB V unter Beachtung der entsprechenden Vereinbarungen der Partner der Gesamtverträge ist Ausgangsgröße der Honorarverteilung gemäß nachstehenden Regelungen.

2.2 Unvorhersehbarer Anstieg der Morbidität

Nachzahlungen von Krankenkassen aufgrund des auf Bundesebene zwischen KBV und GKV-Spitzenverband festgelegten Verfahrens zur Bestimmung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs gem. § 87a Abs. 3 Satz 4 SGB V führen ggf. zu Nachzahlungen im Rahmen der Honorarbescheidung der Abrechnungsquartale nach den angeforderten Leistungen.

2.3 Anpassung des RLV und der QZV bei Selektivvertragsteilnahme mit MGV-Bereinigung

Abhängig von der arztseitigen Teilnahme reduziert sich die für die RLV-/QZV-Ermittlung relevante Fallzahl für jeden in einen Selektivvertrag mit MGV-Bereinigung eingeschriebenen Versicherten in dem Umfang des Verhältnisses von Bereinigungsfallwert für RLV-/QZV-Leistungen zu dem sich ohne Durchführung der Bereinigung ergebenden RLV-/QZV-Fallwert.

Die Vertreterversammlung beobachtet, ob der Bereinigungsmodus gem. Satz 1 den Anforderungen der Vorgabe der KBV zu den Grundsätzen der Bereinigungen des zu erwartenden Honorars gem. § 87 b Abs. 4 Satz 2 SGB V gerecht wird und entscheidet erforderlichenfalls über notwendige Anpassungen.

3 Für RLV und QZV relevante Arztgruppen

3.1 Ärzte und Arztgruppen

RLV kommen für Ärzte der in Anlage 2 genannten Arztgruppen zur Anwendung.

QZV kommen für die in Anlage 3 aufgeführten Arztgruppen und Leistungen zur Anwendung.

Ärzte, die nicht zu den Arztgruppen der Anlage 2 zählen und dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören, erhalten ihre Leistungen, die bei Ärzten der Arztgruppen gem. Anlage 2 dem RLV oder der QZV zuzuordnen wären, mit der durchschnittlichen Vergütungsquote aller Arztgruppen des jeweiligen Versorgungsbereichs für RLV-/QZV-Leistungen, die sich nach Nr. 11 ergibt, vergütet.

3.2 Ermächtigte Ärzte

Ermächtigte Krankenhausärzte sowie ermächtigte Krankenhäuser, Einrichtungen oder Institutionen erhalten ein RLV sowie QZV nach dem mit der Ermächtigung begründeten Versorgungsauftrag, sofern die Ermächtigung keinerlei Einschränkung unterliegt und damit einer Vollzulassung vergleichbar ist.

4 Für RLV und QZV relevante Fälle

Für RLV und QZV relevante Fälle sind kurativ-ambulante Behandlungsfälle gem. § 21 Abs. 1 und Abs. 2 BMV-Ä, ausgenommen Notfälle im organisierten Notfalldienst, vollständig außerhalb der MGV extrabudgetär zu vergütende Fälle, Überweisungsfälle zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen und Fälle, in denen ausschließlich Leistungen und Kostenerstattungen, die gem. den Ziffern 6.1, 7.0 und 7.1.1 nicht dem RLV und QZV unterliegen, abgerechnet werden.

Zur Umsetzung des Arztbezuges gem. Ziffer 1.2.2 werden die RLV-Fälle eines Arztes wie folgt ermittelt:

a) In Einzelpraxen entspricht die Zahl der RLV-Fälle der Zahl der Behandlungsfälle gem. Satz 1.

b) In Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten entspricht die Zahl der RLV-Fälle eines Arztes der Zahl der Behandlungsfälle gem. Satz 1 der Arztpraxis multipliziert mit seinem Anteil an der RLV-relevanten Arztfallzahl der Praxis.

Die Summe der anteiligen RLV-Fälle aller Ärzte einer Arztpraxis entspricht damit immer der Anzahl der RLV-relevanten Behandlungsfälle gem. Satz 1 der Arztpraxis.

5 Fallzahlzuwachsbegrenzung

(1) Die Fallzahlzuwachsbegrenzung (FZZB) dient zur Steuerung der RLV-Fallzahl.

(2) Überschreitet der prozentuale Zuwachs der RLV-relevanten Behandlungsfallzahl gem. Ziffer 4 einer Arztgruppe gem. Anlage 2 gegenüber dem Vorjahresquartal fünf vom Hundert, unterliegen die Ärzte dieser Arztgruppe im Rahmen der RLV-Berechnung einer FZZB.

(3) Für Ärzte aus einer Arztgruppe, die gem. Absatz (2) der FZZB unterliegt, wird die Höhe der der RLV-Berechnung zu Grunde liegenden RLV-Fallzahl des aktuellen Quartals begrenzt. Hierzu werden fünf Prozent der durchschnittlichen RLV-Fallzahl je Arzt der Arztgruppe im Vorjahresquartal als absolute Zahl ermittelt und als maximales Wachstum der individuellen RLV-Fallzahl des Vorjahresquartals vorgegeben.

(4) Für die Berechnung der Arztgruppenwerte werden Ärzte, die nicht in vollem Umfang an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, entsprechend des Umfangs ihrer Tätigkeit berücksichtigt.

(5) Für Ärzte, die im aktuellen Quartal weniger als die durchschnittliche RLV-Fallzahl je Arzt der Arztgruppe im Vorjahresquartal erreicht haben sowie für neu zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Ärzte gelten die entsprechenden Werte eines durchschnittlich tätigen Arztes.

(6) Bei Überschreitungen der zulässigen Fallzahlzunahme gem. Absatz (3), die durch länger andauernde Praxisabwesenheit, durch eine Praxisübernahme oder durch die unter Ziffer 12 genannten Fallkonstellationen begründet sind, kann die KVN auf Antrag des Arztes eine den Umständen angemessene Korrektur der FZZB vornehmen. Der Vorstand erlässt hierzu Durchführungsbestimmungen.

(7) Wechselt ein Arzt von einer Arztgruppe zu einer anderen, nimmt er die zuletzt auf ihn entfallende RLV-Fallzahl in das Kontingent der neuen Arztgruppe mit.

(8) Für Ärzte, die ihre vertragsärztliche Tätigkeit in Planungsbereichen ausüben, in denen gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung (Bedarfsplanungs-Richtlinie) für die jeweilige Arztgruppe Unterversorgung festgestellt worden ist bzw. die von Unterversorgung bedroht sind, findet gem. § 87b Abs. 3 SGB V die Fallzahlzuwachsbegrenzung keine Anwendung.

6 Benennung der Leistungen, die von der Steuerung durch die RLV und QZV nicht erfasst sind

6.1 Vergütung und Steuerung von Leistungen im Vorwegabzug

6.1.1 Vergütung und Steuerung von Leistungen des organisierten Notfalldienstes und der Notfallbehandlungen durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser

Leistungen des organisierten Notfalldienstes und der Notfallbehandlungen durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser während der Zeiten des organisierten Notdienstes werden aus dem Vergütungsvolumen vor Berechnung der versorgungsbereichsspezifischen RLV/QZV-Verteilungsvolumen gem. Anlage 4 unter Berücksichtigung der für diesen Leistungsbereich im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung erfolgenden Zahlungen vergütet.

6.1.2 Vergütung und Steuerung der Leistungen und Kostenpauschalen der Laboratoriumsmedizin in Abgrenzung des Grundbetrages Labor gem. Anlage 4

Die Leistungen und Kostenpauschalen der Laboratoriumsmedizin, die gem. Anlage 4 dem Grundbetrag Labor unterliegen, werden aus dem Vergütungsvolumen vor Berechnung der versorgungsbereichsspezifischen RLV/QZV-Verteilungsvolumen gem. Anlage 4 unter Berücksichtigung der für diesen Leistungsbereich im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung erfolgenden Zahlungen und unter Berücksichtigung der Regelungen gem. Ziffer 16 vergütet.

Die Gebührenordnungsposition 32001 für die wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen des Kapitels 32 wird zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet.

6.1.3 Vergütung der Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin

Gem. Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 804. Sitzung erhalten Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin alle Leistungen des Kapitels 4 EBM, mit Ausnahme der Versichertenpauschalen GOP 04004 und 04005 EBM, mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung nach § 87a Abs. 2 S. 5 SGB V vollständig vergütet.

6.1.4 Vergütung der Fachärzte für Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören

Gem. § 87b Abs. 1 Satz 3 SGB V i.V.m. § 87a Abs. 3c SGB V erhalten Fachärzte für Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören alle Leistungen der allgemeinen hausärztlichen Versorgung einschließlich der in Zusammenhang mit diesem Versorgungsbereich erbrachten Hausbesuche ab dem 1. Oktober 2025 mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung nach § 87a Abs. 2 S. 5 SGB V vollständig vergütet.

7 Festsetzung der RLV, QZV und Honorarkontingente

Die nach Abzug der unter Nr. 6 benannten Leistungen verbliebene MGV wird auf den haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich gem. Anlage 4 verteilt. Es entsteht jeweils ein haus- bzw. fachärztliches (versorgungsbereichsspezifisches) Verteilungsvolumen.

7.0 Versorgungsbereichsspezifische Abzüge

Von dem jeweiligen versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumen werden die nachfolgenden Vergütungsvolumina abgezogen bzw. zugesetzt:

(1) Volumen für Leistungen und Kostenpauschalen der Laboratoriumsmedizin, die gem. Anlage 4 dem haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich unterliegen, unter Berücksichtigung der Regelungen gem. Ziffer 16,

(2) Volumen für zu erwartende Zahlungen im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gem. § 75 Abs. 7 und 7a SGB V,

(3) Volumen für zu erwartende Vergütung für Leistungen der Ärzte, die nicht dem RLV unterliegen, sofern sie dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören,

(4) Bereinigungsvolumen gem. § 87a Abs. 3 Satz 7 SGB V,

(5) Bereinigungsvolumen aufgrund von Selektivverträgen gem. Ziffer 2.3,

(6) Bereinigungsvolumen aufgrund der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) gem. § 116b Abs. 6 Satz 13 ff. SGB V und

(7) zu erwartende Praxisnetzförderung gem. Ziffer 15 der Ärzte, die nicht dem RLV unterliegen

7.1 Arztgruppenspezifisches RLV/QZV-Verteilungsvolumen und Honorarkontingente

Für den fachärztlichen Versorgungsbereich werden jeweils arztgruppenspezifische Verteilungsvolumen gem. Anlage 5 für die Arztgruppen gem. Anlage 2 gebildet. Nach Anwendung der Ziffern 7.1.1 und 7.1.2 entsteht hieraus jeweils ein arztgruppenspezifisches RLV/QZV-Verteilungsvolumen.

Für den hausärztlichen Versorgungsbereich werden Verteilungsvolumen für die Arztgruppe der „Fachärzte für Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören“ sowie für die Arztgruppe der „Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin“ gebildet. Dazu wird das versorgungsbereichsspezifische Verteilungsvolumen gem. Nr. 7.0 mit dem jeweiligen arztgruppenspezifischen Anteil am Honorar für diese Leistungen des Versorgungsbereichs des dem jeweiligen Kalenderquartal entsprechenden Kalenderquartals des Jahres 2023 multipliziert. Bei der Bestimmung der Honorare werden dabei seit diesem Basiszeitraum stattgefundene Ein- und Ausdeckelungen berücksichtigt.
Nach Anwendung der Ziffern 7.1.1 und 7.1.2 entsteht hieraus jeweils ein arztgruppenspezifisches Honorarkontingent.

7.1.1 Arztgruppenspezifische Vorab-Leistungen

Von dem jeweiligen arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen werden die nachfolgenden Vergütungsvolumina abgezogen

(1) zu erwartende Vergütung für humangenetische Leistungen des Kapitels 11 EBM als Überweisungsfälle zur Durchführung von Probenuntersuchungen, sofern diese nicht unter die Regelung des Abs. 8 fallen,

(2) zu erwartende Vergütung für pathologische Leistungen des Kapitels 19 EBM als Überweisungsfälle zur Durchführung von Probenuntersuchungen, sofern diese nicht unter die Regelung des Abs. 8 fallen,

(3) zu erwartende Vergütung für sonstige Leistungen auf Überweisungsfällen zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen,

(4) zu erwartende Vergütung für innerhalb der MGV finanzierten Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM,

(5) zu erwartende Vergütung für die Gebührenordnungspositionen 01410, 01413 und 01415,

(6) zu erwartende Vergütung für sonstige Leistungen, die in belegärztlichen Behandlungsfällen zur Abrechnung gelangen,

(7) zu erwartende Vergütung für Leistungen der Empfängnisregelung, Sterilisation und im Rahmen von Schwangerschaftsabbrüchen der Abschnitte 1.7.5 bis 1.7.7. EBM sowie Zuschlag nach der GOP 01698,

(8) zu erwartende Vergütung für Leistungen des Grundbetrages „genetisches Labor“ in Abgrenzung der jeweils gültigen Vorgaben der KBV gem. Anlage 4, wobei die entsprechenden Leistungen arztseitig mit einer Quote ausbezahlt werden, die sich aus dem Verhältnis der Leistungsanforderungen im Vorjahresquartal zum Grundbetrag im Vorjahresquartal ergibt und maximal 100% beträgt,

(9) zu erwartende Vergütung für Leistungen des Grundbetrages „PFG“ in Abgrenzung der jeweils gültigen Vorgaben der KBV gem. Anlage 4,

(10) zu erwartende Vergütung für Leistungen der GOP 35150 und 35163 bis 35169 EBM für die Fachärzte für Neurologie bzw. der Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie,

(11) zu erwartende Vergütungsvolumens für anästhesiologische Leistungen im Sinne des § 87b Abs. 2 Satz 5 SGB V,

(12) zu erwartende Vergütung für Leistungen im Rahmen des Aufsuchens eines bzw. eines weiteren Patienten durch einen nichtärztlichen Mitarbeiter GOP 38100 und 38105 EBM,

(13) zu erwartende Vergütung für Konsiliar- und Grundpauschalen für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin, ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin sowie für zur Abrechnung von Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM ermächtigte Laborärzte, Einrichtungen, Krankenhäuser und Institutionen (EBM-Kapitel 12.2),

(14) zu erwartende Vergütung für Leistungen des EBM-Kapitels 25 und

(15) zu erwartende Vergütung für Leistungen der GOP 19327 EBM für Fachärzte für Frauenheilkunde.

7.1.2 Weitere arztgruppenspezifische Vorweg-Abzüge

Von dem jeweiligen arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen werden die nachfolgenden Vergütungsvolumina abgezogen bzw. hinzugesetzt

(1) zu erwartende Zahlungen für den Aufschlag bei Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Arztpraxen mit angestellten Ärzten (gem. Ziffer 8.1.3),

(2) zwei Prozent des fachärztlichen arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumens für abgestaffelt zu vergütenden Leistungen,

(3) Bereinigungsvolumen gem. § 87a Abs. 3 Satz 7 SGB V,

(4) Vergütungsvolumen für anerkannte Praxisbesonderheiten gem. Ziffer 14 Abs. 2,

(5) Bereinigungsvolumen aufgrund von Selektivverträgen gem. Ziffer 2.3,

(6) Bereinigungsvolumen aufgrund der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) gem. § 116b Abs. 6 Satz 13 ff. SGB V,

(7) Sicherstellungsaufgaben (u.a. nachträglich erfolgende Honorarkorrekturen aus Vorquartalen, Ermächtigungen),

(8) prognostizierte Fallzahlentwicklung gem. Anlage 7 Nr. 1 und Anlage 8 Nr. 2,

(9) Fehlschätzungen für Vorwegabzüge,

(10) voraussichtliche (oder zu erwartende) Über-/Unterschreitungen der arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumina sowie Honorarkontingente gem. 7.1,

(11) zu erwartende Praxisnetzförderung gem. Ziffer 15 sowie

(12) Konvergenzvolumen aufgrund der Zusammenführung der Arztgruppen „Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie, für Herzchirurgie“ und „Fachärzte für Orthopädie“ gem. Ziffer 17.

7.2 Arztgruppenspezifische Vergütungsbereiche

Das arztgruppenspezifische RLV/QZV-Verteilungsvolumen wird gem. Anlage 6 jeweils auf nachfolgende arztgruppenspezifische Vergütungsbereiche aufgeteilt:

- Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der RLV und
- Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der QZV.

8 Ermittlung und Zuweisung der RLV

8.1 Ermittlung der RLV je Arzt

8.1.1 RLV und Fallwertminderung

(1) Jeder Arzt einer Arztgruppe gem. Anlage 2 erhält ein arztgruppenspezifisches RLV. Die Höhe des RLV eines Arztes ergibt sich für die in Anlage 2 benannten Arztgruppen aus der Multiplikation des zum jeweiligen Zeitpunkt gültigen arztgruppenspezifischen Fallwertes (FW_{AG}) gem. Anlage 7 und der RLV-Fallzahl des Arztes gem. Ziffer 4 im aktuellen Quartal. Der für einen Arzt zutreffende arztgruppenspezifische Fallwert nach Satz 2 wird für jeden über 150 % der durchschnittlichen RLV-Fallzahl im Vorjahr der Arztgruppe hinausgehenden RLV-Fall wie folgt gemindert:

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

(2) Aus Sicherstellungsgründen kann im Einzelfall auf Antrag des Arztes von der Minderung des Fallwertes abgewichen werden. Der Vorstand erlässt hierzu Durchführungsbestimmungen. Für Ärzte, die ihre vertragsärztliche Tätigkeit in Planungsbereichen ausüben, in denen gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung (Bedarfsplanungs-Richtlinie) für die jeweilige Arztgruppe Unterversorgung festgestellt worden ist bzw. die von Unterversorgung bedroht sind, findet die Fallzahlabstaffelung gem. Absatz 1 keine Anwendung.

8.1.2 Berücksichtigung der Morbidität im RLV

Zur Berücksichtigung des Morbiditätskriteriums Alter ist das RLV gem. 8.1.1 unter Berücksichtigung der Versicherten nach Altersklassen gem. Anlage 7, Nr. 3 für die an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte bzw. nach Nr. 4 für die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte zu ermitteln.

8.1.3 RLV-Zuschlag für BAG

(1) Zur Berücksichtigung der kooperativen Behandlung von Patienten in dafür gebildeten Versorgungsformen wird gem. § 87b Abs. 2 Satz 2 SGB V das arztindividuell ermittelte RLV unter Zugrundelegung der Praxiskonstellation im Abrechnungsquartal

a) bei nicht standortübergreifenden fach- und schwerpunktgleichen BAG, nicht standortübergreifenden fach- und schwerpunktgleichen MVZ und Praxen mit angestellten Ärzten der gleichen Arztgruppe um 10 Prozent erhöht,

b) bei standortübergreifenden fach- und schwerpunktgleichen BAG, standortübergreifenden fach- und schwerpunktgleichen MVZ und Praxen mit angestellten Ärzten der gleichen Arztgruppe um 10 Prozent erhöht, soweit ein Kooperationsgrad von mindestens 10 Prozent erreicht wird,

c) in fach- und schwerpunktübergreifenden BAG, fach- und schwerpunktübergreifenden MVZ und Praxen mit angestellten Ärzten, in denen mehrere Ärzte unterschiedlicher Arztgruppen gem. Anlage 2 tätig sind, wird das RLV unter Berücksichtigung des Kooperationsgrades der Einrichtung oder Praxis um die in nachstehender Tabelle in Prozent ausgewiesenen Anpassungsfaktoren erhöht.

Tabelle: Anpassungsfaktoren in Prozent	
Kooperationsgrad (KG) in Prozent	Anpassungsfaktor in Prozent

0 bis unter 10	0
10 bis unter 20	12,5
20 bis unter 30	15
30 bis unter 40	17,5
40 und größer	20

Der Kooperationsgrad ist wie folgt definiert: Kooperationsgrad (KG) je Abrechnungsquartal in Prozent = ((RLV-relevante Arztfallzahl der Arztpraxis im aktuellen Quartal/ Zahl der Behandlungsfälle gem. Ziffer 4, Satz 1 im aktuellen Quartal) – 1) * 100.

(2) Fach- und schwerpunktübergreifende BAG, fach- und schwerpunktübergreifende MVZ und Praxen mit angestellten Ärzten gem. c) mit weit überwiegend fach- bzw. schwerpunktgleicher ärztlicher Besetzung (≥ 75 Prozent gemessen am Tätigkeitsumfang) erhalten einen Anpassungsfaktor in Höhe von 10 Prozent für deren fach- bzw. schwerpunktgleiche Tätigkeit, wenn der Kooperationsgrad den Wert von 10 Prozent unterschreitet.

Die Zuschläge nach Absatz 1a) bis c) werden aus dem Vergütungsvolumen gem. Ziffer 7.1.2 Absatz 1 vergütet.

(3) Als standortübergreifend werden BAG, MVZ und Praxen mit angestellten Ärzten eingestuft, wenn sie in mindestens zwei (Neben-)Betriebsstätten Leistungen abgerechnet haben.

(4) Als fach- und schwerpunktübergreifend werden BAG, MVZ und Praxen mit angestellten Ärzten eingestuft, wenn sie Leistungen von Ärzten aus mindestens zwei unterschiedlichen Arztgruppen gem. Anlage 2 abgerechnet haben.

8.2 Arztpraxisbezogene Zuweisung der RLV

Die praxisbezogene Zuweisung der RLV erfolgt im Zuge der Honorarabrechnung. Dabei ergibt sich die Höhe des RLV einer Arztpraxis aus der Addition der RLV je Arzt, der in der Arztpraxis tätig ist.

9 Berechnung der QZV je Leistungsfall

9.1 Ermittlung der QZV je Arzt

(1) Für die in Anlage 3 aufgeführten Leistungsbereiche werden QZV gebildet. Ein Arzt hat Anspruch auf die arztgruppenspezifischen QZV, wenn

- er mindestens eine Leistung des entsprechenden QZV im aktuellen Quartal erbracht hat und
- er die zutreffende Gebiets- bzw. Schwerpunktbezeichnung führt. Unterliegt die Voraussetzung zur Erbringung von in QZV aufgeführten Leistungen einer Qualifikation gem. § 135 Abs. 2 SGB V, § 137 SGB V oder dem Führen einer Zusatzbezeichnung ist der Nachweis zusätzlich erforderlich oder
- die Versorgung der Versicherten mit einer Leistung des QZV aus Sicherstellungsgründen notwendig ist, unter der Voraussetzung der vorliegenden Qualifikation gem. § 135 Abs. 2 SGB V.

(2) Die Berechnung der QZV erfolgt je Leistungsfall gem. Anlage 8. Von der in Anlage 8 beschriebenen Berechnung kann abgewichen werden, wenn im Falle einer niedrigen Anzahl der für ein QZV berechtigten Ärzte eine statistische Ermittlung nicht mehr vertretbar ist.

9.2 Arztpraxisbezogene Zuweisung QZV

Die praxisbezogene Zuweisung der QZV erfolgt im Zuge der Honorarabrechnung, wenn mindestens einer der Ärzte, die in der Arztpraxis tätig sind, über die Voraussetzung gem. Ziffer 9.1 i.V.m. Anlage 3 für das jeweilige QZV verfügt. Dabei ergibt sich die Höhe des jeweiligen QZV aus der Addition der QZV je zur Abrechnung der entsprechenden Leistungen berechtigtem Arzt (unabhängig vom Zulassungsstatus), der in der Arztpraxis tätig ist.

10 Verfahren bei Über-/Unterschreitung der Vergütungsvolumen

Die im Rahmen einer Schätzung durch die KVN zu ermittelnden voraussichtlichen Über- und Unterschreitungen der Vergütungsvolumen werden durch entsprechenden Vorweg-Abzug aus der MGV bereitgestellt.

11 Abrechnung

Den einer Arztpraxis zugewiesenen RLV und ggf. zugewiesenen QZV sowie ggf. Zuschlägen für Praxisbesonderheiten steht die in der Arztpraxis abgerechnete Leistungsmenge insgesamt gegenüber. Sofern das einer Arztpraxis zugewiesene RLV nicht ausgeschöpft ist, kann das noch zur Verfügung stehende Honorarvolumen mit Leistungen aus dem zugewiesenen QZV ausgefüllt werden und umgekehrt. Es sind auch die Leistungen zu berücksichtigen, die von den beteiligten Ärzten ggf. in Teilberufsausübungsgemeinschaften erbracht werden.

Sollte im Abrechnungsquartal die Leistungsanforderung der dem jeweilige Honorarkontingent gem. 7.1 Abs. 2 zugehörigen Leistungen dieses übersteigen, erfolgt eine quotierte Auszahlung der Vergütung. Die anzuwendende Vergütungsquote ergibt sich durch Division des zur Verfügung stehenden Honorarkontingents durch die entsprechende Leistungsanforderung.

12 Fallkonstellationen für Ausnahmetatbestände der Ziffern 5 und 16

Die folgenden Fallkonstellationen werden als Ausnahmetatbestände bei einer außergewöhnlich starken Erhöhung der Zahl der behandelten Versicherten anerkannt:

- Urlaubs- und/oder krankheitsbedingte Vertretung (mind. 20 Arbeitstage, ggf. auch quartalsübergreifend) eines Arztes der eigenen Berufsausübungsgemeinschaft,
- Aufgabe einer Zulassung oder genehmigten Tätigkeit eines Arztes der eigenen Berufsausübungsgemeinschaft (ohne Nachfolge),
- Reduzierung einer Ermächtigung mit der Folge, dass vermehrt Fälle für die bislang durch die Ermächtigung abgedeckten Leistungen bei zugelassenen Vertragsärzten anfallen,
- Längerfristige(r) (mind. 20 Arbeitstage, ggf. auch quartalsübergreifend) Erkrankung und/oder Urlaub des Nachbarkollegen (gleiche Fachrichtung) im gleichen Einzugsbereich,
- Rückgabe der Zulassung oder Aufgabe der genehmigten Tätigkeit durch einen Kollegen in der Nachbarschaft (vergleichbare Fachrichtung) mit der Folge einer Fallzahlsteigerung im gleichen Einzugsbereich,
- Einrichtung einer Zweigpraxis mit Erweiterung des Einzugsbereiches und durch die Einrichtung der Zweigpraxis bedingte Erhöhung der Fallzahl,
- außergewöhnliche Umstände im Aufsatzquartal (z. B. Praxisumbau, längerfristige Krankheit des Arztes – mind. 20 Arbeitstage, ggf. auch quartalsübergreifend), die zu falschen (= zu niedrigen) Ausgangswerten geführt haben,
- Sicherstellungsgründe, wenn z.B. die bestehende Praxis einziger Leistungserbringer ist und den Versicherten nicht zugemutet werden kann, den ansonsten nächst erreichbaren Arzt für besagte Leistungen in Anspruch zu nehmen (beschränkt auf die Fälle, die aus Sicherstellungsgründen abgerechnet werden) oder

- Beschäftigung eines Weiterbildungsassistenten gem. § 75a SGB V.

Eine außergewöhnlich starke Erhöhung der Zahl der behandelten Versicherten liegt vor, sofern es zu einer Fallzahlsteigerung (je Arzt bzw. in Berufsausübungsgemeinschaften je Fachgruppe) kommt, die entweder mindestens 10 Prozent der individuellen Fallzahl des Aufsatzquartals oder aber mindestens 10 Prozent des Arztgruppendurchschnitts des Aufsatzquartals entspricht.

Als Einzugsbereich im vorgenannten Sinne gelten die nach Patientenzahl größten Postleitzahlenbereiche, in denen zusammen mindestens 75 Prozent der Patienten der Praxis wohnen.

Der Vorstand erlässt Durchführungsbestimmungen zur Umsetzung vorgenannter Kriterien und entscheidet bei besonderer Härte im Einzelfall.

13 Praxisnachfolge im Hinblick auf die Ziffern 5 und 16

Für den Fall der Wiederbesetzung eines Arztsitzes (Niederlassung oder Anstellung) kann auf Antrag des Arztes die Vorjahresfallzahl bzw. das Laborindividualbudget des bisherigen Arztes gewährt werden, sofern die Genehmigungen vorliegen und das Leistungsspektrum vergleichbar ist. Die Ausnahme ist für den gesamten Zeitraum bindend, in dem für den Antragsteller noch keine eigenen Basisfallzahlen vorliegen (höchstens vier Quartale).

14 Praxisbesonderheiten

(1) Praxisbesonderheiten werden von der KVN auf Antrag arzt- und standortbezogen gewährt. Sie ergeben sich aus einem besonderen Versorgungsbedarf oder einer besonderen, für die Versorgung bedeutsamen fachlichen Spezialisierung. Ein besonderer Versorgungsbedarf kann vorliegen, wenn es sich um spezielle Leistungen handelt, wie beispielsweise die Teilnahme an Sondervereinbarungen, die Teilnahme an Qualitätssicherungsvereinbarungen, qualitative Sonderbedarfszulassungen, die sich als atypisch für die Arztgruppe darstellen und einen messbaren Einfluss (min. 20 Prozent) auf das Gesamtpunktzahlvolumen der Praxis in den letzten vier Quartalen vor Antragstellung haben, wenn hieraus ein zusätzlicher Behandlungsbedarf bezüglich RLV/QZV-Leistungen resultiert. Unter Satz 2 fällt auch die Deckung eines besonderen Sicherstellungsbedarfs. Voraussetzung für letztere ist, dass der Antragsteller einen wesentlichen Beitrag zur Sicherstellung der der Antragstellung unterliegenden (RLV/QZV)-Leistungen geleistet hat und weiterhin leistet und dass dem Versicherten nicht zugemutet werden kann, den ansonsten nächst erreichbaren Arzt für besagte Leistungen in Anspruch zu nehmen. Voraussetzung für die Anerkennung von Praxisbesonderheiten ist des Weiteren eine aus den Praxisbesonderheiten resultierende Überschreitung von mindestens 20 Prozent der durchschnittlichen RLV-/QZV-Zuweisung für die gekennzeichneten Fälle. Bei der Bemessung der Höhe der individuellen Praxisbesonderheit ist die durchschnittliche RLV-/ QZV-Überschreitungsquote der jeweiligen Arztgruppe zu berücksichtigen.

Um eine Doppelförderung auszuschließen, werden bei PFG/PHG-berechtigten und als Praxisbesonderheit gekennzeichneten Fällen die EBM-Bewertungen der Pauschale zur Förderung der fachärztlichen Grundversorgung (PFG) bzw. der Zusatzpauschale für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrages (PHG) auf die Höhe der Praxisbesonderheit angerechnet. Hiervon kann aus Sicherstellungsgründen in begründeten Fällen abgewichen werden.

Eine Zubilligung von Praxisbesonderheiten ist frühestens für das Quartal der Antragstellung möglich und regelhaft auf 2 Jahre begrenzt. Es besteht die arztseitige Verpflichtung der Mitteilung, sofern die Voraussetzungen des Absatzes 1 nicht mehr erfüllt sind. Der aus den Praxisbesonderheiten zu ermittelnde Leistungsbedarf wird als Zuschlag zum RLV/QZV-Volumen festgelegt.

Der Vorstand erlässt Durchführungsbestimmungen zur Umsetzung der vorgenannten Kriterien sowie auch zur Entscheidung bei besonderer Härte im Einzelfall.

(2) Das für Praxisbesonderheiten je Arztgruppe gem. Anlage 2 insgesamt zur Verfügung zu stellende Volumen bemisst sich nach der Höhe des in den Quartalen 4/2019, 1/2020 und 3/2020 im Durchschnitt angefallenen entsprechenden Auszahlungsvolumens, gesteigert um den durchschnittlichen Prozentsatz, um den das arztgruppenspezifische Verteilungsvolumen gem. Anlage 5 Nr. 1 aufgrund der Rückführung der TSVG-Neupatientenregelung gem. Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 623. Sitzung für das Jahr 2023 erhöht wird, gesteigert um die Veränderungsraten der MGV sowie des landesspezifischen Punktwerts gemäß § 87a Abs. 2 SGB V.

Für die Arztgruppen „Fachärzte für Nuklearmedizin“ und „Fachärzte für Diagnostische Radiologie“ wird der von dem gemäß Satz 1 bestimmten Praxisbesonderheitenvolumen durchschnittlich im genannten Zeitraum auf die Praxisbesonderheiten „Behandlung von Patienten mit nachgewiesener onkologischer Erkrankung auf Zuweisung von onkologisch qualifizierten Ärzten sowie von Fachärzten für Hämato-/Onkologie“ und „CT-gesteuerte schmerztherapeutische Intervention(en) gem. GOP 34504 EBM“ entfallende Anteil jeweils für die Vergütung der entsprechenden QZV „(CT-)Onkologie“ bzw. „CT-gesteuerte schmerztherapeutische Intervention(en)“ verwendet.

Sofern das für Praxisbesonderheiten insgesamt zur Verfügung zu stellende Volumen in der Arztgruppe überschritten wird, erfolgt eine gleichmäßige Quotierung aller Praxisbesonderheiten in der Arztgruppe auf das gem. Satz 1 unter Berücksichtigung von Satz 2 zur Verfügung gestellte Volumen.

Für die Vergütung der Praxisbesonderheiten zu erwartendes nicht benötigtes Honorarvolumen verbleibt in der Arztgruppe und wird dem arztgruppenspezifischen RLV/QZV-Verteilungsvolumen zugeführt.

15 Praxisnetzförderung

An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte in anerkannten Praxisnetzen im Sinne des § 87 b Abs. 2 Satz 3 SGB V erhalten – ggf. anteilig entsprechend des Umfangs ihrer Tätigkeit und ggf. der Tätigkeit ihrer Angestellten laut Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid – eine Praxisnetzförderung in Höhe von 300 Euro pro Quartal je vollem Versorgungsauftrag. Für die Praxisnetzförderung werden pro Quartal max. 62.500 Euro bzw. max. 250.000 Euro pro Jahr (Obergrenze) in der Honorarverteilung zur Verfügung gestellt. Bei Überschreitung der Obergrenze erfolgt eine Quotierung der Praxisnetzförderung auf die Obergrenze.

16 Vergütung laboratoriumsmedizinischer Leistungen

16.1 Vergütung der Laboratoriumsuntersuchungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM für Fachärzte der Laboratoriumsmedizin und Fachärzte der Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie

Laboratoriumsuntersuchungen nach den Abschnitten 32.2 und 32.3 EBM, die von Fachärzten der Laboratoriumsmedizin oder Fachärzten der Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie erbracht werden, unterliegen – sofern sie nicht außerhalb der MGV vergütet werden – einer Begrenzung mittels Individualbudget.

Das Individualbudget bemisst sich je Arzt (LANR) in Höhe der entsprechenden anerkannten Anforderung für Leistungen gem. Satz 1 nach sachlich-rechnerischer Berichtigung im jeweiligen Quartal des Zeitraums 2/2017 bis 1/2018 (Basiszeitraum) angepasst entsprechend der Bewertungsänderungen im EBM seit dem Basiszeitraum und multipliziert mit dem Faktor 0,85.

Das Individualbudget wird je Arzt ermittelt und vor Quartalsbeginn je Praxis zugewiesen. Dabei ergibt sich die Höhe des Individualbudgets einer Arztpraxis aus der Addition der Individualbudgets je Arzt, die in der Arztpraxis tätig sind. Bei der Ermittlung des Individualbudgets eines Arztes ist der Umfang seiner Tätigkeit laut Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid zu berücksichtigen.

Die Leistungsanforderung im aktuellen Quartal für Leistungen gem. Satz 1 wird bis zur Höhe des Individualbudgets nach den EBM-Sätzen vergütet. Überschreitet die Leistungsanforderung das Individualbudget, wird die darüberhinausgehende Leistungsanforderung nur zu 25% vergütet.

Ärzte, deren Individualbudget niedriger ausfällt als der Durchschnitt der Zuweisung je Arzt der jeweiligen Fachgruppe, erhalten ein Individualbudget in Höhe ihrer Leistungsanforderung für Leistungen gem. Satz 1, maximal jedoch in Höhe des Durchschnitts der Zuweisung je Arzt der jeweiligen Fachgruppe.

Bei wesentlichen Änderungen gegenüber dem Basiszeitraum entscheidet der Vorstand im Einzelfall auf Antrag des Arztes auf Basis von ihm erlassener Durchführungsbestimmungen über eine bedarfsgerechte Anpassung des Individualbudgets. Als wesentliche Änderungen können auch die in Ziffer 12 aufgeführten Fallkonstellationen Berücksichtigung finden.

Sofern GOP aus den o.g. EBM-Abschnitten für o.g. Fachgruppen in die MGV überführt werden, die im Basiszeitraum noch nicht Bestandteil des EBM waren, ist das LIB der betroffenen Ärzte um das mit dem Faktor 0,85 multiplizierte individuelle Abrechnungsvolumen aus dem entsprechenden Vorjahresquartal vor Überführung der GOP in die MGV angepasst entsprechend der Bewertungsänderungen im EBM seit der Überführung in die MGV zu erhöhen.

Die ermittelten Individualbudgets werden durch Anwendung der jeweiligen MGV-Veränderungsraten gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 bis 5 SGB V – unter Berücksichtigung weiterer ggf. regional vereinbarter Anpassungen – sowie der basiswirksamen prozentualen MGV-Veränderungen aufgrund von Beschlüssen des Bewertungsausschusses seit dem Basiszeitraum angepasst.

16.2 Vergütung der Laboratoriumsuntersuchungen des Abschnittes 32.3 EBM

Laboratoriumsuntersuchungen nach Abschnitt 32.3 EBM, die nicht von der Regelung nach Nr. 16.1 erfasst sind, unterliegen – sofern sie nicht außerhalb der MGV vergütet werden – einer Begrenzung mittels Individualbudget.

Das Individualbudget bemisst sich je Arzt (LANR) in Höhe der entsprechenden anerkannten Anforderung für Leistungen gem. Satz 1 nach sachlich-rechnerischer Berichtigung im jeweiligen Quartal des Zeitraumes 2/2017 bis 1/2018 (Basiszeitraum) angepasst entsprechend der Bewertungsänderungen im EBM seit dem Basiszeitraum und multipliziert mit dem Faktor 0,85.

Das Individualbudget wird je Arzt ermittelt und vor Quartalsbeginn je Praxis und Versorgungsbereich zugewiesen. Dabei ergibt sich die Höhe des Individualbudgets einer Arztpraxis und Versorgungsbereich aus der Addition der Individualbudgets je Arzt, die in der Arztpraxis im jeweiligen Versorgungsbereich tätig sind. Bei der Ermittlung des Individualbudgets eines Arztes ist der Umfang seiner Tätigkeit laut Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid zu berücksichtigen.

Die Leistungsanforderung im aktuellen Quartal für Leistungen gem. Satz 1 wird bis zur Höhe des Individualbudgets nach den EBM-Sätzen vergütet. Überschreitet die Leistungsanforderung das Individualbudget, wird die darüberhinausgehende Leistungsanforderung nur zu 25% vergütet.

Ärzte, deren Individualbudget niedriger ausfällt als der Durchschnitt der Zuweisung je Arzt der jeweiligen Fachgruppe, erhalten ein Individualbudget in Höhe ihrer Leistungsanforderung für Leistungen gem. Satz 1, maximal jedoch in Höhe des Durchschnitts der Zuweisung je Arzt der jeweiligen Fachgruppe.

Bei wesentlichen Änderungen gegenüber dem Basiszeitraum entscheidet der Vorstand im Einzelfall auf Antrag des Arztes auf Basis von ihm erlassener Durchführungsbestimmungen über eine bedarfsgerechte Anpassung des Individualbudgets. Als wesentliche Änderungen können die in Ziffer 12 aufgeführten Fallkonstellationen Berücksichtigung finden.

Sofern GOP aus dem o.g. EBM-Abschnitt in die MGV überführt werden, die im Basiszeitraum noch nicht Bestandteil des EBM waren, ist das LIB der betroffenen Ärzte um das mit dem Faktor 0,85 multiplizierte individuelle Abrechnungsvolumen aus dem entsprechenden Vorjahresquartal vor Überführung der GOP in die MGV angepasst entsprechend der Bewertungsänderungen im EBM seit der Überführung in die MGV zu erhöhen.

Die ermittelten Individualbudgets werden durch Anwendung der jeweiligen MGV-Veränderungsraten gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 bis 5 SGB V – unter Berücksichtigung weiterer ggf. regional vereinbarter Anpassungen – sowie der basiswirksamen prozentualen MGV-Veränderungen aufgrund von Beschlüssen des Bewertungsausschusses seit dem Basiszeitraum angepasst.

16.3 Vergütung der Laboratoriumsuntersuchungen des Abschnittes 32.2 EBM

Die Laboratoriumsuntersuchungen des Abschnittes 32.2 EBM (ohne die Gebührenordnungspositionen 32025, 32026, 32027, 32035, 32036, 32037, 32038, 32039, 32097 und 32150) EBM, die nicht von der Regelung nach Nr. 16.1 erfasst sind, werden – sofern diese nicht außerhalb der MGV vergütet werden – mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung multipliziert mit dem Faktor 0,85 vergütet.

17 Zusammenführung der Arztgruppen Chirurgie und Orthopädie

Für die Arztgruppen der „Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie, für Herzchirurgie“ und „Fachärzte für Orthopädie“ gem. Anlage 2 wird ab dem Kalenderjahr 2025 eine Zusammenführung dieser beiden Arztgruppen vorbereitet. Die schrittweise Angleichung erfolgt dabei über einen Zeitraum von drei Jahren mittels folgendem Verfahren:

Beginnend mit dem 1. Quartal 2025 wird je genannter Arztgruppe die Differenz im Vorjahresquartal zwischen der mit der gemeinsamen RLV-/QZV-Vergütungsquote bewerteten RLV-/QZV-Leistungsanforderung und dem RLV-/QZV-Honorar für die jeweilige Arztgruppe gebildet. Hierdurch ergibt sich somit jeweils die Differenz zwischen dem RLV-/QZV-Honorar und dem hypothetischen RLV-/QZV-Honorar, welches sich für die jeweilige Arztgruppe nach der Zusammenlegung ergäbe. Anschließend wird diese mit einem Prozentsatz von 33,3% multipliziert und von dem jeweiligen arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen in Form eines Vorweg-Abzugs gem. Nr. 7.1.2 abgezogen beziehungsweise hinzugesetzt (Konvergenzvolumen). Der Prozentsatz wird bis zum Kalenderjahr 2027 angehoben, sodass er für 1/2026 bis 4/2026 50,0% und für 1/2027 bis 4/2027 100% beträgt.

Zusätzlich wird für das Kalenderjahr 2026 das im Vorjahresquartal gebildete Konvergenzvolumen zu dem für das aktuelle Kalenderquartal gebildetem Konvergenzvolumen addiert. Für das Kalenderjahr 2027 wird das im Vor-Vorjahresquartal und im Vorjahresquartal gebildete Konvergenzvolumen zu dem für das aktuelle Kalenderquartal gebildetem Konvergenzvolumen addiert.

Die „RLV-/QZV-Leistungsanforderung“ stellt den zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannten Leistungsbedarf in Euro dar, der innerhalb der RLV und QZV vergütet wird. Das „RLV-/QZV-Honorar“ ist das Honorar vor Abzug von Verwaltungskosten, Umlagen und sonstigen Abzügen, das für diese Leistungen ausbezahlt wurde. Die gemeinsame RLV-/QZV-Vergütungsquote ergibt sich als Verhältnis der Summe der RLV-/QZV-Honorare zur Summe der RLV-/QZV-Leistungsanforderungen der genannten Arztgruppen.

Bis einschließlich des Kalenderjahrs 2027 bleiben beide Arztgruppen in Anlage 2 erhalten. Ab dem 1. Quartal 2028 erfolgt die Zusammenführung zu einer gemeinsamen Arztgruppe.

Anlage 1: Ermittlung des abgestaffelten Preises gem. Ziffer 1.1

1. Im jeweiligen Quartal werden arztgruppenspezifisch die über die RLV und die QZV hinausgehenden Vergütungen festgestellt.
2. In demselben Quartal wird arztgruppenspezifisch das Vergütungsvolumen für abgestaffelte Preise gem. Teil B, Ziffer 7.1.2 Abs. 2 ermittelt. Ggf. kommen ergänzend Vergütungsvolumen aus den Vorwegabzügen gem. Anlage 4 und Teil B, Ziffer 7.1 hinzu.
3. Die Vergütung aus 2. wird durch die Vergütung aus 1. dividiert. Es entsteht jeweils eine arztgruppenspezifische Quote für die abgestaffelt zu vergütenden Leistungen. Die Höhe dieser Quote wird auf maximal 100 Prozent begrenzt. Hierdurch verbleibende Honorarvolumina stellen Vergütungsdifferenzen nach § 6 Teil A dar.
4. Die über die RLV und die QZV hinausgehenden Vergütungen werden jeweils mit der Quote nach 3. multipliziert.

Anlage 2: Arztgruppen gem. Ziffer 3

Für nachfolgende Arztgruppen werden RLV ermittelt und festgesetzt:

1. ./.
2. ./.
3. Fachärzte für Anästhesiologie
4. Fachärzte für Augenheilkunde
5. Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie, für Herzchirurgie
6. Fachärzte für Neurochirurgie
7. Fachärzte für Frauenheilkunde
8. Fachärzte für Frauenheilkunde mit fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin und den abgerechneten GOP 08535, 08537, 08538, 08539, 08550, 08555 und 08558
9. Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde[1)], Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie[1)]
10. Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten
11. Fachärzte für Innere Medizin ohne nachstehende Schwerpunkte, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören
12. Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie
13. Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie
14. Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/Onkologie
15. Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie
16. Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie und invasiver Tätigkeit und abgerechneter GOP 34291
17. Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie
18. Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie
19. Fachärzte für Innere Medizin mit /Versorgungs-) Schwerpunkt Nephrologie
20. Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
21. Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
22. Fachärzte für Nervenheilkunde[1)], Fachärzte für Neurologie bzw. Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie[1)]
23. Fachärzte für Nuklearmedizin
24. Fachärzte für Orthopädie
25. Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie mit einem Anteil an Leistungen der Richtlinien-Psychotherapie nach Kapitel 35.2 des EBM von mehr als 30 Prozent
26. Fachärzte für Diagnostische Radiologie
27. Fachärzte für Urologie
28. Fachärzte für Physikalisch-Rehabilitative Medizin

[1)] Für die RLV-Zuschlagsregelung gem. Teil B Ziffer 8.1.3 werden diese Arztgruppen getrennt betrachtet.

Anlage 3: Zuordnung der QZV gem. Ziffer 3

1. Für nachfolgende Arztgruppen werden QZV für die im Folgenden genannten Leistungen ermittelt und festgesetzt.
2. Nachfolgende QZV setzen sich systematisch für alle Arztgruppen aus denselben Gebührenordnungspositionen zusammen. Die berufsrechtlichen Bestimmungen zur Erbringung von Leistungen und die Abrechnungsbestimmungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) bleiben von der nachfolgenden Zuordnung der Gebührenordnungspositionen zu den Arztgruppen unberührt.

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungs-positionen des EBM
Fachärzte für Anästhesiologie	Akupunktur	30790, 30791
	Dringende Besuche	01411, 01412
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	30700, 30702, 30703, 30704, 30706, 30708
	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760
	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungs-positionen des EBM
Fachärzte für Augenheilkunde	Dringende Besuche	01411, 01412
	Elektroophtalmologie	06312
	Fluoreszenzangiographie	06331
	Kontaktlinsenanpassung	06340, 06341, 06342, 06343
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Sonographie I	33000, 33001, 33002, 33011
	Strukturpauschale konservativ tätiger Augenärzte	06225
	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungs-positionen des EBM
Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie, für Herzchirurgie	Akupunktur	30790, 30791
	Behandlung des diabetischen Fußes	02311
	Behandlung von Hämorrhoiden	30610
	Dringende Besuche	01411, 01412
	Chirotherapie	30200, 30201
	Phlebologie	30500, 30501
	Physikalische Therapie	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 30431
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34295, 34296, 34500, 34501, 34503
	Ulcus cruris, CVI	02312, 02313
	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungs-positionen des EBM
Fachärzte für Neurochirurgie	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760
	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34295, 34296, 34500, 34501, 34503
	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungs-positionen des EBM
Fachärzte für Frauenheilkunde	Dringende Besuche	01411, 01412
	Inkontinenzbehandlung	08310
	Kurative Mammographie	34270, 34271, 34272, 34273
	Mamma-Sonographie, Stanzbiopsie	08320, 33041
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512
	Proktologie	08333, 08334
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150, 35163, 35164, 35165, 35166, 35167, 35168, 35169
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102
	Zytologie	08315, 19310, 19312, 19319

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungs-positionen des EBM
Fachärzte für Frauenheilkunde mit fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin und den abgerechneten GOP 08535, 08537, 08538, 08539, 08550, 08555 und 08558	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Reproduktionsmedizin	08230
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102
	Zytologie	08315, 19310, 19312, 19319

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungs-positionen des EBM
Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie	Allergologie	30100, 30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123
	Bronchoskopie	09315, 09316
	Chirotherapie	30200, 30201
	Dringende Besuche	01411, 01412
	Gastroenterologie I	09317
	Hyposensibilisierungs-behandlung	30130, 30131
	Kardiorespiratorische Polygraphie	30900
	Phoniatrie, Pädaudiologie	09330, 09331, 09332, 09333, 09335, 09336, 20330, 20331, 20332, 20333, 20335, 20336
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760
	Sonographie der extrakraniellen hirnversorgenden Gefäße im Duplex-Verfahren	33070, 33075
	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34295, 34296, 34500, 34501, 34503

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungs-positionen des EBM
	Balneophototherapie	10350
Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten	Behandlung des diabetischen Fußes	02311
	Behandlung von Hämorrhoiden	30610
	Dringende Besuche	01411, 01412
	Histologie	19310, 19312, 19315, 19319, 19320
	Hyposensibilisierungs-behandlung	30130, 30131
	Phlebologie	30500, 30501
	Physikalische Therapie	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 30431
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Sonographie Haut	33080, 33081
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
	Ulcus cruris, CVI	02312, 02313
	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungs-positionen des EBM
Fachärzte für Innere Medizin ohne nachstehende Schwerpunkte, die dem fachärztlichen Versorgungs-bereich angehören	Allergologie (Zusatzbezeich-nung)	30100, 30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123
	Behandlung des diabetischen Fußes	02311
	Behandlung von Hämorrhoi-den	30610
	Dringende Besuche	01411, 01412
	Gastroenterologie I	13402
	Hyposensibilisierungs-behand-lung	30130, 30131
	Kardiorespiratorische Polygra-phie	30900
	Kleinchirurgie	02310
	Kontrolle Herzschrittmacher	13571, 13573, 13574, 13575, 13576
	Langzeit-EKG	13252, 13253
	Phlebologie	30500, 30501
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512
	Psychosomatische Grundver-sorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Schmerztherapeutische spezi-elle Behandlung	30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungs-positionen des EBM
Fachärzte für Innere Medizin ohne nachstehende Schwerpunkte, die dem fachärztlichen Versorgungs-bereich angehören	Kapselendoskopie	13425, 13426
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092
	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34295, 34296, 34500, 34501, 34503
	Ulcus cruris, CVI	02312, 02313
	Unvorhergesehene Inan-spruchnahme	01100, 01101, 01102

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungs-positionen des EBM
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie	Behandlung des diabetischen Fußes	02311
	Interventionelle Radiologie	01530, 01531, 34287
	Kardiorespiratorische Polygraphie	30900
	Kleinchirurgie	02310
	Phlebologie	30500, 30501
	Physikalische Therapie	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092
	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040
	Ulcus cruris, CVI	02312, 02313

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungs-positionen des EBM
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie	Dringende Besuche	01411, 01412
	Kapselendoskopie	13425, 13426
	Kardiorespiratorische Polygra-phie	30900
	Phlebologie	30500, 30501
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512
	Psychosomatische Grundver-sorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34295, 34296, 34500, 34501, 34503
	Ulcus cruris, CVI	02312, 02313
	Unvorhergesehene Inan-spruchnahme	01100, 01101, 01102

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungs-positionen des EBM
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/ Onkologie	Dringende Besuche	01411, 01412
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760
	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
	Transfusionen	02110, 02111
	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungs-positionen des EBM
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie	Kardiorespiratorische Polygraphie	30900
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Sonographie I	33000, 33001, 33002, 33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34295, 34296, 34500, 34501, 34503
	Ulcus cruris, CVI	02312, 02313
	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungs-positionen des EBM
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie und invasiver Tätigkeit und abgerechneter GOP 34291	Beobachtung und Betreuung eines Kranken	01520
	Sonographie I	33000, 33001, 33002, 33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34295, 34296, 34500, 34501, 34503

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungs-positionen des EBM
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie	Allergologie	30100, 30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123
	Bronchoskopie	13662, 13663, 13664, 13670
	Dringende Besuche	01411, 01412
	Hyposensibilisierungs-behand-lung	30130, 30131
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512
	Psychosomatische Grundver-sorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Sonographie I	33000, 33001, 33002, 33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092
	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040
	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34295, 34296, 34500, 34501, 34503
	Unvorhergesehene Inan-spruchnahme	01100, 01101, 01102

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungs-positionen des EBM
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie	Akupunktur	30790, 30791
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Punktionen	02340
	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092
	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34295, 34296, 34500, 34501, 34503
	Osteodensitometrie	34600

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungs-positionen des EBM
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Nephrologie	Behandlung des diabetischen Fußes	02311
	Dringende Besuche	01411, 01412
	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungs-positionen des EBM
Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	Neurophysiologische Übungsbehandlung	30300, 30301
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142
	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungs-positionen des EBM
Fachärzte für Nervenheilkunde, Fachärzte für Neurologie bzw. Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie	Akupunktur	30790, 30791
	Betreuung neurologisch bzw. psychisch Kranker im sozialen Umfeld	16230, 16231, 21230, 21231
	Dringende Besuche	01411, 01412
	Kardiorespiratorische Polygraphie	30900
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512
	Psychiatrische Gruppenbehandlung	21221
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142
	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102
	Verordnung ambulanter psychiatrischer Pflege	01422, 01424

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungs-positionen
Fachärzte für Nuklearmedizin	MRT	34410, 34411, 34420, 34421, 34422, 34430, 34431, 34440, 34441, 34442, 34450, 34451, 34452, 34460
	MRT-Angiographie	34470, 34475, 34480, 34485, 34486, 34489, 34490, 34492
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092
	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34295, 34296, 34500, 34501, 34503
	Unvorhergesehene Inan-spruchnahme	01102
	Onkologie*	97100

* Voraussetzung für die Abrechenbarkeit des QZV „Onkologie“ ist die Zuweisung eines Patienten mit nachgewiesener onkologischer Erkrankung durch einen onkologisch qualifizierten Arzt bzw. einen Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Hämato-/Onkologie

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungs-positionen des EBM
Fachärzte für Orthopädie	Akupunktur	30790, 30791
	Behandlung des diabetischen Fußes	02311
	Chirotherapie	30200, 30201
	Dringende Besuche	01411, 01412
	Neurophysiologische Übungs-behandlung	30300, 30301
	Osteodensitometrie	34600
	Physikalische Therapie	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421
	Psychosomatische Grundver-sorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Schmerztherapeutische spezi-elle Versorgung	30700, 30702, 30703, 30704, 30706, 30708
	Schmerztherapeutische spezi-elle Behandlung	30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092
	Sonographie der Säuglings-hüfte	33051

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungs-positionen des EBM
Fachärzte für Orthopädie	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34295, 34296, 34500, 34501, 34503
	Ulcus cruris, CVI	02312, 02313
	Unvorhergesehene Inan-spruchnahme	01100, 01101, 01102

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungs-positionen des EBM
Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie mit einem Anteil an Leistungen der Richtlinien-Psychotherapie nach Kapitel 35.2 des EBM von mehr als 30 Prozent	Betreuung psychisch Kranker im sozialen Umfeld	21230, 21231
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungs-positionen
Fachärzte für Diagnostische Radiologie	CT	34310, 34311, 34312, 34320, 34321, 34322, 34330, 34340, 34341, 34342, 34343, 34344, 34345, 34350, 34351, 34360, 34504
	Interventionelle Radiologie	01530, 01531, 34287
	Kurative Mammographie	34270, 34271, 34272, 34273
	Mamma-Sonographie, Stanz-biopsie	08320,33041
	Magnetresonanztomographie (MRT) der weiblichen Brust-drüse	34431
	Magnetresonanztomographie (MRT)	34410, 34411, 34420, 34421, 34422, 34430, , 34440, 34441, 34442, 34450, 34451, 34452, 34460
	MRT-Angiographie	34470, 34475, 34480, 34485, 34486, 34489, 34490, 34492
	Nuklearmedizin	17310, 17311, 17312, 17320, 17321, 17330, 17331, 17332, 17333, 17340, 17341, 17350, 17351, 17360, 17361, 17362, 17363, 17371, 17372, 17373
	Osteodensitometrie	34600
	Punktionen	02340
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092
	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040
	CT-Onkologie*	97101
	CT-gesteuerte schmerzthera-peutische Intervention(en)**	97102

* Voraussetzung für die Abrechenbarkeit des QZV „CT-Onkologie“ ist die Zuweisung eines Patienten mit nachgewiesener onkologischer Erkrankung durch einen onkologisch qualifizierten Arzt bzw. einen Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Hämato-/Onkologie

** Voraussetzung für die Abrechenbarkeit des QZV „CT-gesteuerte schmerztherapeutische Intervention(en)“ ist die Leistungserbringung und Abrechnung der GOP 34504 EBM

Fachärzte für Diagnostische Radiologie	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34295, 34296, 34500, 34501, 34503

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungs-positionen des EBM
Fachärzte für Urologie	Behandlung von Hämorrhoiden	30610
	Dringende Besuche	01411, 01412
	Inkontinenzbehandlung	26313, 26340
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34295, 34296, 34500, 34501, 34503
	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102
	Zytologie	19310, 19312, 19319

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungs-positionen des EBM
Fachärzte für Physikalisch-Rehabilitative Medizin	Akupunktur	30790, 30791
	Chirotherapie	30200, 30201
	Physikalische Therapie	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 30431
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092
	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34295, 34296, 34500, 34501, 34503
	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102

Anlage 4: Berechnung des versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumens gem. Ziffer 7

Die Berechnung des Verteilungsvolumens eines Versorgungsbereichs (VV_{VB}) erfolgt unter Beachtung der Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gem. § 87b Abs. 4 SGB V zur Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung in der jeweils geltenden Fassung.

Anlage 5: Berechnung des arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumens gem. 7.1

1. Berechnung des arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumens (VV_{AG})

$$VV_{AG} = \frac{Ho_{AG}}{Ho_{VB}} * VV_{VB}^{RLV}$$

Ho_{VB}: Ausgezahltes Honorar des jeweiligen Quartals des Basiszeitraums 1/2018 bis 4/2018 im fachärztlichen Versorgungsbereich für RLV/QZV-Leistungen, ggf. unter Berücksichtigung der EBM-Anpassungsfaktoren gem. 2., zuzüglich der Leistungen gem. Ziffern 7.1.1 und 7.1.2 aller Ärzte des jeweiligen Versorgungsbereichs

Ho_{AG}: Ausgezahltes Honorar des jeweiligen Quartals des Basiszeitraums 1/2018 bis 4/2018 im fachärztlichen Versorgungsbereich für RLV/QZV-Leistungen, ggf. unter Berücksichtigung der EBM-Anpassungsfaktoren gem. 2., zuzüglich der Leistungen gem. Ziffern 7.1.1 und 7.1.2 einer Arztgruppe gem. Anlage 2

AG: Arztgruppe gem. Anlage 2

VV_{VB}^{RLV}: Versorgungsbereichsspezifisches RLV/QZV-Verteilungsvolumen gem. Teil B Ziffer 7.1

Bereinigungen und Einbudgetierungen seit dem Basiszeitraum werden arztgruppenspezifisch berücksichtigt.

2. Berücksichtigung von Veränderungen der Bewertung ärztlicher Leistungen des EBM bzw. der Neueinführung von Leistungen nach dem Basiszeitraum durch Anpassungsfaktoren

Anpassungsfaktoren aufgrund von im Vergleich zum jeweiligen Basiszeitraum erfolgenden Veränderungen in der Bewertung von EBM-Leistungen, die der MGV zuzurechnen sind, werden wie folgt bestimmt:

Für jede Arztgruppe gem. Anlage 2 sowie für die Arztgruppen der „Fachärzte für Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören“ und der „Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin“werden die Auswirkungen der Veränderungen anhand der Abrechnungsergebnisse der letzten vier vorliegenden Abrechnungsquartale vor Inkrafttreten der Veränderung als Jahreswert ermittelt.

Zur Berechnung eines Anpassungsfaktors wird die Summe aller Leistungsanforderungen für Leistungen, die dem betrachteten Volumen unterliegen, als Divisor verwendet. Die Summe der gleichen Leistungen, allerdings bewertet nach der Veränderung der Leistungsbewertung des EBM, dient als Dividend. Der Wert des Quotienten bildet den resultierenden Anpassungsfaktor. Dieser ist auf vier Nachkommastellen zu runden.
Für den Fall, dass EBM-Leistungen im Basiszeitraum noch nicht existierten, werden diese Leistungen in der Berechnung nach Abs. 2 und 3 im Divisor mit Null bewertet und im Dividend mit der Leistungsbewertung gemäß EBM.

Abweichend gilt für die EBM-Änderungen mit Wirkung zum 01.04.2020 folgendes Verfahren:

Für jede Arztgruppe gem. Anlage 2 werden die Auswirkungen der Veränderungen anhand der Abrechnungsergebnisse der Abrechnungsquartale 3/2018 bis 2/2019 als Jahreswert ermittelt.

Zur Berechnung eines Anpassungsfaktors wird die Summe aller Leistungsanforderungen für Leistungen, die dem betrachteten Volumen unterliegen, als Divisor verwendet. Die Summe der gleichen Leistungen, allerdings bewertet nach der Veränderung der Leistungsbewertung des EBM, dient als Dividend. Der Wert des Quotienten bildet den ersten Anpassungsfaktor.

Der Wert des Quotienten aus der Auszahlungsquote der jeweiligen Arztgruppe als Dividend und der Auszahlungsquote des Versorgungsbereichs als Divisor bildet den zweiten Anpassungsfaktor. Die Auszahlungsquote ist dabei definiert als der Wert des Quotienten aus der Vergütung als Dividend und der Leistungsanforderung als Divisor, jeweils bezogen auf sämtliche Leistungen, die der Gesamtvergütung unterliegen. Falls der zweite Anpassungsfaktor die Grenzen des Intervalls von 0,8 bis 1,2 unter- bzw. überschreitet, wird er auf den jeweils überschrittenen Grenzwert festgelegt.

Sind beide Anpassungsfaktoren nach den Abs. 6 und 7 kleiner als 1, berechnet sich der resultierende Anpassungsfaktor für die ersten vier Quartale aus der Multiplikation des ersten Anpassungsfaktors nach Abs. 6 subtrahiert um 1 mit dem Term aus der Multiplikation des zweiten Anpassungsfaktors nach Abs. 7 mit 2,5 und subtrahiert um 1,5. Zum Ergebnis wird der Wert 1 addiert.

$$resultierenderAF = (ersterAF - 1) * (2{,}5 * zweiterAF - 1{,}5) + 1$$

Sind beide Anpassungsfaktoren nach den Abs. 6 und 7 größer als 1, berechnet sich der resultierende Anpassungsfaktor für die ersten vier Quartale aus der Multiplikation des ersten Anpassungsfaktors nach Abs. 6 subtrahiert um 1 mit dem Term aus der Multiplikation des zweiten Anpassungsfaktors nach Abs. 7 mit -2,5 und addiert um 3,5. Zum Ergebnis wird der Wert 1 addiert.

$$resultierenderAF = (ersterAF - 1) * (-2{,}5 * zweiterAF + 3{,}5) + 1$$

Sind die Anpassungsfaktoren nach den Abs. 6 und 7 weder beide kleiner als 1 noch beide größer als 1, wird der resultierende Anpassungsfaktor nur aus dem ersten Anpassungsfaktor nach Abs. 6 gebildet.

Der resultierende Anpassungsfaktor ist auf vier Nachkommastellen zu runden.

Anlage 6: Berechnung der arztgruppenspezifischen Vergütungsbereiche gem. Ziffer 7.2

1. Berechnung des arztgruppenspezifischen Vergütungsbereichs für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der Regelleistungsvolumen (RLV_{AG})

$$RLV_{AG} = \frac{LB_{AG}^{RLV}}{LB_{AG}} \times VV_{AG}$$

LB_{AG}^{RLV}: Zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannter Leistungsbedarf in Euro im entsprechenden Quartal des Basiszeitraums 4/2014 bis 3/2015 im hausärztlichen Versorgungsbereich bzw. des Basiszeitraums 1/2018 bis 4/2018 im fachärztlichen Versorgungsbereich einer Arztgruppe derjenigen Leistungen, die innerhalb der RLV vergütet werden, ggf. multipliziert mit den Anpassungsfaktoren in Anlage 5, Ziffer 2 für die entsprechende Arztgruppe

LB_{AG}: Zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannter Leistungsbedarf in Euro im entsprechenden Quartal des Basiszeitraums 4/2014 bis 3/2015 im hausärztlichen Versorgungsbereich bzw. des Basiszeitraums 1/2018 bis 4/2018 im fachärztlichen Versorgungsbereich einer Arztgruppe gem. Anlage 2, ggf. multipliziert mit den Anpassungsfaktoren gem. Anlage 5, Ziffer 2 für die entsprechende Arztgruppe

VV_{AG}: Arztgruppenspezifisches Verteilungsvolumen gem. Teil B Ziffer 7.1

AG: Arztgruppen gem. Anlage 2

Der arztgruppenspezifische Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der Regelleistungsvolumen (RLV_{AG}) ist maximal in der Höhe des arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumens gem. Teil B Ziffer 7.1 festzulegen.

2. Berechnung des Vergütungsbereichs für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der QZV

$$QZV_{AG} = VV_{AG} - RLV_{AG}$$

VV_{AG}: Arztgruppenspezifisches Verteilungsvolumen gem. Teil B Ziffer 7.1

RLV_{AG}: Arztgruppenspezifischer Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der RLV gem. 1.

Liegt der RLV-(Mindest-)Fallwert der Arztgruppe unterhalb der nach Altersgruppen und Abrechnungsfrequenzen gewichteten arztgruppenspezifischen Versicherten-, Grund- bzw. Konsiliarpauschale des Vorjahresquartals, so erfolgt innerhalb der arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen eine Stützung des RLV-Fallwertes auf max. die vorgenannte Versicherten- bzw. Grundpauschale. Hierfür werden bis zu 50 % der ursprünglichen für die QZV der Arztgruppe zugrunde gelegten Vergütungsvolumen bereitgestellt.

Aus den demgemäß reduzierten Vergütungsvolumen für QZV der Arztgruppen ergeben sich die jeweiligen QZV-Fallwerte der Arztgruppe.

Anlage 7: Berechnung des RLV je Arzt gemäß Ziffer 8

1. Berechnung des arztgruppenspezifischen Fallwertes gem. 8.1.1

$$MFW_{AG} = \frac{RLV_{AG}}{FZ_{AG}}$$

RLV_{AG}: Arztgruppenspezifischer Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der RLV gem. Anlage 6, Ziffer 1

FZ_{AG}: Die erwartete RLV-Fallzahl gem. Teil B, Ziffer 4 einer Arztgruppe gem. Anlage 2

MFW_{AG}: arztgruppenspezifischer Mindestfallwert

2. Berechnung des arzt- und praxisbezogenen RLV

$$RLV_{Arzt} = FW_{AG} * FZ_{Arzt}$$

FW_{AG}: Arztgruppenspezifischer RLV-Mindestfallwert gem. Ziffer 1 (Für den Fall der Nichtausschöpfung des arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumens im Rahmen der Honorarverteilung erfolgt eine Anhebung des RLV-Mindestfallwertes.)

FZ_{Arzt}: Anzahl der RLV-Fälle eines Arztes gem. Teil B, Ziffer 4 im aktuellen Quartal unter Berücksichtigung der Fallzahlsteuerung gem. Teil B, Ziffer 8.1.1, sowie der Fallzahlzuwachsbegrenzung gem. Teil B, Ziffer 5.

Das ermittelte RLV je Arzt ist gegebenenfalls entsprechend den nach Teil B, Ziffer 14 festgestellten Praxisbesonderheiten anzupassen.

Das praxisbezogene RLV ergibt sich gem. Teil B, Ziffer 8.2 aus der Addition der RLV der Ärzte, die in der Arztpraxis tätig sind sowie der entsprechenden Zuschläge für Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinische Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten gem. Teil B, Ziffer 8.1.3.

3. Morbiditätsbezogene Differenzierung des RLV für an der fachärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte nach Altersklassen gem. Teil B, Ziffer 8.1.2

f = arztgruppenspezifischer Leistungsbedarf je RLV-Fall im Vorjahr aus Leistungen, die innerhalb des RLV vergütet werden, für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr

g = arztgruppenspezifischer Leistungsbedarf je RLV-Fall im Vorjahr aus Leistungen, die innerhalb des RLV vergütet werden, für Versicherte ab dem 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr

h = arztgruppenspezifischer Leistungsbedarf je RLV-Fall im Vorjahr aus Leistungen, die innerhalb des RLV vergütet werden, für Versicherte ab dem 60. Lebensjahr

i = arztgruppenspezifischer Leistungsbedarf je RLV-Fall im Vorjahr aus Leistungen, die innerhalb des RLV vergütet werden, für alle Versicherten

n_f = Zahl der RLV-Fälle eines Arztes für die Behandlung von Versicherten bis zum vollendeten 5. Lebensjahr im Abrechnungsquartal

n_g = Zahl der RLV-Fälle eines Arztes für die Behandlung von Versicherten ab dem 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr im Abrechnungsquartal

n_h = Zahl der RLV-Fälle eines Arztes für die Behandlung von Versicherten ab dem 60. Lebensjahr im Abrechnungsquartal

n = Zahl der RLV-Fälle eines Arztes im Abrechnungsquartal

Das RLV gem. 2. eines Arztes wird mit dem folgenden Faktor multipliziert:

$$\frac{n_f \cdot f/i + n_g \cdot g/i + n_h \cdot h/i}{n}$$

Die Differenzierung nach Altersgruppen entfällt für die Altersgruppen mit weniger als 50 RLV-Fällen pro Quartal in der Arztgruppe.

4. Morbiditätsbezogene Differenzierung des RLV für an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte nach Altersklassen gem. Teil B, Ziffer 8.1.2

f = arztgruppenspezifischer Leistungsbedarf je RLV-Fall im Vorjahr aus Leistungen, die innerhalb des RLV vergütet werden, für Versicherte bis zum vollendeten 4. Lebensjahr

g = arztgruppenspezifischer Leistungsbedarf je RLV-Fall im Vorjahr aus Leistungen, die innerhalb des RLV vergütet werden, für Versicherte ab dem 5. bis zum vollendeten 18. Lebensjahr

h = arztgruppenspezifischer Leistungsbedarf je RLV-Fall im Vorjahr aus Leistungen, die innerhalb des RLV vergütet werden, für Versicherte ab dem 19. bis zum vollendeten 54. Lebensjahr

i = arztgruppenspezifischer Leistungsbedarf je RLV-Fall im Vorjahr aus Leistungen, die innerhalb des RLV vergütet werden, für Versicherte ab dem 55. bis zum vollendeten 75. Lebensjahr

j = arztgruppenspezifischer Leistungsbedarf je RLV-Fall im Vorjahr aus Leistungen, die innerhalb des RLV vergütet werden, für Versicherte ab dem 76. Lebensjahr

k = arztgruppenspezifischer Leistungsbedarf je RLV-Fall im Vorjahr aus Leistungen, die innerhalb des RLV vergütet werden, für alle Versicherten

n_f = Zahl der RLV-Fälle eines Arztes für die Behandlung von Versicherten bis zum vollendeten 4. Lebensjahr im Abrechnungsquartal

n_g = Zahl der RLV-Fälle eines Arztes für die Behandlung von Versicherten ab dem 5. bis zum vollendeten 18. Lebensjahr im Abrechnungsquartal

n_h = Zahl der RLV-Fälle eines Arztes für die Behandlung von Versicherten ab dem 19. bis zum vollendeten 54. Lebensjahr im Abrechnungsquartal

n_i = Zahl der RLV-Fälle eines Arztes für die Behandlung von Versicherten ab dem 55. bis zum vollendeten 75. Lebensjahr im Abrechnungsquartal

n_j = Zahl der RLV-Fälle eines Arztes für die Behandlung von Versicherten ab dem 76. Lebensjahr im Abrechnungsquartal

n = Zahl der RLV-Fälle eines Arztes im Abrechnungsquartal

Das RLV gem. 2. eines Arztes wird mit dem folgenden Faktor multipliziert:

$$\frac{n_f \cdot f/k + n_g \cdot g/k + n_h \cdot h/k + n_i \cdot i/k + n_j \cdot j/k}{n}$$

Die Differenzierung nach Altersgruppen entfällt für die Altersgruppen mit weniger als 50 RLV-Fällen pro Quartal in der Arztgruppe.

Anlage 8: Berechnung der QZV gem. Ziffer 9.1

Entsprechend der Anlage 3 werden je Arztgruppe und je QZV die Berechnungen je Leistungsfall wie folgt durchgeführt. Ein Leistungsfall liegt vor, sofern im Behandlungsfall des aktuellen Quartals mindestens eine Leistung des Leistungskatalogs des entsprechenden QZV abgerechnet worden ist.

1. Berechnung des Vergütungsbereichs je QZV für jede Arztgruppe gem. Anlage 3

$$QZV^{i}_{AG} = QZV_{AG} \times \frac{LB^{i}_{AG}}{LB^{QZV}_{AG}}$$

QZV_{AG}: Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen in QZV einer Arztgruppe gem. Anlage 6, Ziffer 2

LB^{i}_{AG}: Zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannter Leistungsbedarf in Euro im entsprechenden Quartal des Basiszeitraums 4/2014 bis 3/2015 im hausärztlichen Versorgungsbereich bzw. des Basiszeitraums 1/2018 bis 4/2018 im fachärztlichen Versorgungsbereich einer Arztgruppe derjenigen Leistungen, die innerhalb eines QZV i vergütet werden, ggf. multipliziert mit den Anpassungsfaktoren gem. Anlage 5, Ziffer 2 für die entsprechende Arztgruppe

LB^{QZV}_{AG}: Zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannter Leistungsbedarf in Euro im entsprechenden Quartal des Basiszeitraums 4/2014 bis 3/2015 im hausärztlichen Versorgungsbereich bzw. des Basiszeitraums 1/2018 bis 4/2018 im fachärztlichen Versorgungsbereich derjenigen Leistungen, die innerhalb der QZV einer Arztgruppe vergütet werden, ggf. multipliziert mit den Anpassungsfaktoren gem. Anlage 5, Ziffer 2 für die entsprechende Arztgruppe

i: QZV einer Arztgruppe gem. Anlage 3

AG: Arztgruppe gem. Anlage 3

Abweichend von den o.g. Regelungen bestimmt sich der Vergütungsbereich der QZV „(CT-)Onkologie“ und „CT-gesteuerte schmerztherapeutische Intervention(en)“ nach den Vorgaben der Ziffer 14 Abs. 2 Satz 2.

2. Berechnung des (Mindest-)Fallwertes für ein QZV

$$MFW^{i}_{AG} = \frac{QZV^{i}_{AG}}{FZ^{i}_{AG}}$$

QZV^{i}_{AG}: Vergütungsbereich für ein QZV einer Arztgruppe gem. 1.

FZ^{i}_{AG}: Anzahl der erwarteten Leistungsfälle gem. Teil B, Ziffer 4 derjenigen Ärzte einer Arztgruppe, die Anspruch auf das QZV i haben

i: QZV einer Arztgruppe

MFW^{i}_{AG}: arztgruppenspezifischer QZV-Mindestfallwert

3. Berechnung des QZV eines Arztes

$$QZV^{i}_{Arzt} = FW^{i}_{AG} \times FZ^{i}_{Arzt}$$

FW^{i}_{AG} : Arztgruppenspezifischer Mindestfallwert gem. 2.

(Für den Fall der Nichtausschöpfung des arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumens im Rahmen der Honorarverteilung erfolgt eine Anhebung des QZV-Mindestfallwertes.)

FZ^{i}_{Arzt} : Anzahl der Leistungsfälle gem. Teil B, Ziffer 4 eines Arztes, der Anspruch auf das arztgruppenspezifische QZV i hat.

Der sich je QZV errechnende Fallwert wird begrenzt auf den Leistungsfallwert für die entsprechenden QZV-Leistungen, wie er sich unter Berücksichtigung der Anpassungsfaktoren gemäß Anlage 5, Ziffer 2 aus der Honorarabrechnung des jeweiligen Basiszeitraums 4/2014 bis 3/2015 im hausärztlichen Versorgungsbereich bzw. des Basiszeitraums 1/2018 bis 4/2018 im fachärztlichen Versorgungsbereich ergibt. Das hierdurch ggf. frei werdende Honorarvolumen verbleibt in der Arztgruppe. Ausgenommen von dieser Begrenzungsregelung sind die QZV „(CT-)Onkologie“ und „CT-gesteuerte schmerztherapeutische Intervention(en)“.

Teil C: Übergangsregelungen

Der Vorstand erlässt bei verpflichtenden Änderungen des EBM oder sonstigen vergütungsrelevanten Beschlüssen des Bewertungsausschusses oder der KBV zeitlich befristete Übergangsregelungen für die Honorarverteilung. Diese gelten solange bis die erforderlichen entsprechenden Beschlüsse der Vertreterversammlung gefasst worden sind und in Kraft treten.

Teil D: Inkrafttreten

Dieser HVM gilt erstmals für die Abrechnung und die Verteilung der Vergütungen für die im 2. Quartal 2026 erbrachten Leistungen.

-.-.-.-.-.-.-.-

Vorstehende Neufassung des Honorarverteilungsmaßstabes der KVN wird hiermit ausgefertigt und bekannt gegeben.

Hannover, 07.03.2026

Dr. med. Eckart Lummert
Vorsitzender der Vertreterversammlung der KVN