Honorarverteilungs-maßstab (HVM)

gem. § 87b Abs. 1 Satz 2 SGB V unter Beachtung der Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) gem. § 87b Abs. 4 SGB V in der jeweils gültigen Fassung (vgl. Anlage 4)

in der Beschlussfassung der Vertreterversammlung
vom 23. September 2026

gültig ab 1. Oktober 2026

kvbawue.de

KVBW
Kassenärztliche Vereinigung
Baden-Württemberg

Inhaltsverzeichnis

§ 1 Grundsätze der Honorarverteilung 5
§ 2 Geltungsbereich 5
§ 3 Grundsätze der Vergütung der Ärzte 6
§ 4 Leistungen, die nicht dem RLV und dem QZV unterliegen 7
§ 5 Aufteilung der MGV 8
§ 6 Bereinigung aufgrund von Selektivverträgen 17
§ 7 Bereinigung aufgrund der Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) gem. § 116b SGB V 17
§ 8 Für Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundene Zusatzvolumen relevante Fälle 17
§ 9 Ermittlung RLV je Arzt 18
§ 10 Fallzahlbedingte Abstaffelung des Regelleistungsvolumens 19
§ 11 Ermittlung der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen je Arzt 20
§ 12 Sonderregelungen bei Neuaufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit, Praxen in der Anfangsphase, Praxisauflösungen, Praxisverlegungen und Übernahme einer Praxis 20
§ 13 Sonderregelungen bei Unvergleichbarkeit von Bezugsquartal und Abrechnungsquartal 22
§ 14 Fallzahlzuwachsbegrenzung 22
§ 15 Praxisbesonderheiten 24
§ 16 Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten 24
§ 17 Unvorhersehbarer Anstieg der Morbidität 25
§ 18 Abrechnungsbescheid 25
§ 19 Inkrafttreten 25
Anlage 1a 26
Anlage 1b 27
Anlage 2a 29
Anlage 2b 38
Anlage 2c 41
Anlage 3a 42
Anlage 3b 46
Anlage 3c 47
Anlage 4 48
Anhang zu Anlage 4 (KBV-Vorgaben gem. § 87b Abs. 4 SGB V) 49
Anlage 5 69
Anlage 6 70
Anlage 7 71
Anlage 8 73

§ 1 Grundsätze der Honorarverteilung

(1) Die KVBW führt die Verteilung der Gesamtvergütungen und der sonstigen Vergütungen, die an die KVBW gezahlt werden, durch. Die Verteilung erfolgt nach Art und Umfang der von den

- Vertragsärztinnen und -ärzten,
- Vertragspsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten,
- Vertragskinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten,
- Berufsausübungsgemeinschaften (BAG),
- angestellten Ärzten gem. §§ 95 Abs. 9 Satz 1 oder 103 Abs. 4b SGB V,
- ermächtigten (Krankenhaus-) Ärztinnen und Ärzten,
- ermächtigten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie ermächtigten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten,
- ermächtigten ärztlich und psychotherapeutisch geleiteten Einrichtungen,
- medizinischen Versorgungszentren (MVZ),
- Krankenhäusern im Rahmen der Behandlung bei von der Terminservicestelle gem. §§ 75 Abs. 1a, 76 Abs. 1a, 120 Abs. 1 Satz 5, Abs. 3a SGB V vermittelten Patienten,
- ermächtigten Krankenhäusern gem. § 116a Abs. 1 SGB V,
- Einrichtungen gem. § 105 Abs. 1c SGB V,
- nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten und Krankenhäusern, sofern sie berechtigt sind gem. § 37c Abs. 1 Satz 7 SGB V Leistungen im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege (AKI) zu erbringen und zu diesem Zweck an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen,
- sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen sowie Krankenhäusern gem. § 116a Abs. 2 und Abs. 3 SGB V,
- Bundeswehrkrankenhäusern gem. § 117a SGB V und
- pädiatrischen Institutsambulanzen gem. § 118b SGB V,

– im Folgenden Vertragsärzte genannt – abgerechneten einzelnen Leistungen.

(2) Auf die Vergütungen, die für die ärztlichen/psychotherapeutischen Leistungen einschließlich Kostenersatz kraft Gesetzes oder aufgrund von Verträgen an die KVBW zu zahlen sind, kann nur die KVBW selbst Anspruch erheben. Der Vertragsarzt kann seine diesbezüglichen Ansprüche nur gegenüber der KVBW und nur in der nach Prüfung auf rechnerisch/sachliche Richtigkeit und Wirtschaftlichkeit festgestellten Höhe geltend machen. In keinem Fall stehen dem Vertragsarzt weitergehende Ansprüche gegen die KVBW zu, als diese gegenüber Dritten besitzt.

§ 2 Geltungsbereich

(1) Die Bestimmungen dieses Verteilungsmaßstabs gelten für alle Vertragsärzte, die mit der KVBW im Abrechnungsverkehr stehen. Ausdrücklich nicht gilt dieser Verteilungsmaßstab für die Kooperationsärzte gem. § 75 Abs. 1b Satz 5 SGB V. Das in Notfallpraxen von Kooperationsärzten nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) abgerechnete und anerkannte Honorar für im Notfall- bzw. Bereitschaftsdienst der KVBW erbrachte ärztliche Leistungen wird gem. § 105 Abs. 1c Satz 4 SGB V von der KVBW vereinnahmt. Aus diesem Finanzvolumen erfolgt die Vergütung der Kooperationsärzte für die Behandlung gesetzlich versicherter Patienten auf Basis der jeweiligen Beschlüsse der Vertreterversammlung gemäß § 4 Abs. 7 Satz 4 der Notfalldienstordnung der KVBW. Die Bestimmungen dieses Verteilungsmaßstabs finden auch Anwendung auf die Abrechnung von Laborleistungen, deren Teil 3 (§ 25 Abs. 1 BMV-Ä) aus Laborgemeinschaften bezogen und die gem. § 25 Abs. 3 Satz 2 BMV-Ä abgerechnet wurden.

(2) Abgerechnet werden können nur solche ärztlichen oder psychotherapeutischen Leistungen, die der Vertragsarzt persönlich erbracht hat oder die als delegationsfähige Leistungen unter seiner Leitung und Verantwortung erbracht worden sind.

§ 3 Grundlagen der Honorierung

(1) Die Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen erfolgt grundsätzlich auf der Basis der gem. § 87a Abs. 2 Satz 5 SGB V zum jeweiligen Zeitpunkt gültigen baden-württembergischen Euro-Gebührenordnung, nach Maßgabe der Bestimmungen dieses Verteilungsmaßstabes, der zusätzlichen vertraglichen Bestimmungen sowie der Abrechnungsrichtlinien und autonomen Satzungsnormen der KVBW.

(2) Zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der vertragsärztlichen Tätigkeit wird für die in Anlage 1b aufgeführten Arztgruppen je Quartal eine abrechenbare Menge vertragsärztlicher Leistungen vorgegeben (Regelleistungsvolumen [RLV]), die mit den in der Euro-Gebührenordnung gem. § 87a Abs. 2 SGB V enthaltenen Preisen zu vergüten ist.

Für die in Anlage 1a aufgeführten Arztgruppen, die nicht als RLV-Fachgruppen in Anlage 1b genannt sind, erfolgt die Vergütung der abgerechneten und anerkannten Leistungen entweder außerhalb der MGV oder es wird ein entsprechendes Vergütungs-/ Verteilungsvolumen auch für diese Fachgruppen nach Maßgabe der Bestimmungen gem. § 5 zur Verfügung gestellt, woraus sich eine ggf. quotierte Vergütung ergibt.

Dies gilt jeweils auch für in ermächtigten sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen bzw. Krankenhäusern gem. § 116a Abs. 2 und 3 SGB V tätige Ärzte.

(3) Wenn eine Arztpraxis einer in Anlage 1b aufgeführten Arztgruppe die in § 11 genannten Voraussetzungen erfüllt, kann unter Beachtung der Abrechnungsbestimmungen des EBM die Arztpraxis weitere vertragsärztliche Leistungen in qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV) abrechnen, die mit den in der Euro-Gebührenordnung gem. § 87a Abs. 2 SGB V enthaltenen Preisen zu vergüten sind.

(4) Die RLV und QZV werden je Arzt für das jeweilige Abrechnungsquartal gem. den Berechnungsvorgaben der Anlagen 7 und 8 ermittelt. Nicht ausgeschöpfte Anteile eines RLV und der QZV einer Praxis sind weder innerhalb des Abrechnungsquartals auf eine andere Praxis noch für die eigene Praxis auf das Folgequartal übertragbar.

(5) Die Tätigkeit zugelassener Ärzte (§ 101 Abs. 1 Nr. 4 SGB V – Jobsharing-Junior-Partner) mit Leistungsbeschränkung fließt bei den in der Anlage 1b aufgeführten Arztgruppen bei der RLV-Ermittlung des Jobsharing-Senior-Partners ein. Die Tätigkeit angestellter Ärzte (§ 101 Abs. 1 Nr. 5 SGB V) mit Leistungsbeschränkung sowie von Weiterbildungs-, Entlastungs- und Sicherstellungsassistenten fließt bei der RLV-Ermittlung des anstellenden Arztes ein.

(6) Die das RLV und die QZV überschreitenden Leistungsmengen werden mit einem abgestaffelten Preis vergütet. Dieser wird wie folgt ermittelt:

a. Die im jeweiligen Quartal arztgruppenspezifisch über das RLV und die QZV hinausgehenden Vergütungen werden festgestellt.
b. In demselben Quartal wird arztgruppenspezifisch das Vergütungsvolumen für abgestaffelt zu vergütende Leistungen in Höhe von 2 % des arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumens ermittelt.
c. Die Vergütung nach b. wird durch die Vergütung nach a. dividiert. Es entsteht eine Quote für die abgestaffelt zu vergütenden Leistungen.
d. Die über die RLV und die QZV hinausgehenden Vergütungen werden mit der Quote nach c. multipliziert.
e. Bei fach- und schwerpunktübergreifenden BAG/Kooperationen werden die das RLV überschreitenden Leistungen der Praxis aus dem für diese Leistungen zur Verfügung stehenden arztgruppenspezifischen RLV-Vergütungsvolumen anteilig vergütet.

(7) Bei der Ermittlung des RLV und der QZV eines Arztes ist der Umfang sowie der Zeitpunkt der Aufnahme und der Beendigung seiner Tätigkeit laut Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid zu berücksichtigen. Das Nähere regelt § 9.

(8) Für Vertragsärzte, die außer in ihrer Arztpraxis auch in einer oder mehreren Teilberufsausübungsgemeinschaften tätig sind, wird ein gesamtes RLV für die vom jeweiligen Vertragsarzt in der Arztpraxis und in der(n) Teilberufsausübungsgemeinschaft(en) erbrachten Leistungen ermittelt. Dem so ermittelten RLV werden die Leistungen des Vertragsarztes in der Vertragsarztpraxis und in der(n) Teilberufsausübungsgemeinschaft(en) gegenübergestellt. Die Zuweisung des RLV erfolgt für die Gesamttätigkeit nur an die jeweilige Vertragsarztpraxis.

(9) Die Zuweisung der RLV erfolgt praxisbezogen. Dabei ergibt sich die Höhe des RLV einer Arztpraxis aus der Addition der RLV je Arzt, der in der Arztpraxis tätig ist. Zur Förderung der kooperativen Behandlung von Patienten in der vertragsärztlichen Versorgung wird das praxisbezogene RLV entsprechend § 9 Abs. 5 und 6 erhöht.
Der Aufschlag auf das RLV gem. § 9 Abs. 5 bemisst sich nach dem Kooperationsgrad, der wie folgt definiert ist:
Kooperationsgrad (KG) je Abrechnungsquartal in Prozent = (RLV-relevante Arztfallzahl der Arztpraxis im Vorjahresquartal / Zahl der Behandlungsfälle (BHF) im Vorjahresquartal) - 1) x 100.

(10) Die Zuweisung der QZV erfolgt praxisbezogen, wenn mindestens einer der Ärzte, die in der Arztpraxis tätig sind, über die Voraussetzungen gem. § 11 i. V. m. Anlage 2a 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, der in der Arztpraxis tätig ist.

(11) Den einer Arztpraxis zugewiesenen RLV und QZV steht die in der Praxis abgerechnete Leistungsmenge insgesamt gegenüber. D.h. sofern das einer Arztpraxis zugewiesene RLV nicht ausgeschöpft ist, kann das noch zur Verfügung stehende Honorarvolumen mit Leistungen aus den zugewiesenen QZV ausgefüllt werden und umgekehrt.

(12) Bei Ärzten, die in mehreren Praxen tätig sind, wird das für den jeweiligen Arzt ermittelte RLV und QZV auf diese Praxen grundsätzlich nach Maßgabe des Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheids aufgeteilt.

(13) Für einen Vertragsarzt, der seine Tätigkeit unter mehreren Gebiets- oder Schwerpunktbezeichnungen ausübt, richtet sich die Höhe des RLV und QZV nach dem Versorgungsauftrag, mit dem er zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen ist, bzw. auf Antrag des Vertragsarztes nach dem Versorgungsbereich, in dem seine überwiegende Leistungserbringung der zurückliegenden Quartale lag. Änderungen des Schwerpunkts im Sinne von Satz 1 sind der KVBW spätestens einen Monat vor Beginn des Quartals, für das die Änderung gelten soll, mitzuteilen.

(14) Die RLV und QZV werden der Arztpraxis vor Quartalsbeginn zugewiesen.

§ 4 Leistungen, die nicht dem RLV und dem QZV unterliegen

Folgende Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen von Arztgruppen gem. Anlage 1b unterliegen nicht dem RLV und den QZV:

a. Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) nach der jeweils gültigen Vergütungsvereinbarung und eventuell ergänzenden Vereinbarungen der Partner der Gesamtverträge nach § 87a Abs. 3 Satz 5 SGB V (Einzelleistungen)
b. Leistungen innerhalb der MGV jedoch außerhalb von RLV und QZV (sog. Freie Leistungen innerhalb der MGV – siehe Anlage 2b)

c. Vorwegabzüge nach § 5

§ 5 Aufteilung der MGV

(1) Strukturfonds gem. § 105 Abs. 1a SGB V
Aus der MGV wird zur Finanzierung von Fördermaßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung ein Strukturfonds gebildet, der 0,1 % (ab 01.04.2020: 0,2 %) der MGV beträgt. Über die konkrete Verwendung der Mittel entscheidet die KVBW.

Das Nähere regelt der Vorstand.

(2) Bildung von Vergütungsvolumina
Auf Basis der Vorgaben der KBV nach Teil B zur Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung (vgl. Anlage 4) in der jeweils gültigen Fassung werden Vergütungsvolumina für

- veranlasste laboratoriumsmedizinische Untersuchungen, Kostenpauschalen nach den GOP 40089 bis 40095 EBM und den Labor-Wirtschaftlichkeitsbonus
- Bereitschaftsdienst und Notfall
- den hausärztlichen Versorgungsbereich, unterteilt in:
  - den Leistungsbereich der Kinder- und Jugendmedizin - Leistungen des Kapitels 4 EBM mit Ausnahme der Versichertenpauschalen 04004 und 04005 EBM („Vorwegabzug Kinderarzt-MGV“)
  - den Leistungsbereich der allgemeinen hausärztlichen Versorgung - Leistungen des Kapitels 3 EBM und hausärztlich durchgeführte Hausbesuche GOP 01410 bis 01413 sowie 01415 EBM („Vorwegabzug Hausarzt-MGV“)
  - den Leistungsbereich der übrigen im hausärztlichen Versorgungsbereich abgerechneten und anerkannten Leistungen sowie
- den fachärztlichen Versorgungsbereich

gebildet.

a. Die Vergütung für über Muster 10 veranlasste laboratoriumsmedizinische Untersuchungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM sowie für die mit diesen im Zusammenhang stehende Kostenpauschalen nach GOP 40089 bis 40095 EBM und für den Labor-Wirtschaftlichkeitsbonus (GOP 32001 EBM) erfolgt aus dem auf der Basis der Vorgaben der KBV nach Teil B ermittelten Vergütungsvolumen unter Berücksichtigung der Bereinigung gem. § 6 und unter Berücksichtigung des Saldos des Fremdkassenzahlungsausgleichs (FKZ-Saldo) aus dem Vorjahresquartal.

   Aus diesem Vergütungsvolumen werden zunächst die im Abrechnungsquartal abgerechneten und anerkannten Kostenpauschalen nach den GOP 40089 bis 40095 EBM in voller Höhe vergütet.
   Das verbleibende Vergütungsvolumen wird durch die abgerechneten und anerkannten Honoraranforderungen für den Labor-Wirtschaftlichkeitsbonus und die laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen im jeweiligen Abrechnungsquartal geteilt. Hieraus ergibt sich die ggf. quotierte Vergütung, mindestens jedoch in Höhe der bundeseinheitlichen Quote gem. Teil A Nr. 7 der Vorgaben der KBV (vgl. Anlage 4) in der jeweils gültigen Fassung.

b. Die Vergütung der Leistungen im Bereitschaftsdienst und Notfall erfolgt aus dem auf Basis der Vorgaben der KBV nach Teil B ermittelten Vergütungsvolumen unter Berücksichtigung des FKZ-Saldos aus dem Vorjahresquartal in voller Höhe zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung.
   Darüber hinaus fördert die KVBW zur Sicherstellung und Gewährleistung den organisierten ärztlichen Notfalldienst gemäß der Regelungen der Notfalldienstordnung der KVBW i. V. m. dem Statut zur Notfalldienstordnung in der jeweils gültigen Fassung.

c. Die Vergütung der Leistungen des Kapitels 4 EBM mit Ausnahme der Versichertenpauschalen 04004 und 04005 EBM erfolgt aus dem auf Basis der Vorgaben der KBV nach Teil B in Verbindung mit den Vorgaben des Bewertungsausschusses gemäß § 87a Abs. 3b SGB V ermittelten Vergütungsvolumen unter Berücksichtigung des FKZ-Saldos aus dem Vorjahresquartal („Vorwegabzug *Kinderarzt-MGV"*) in voller Höhe zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung.

Im Falle eines Überschusses über einen Zeitraum vom zweiten Quartal eines Kalenderjahres bis zum ersten Quartal des folgenden Kalenderjahres werden die nicht verbrauchten Finanzmittel auf Basis der Vorgaben des Bewertungsausschusses gemäß § 87a Abs. 3b SGB V zur Förderung der Kinder- und Jugendmedizin eingesetzt.

d. Die Vergütung der Leistungen des Kapitels 3 EBM und der hausärztlich durchgeführten Hausbesuche (GOP 01410 bis 01413 sowie 01415 EBM) erfolgt aus dem auf Basis der Vorgaben der KBV nach Teil B in Verbindung mit den Vorgaben des Bewertungsausschusses gemäß § 87a Abs. 3c SGB V ermittelten Vergütungsvolumen unter Berücksichtigung des FKZ-Saldos aus dem Vorjahresquartal („Vorwegabzug *Hausarzt-MGV"*) in voller Höhe zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung.

Im Falle eines Überschusses über einen Zeitraum vom zweiten Quartal eines Kalenderjahres bis zum ersten Quartal des folgenden Kalenderjahres werden die nicht verbrauchten Finanzmittel auf Basis der des Bewertungsausschusses gemäß § 87a Abs. 3c SGB V zur Förderung der hausärztlichen Versorgung eingesetzt.

e. Zusätzlich wird je ein Vergütungsvolumen gebildet

für die Vergütung der Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung (PFG) auf der Basis der Vorgaben der KBV nach Teil B zur Ermittlung des versorgungsbereichsspezifischen Grundbetrags für die Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung „PFG" (vgl. Anlage 4) in der jeweils gültigen Fassung.
Dieses Vergütungsvolumen wird unter Berücksichtigung der Bereinigung gem. § 6 und des Saldos des Fremdkassenzahlungsausgleichs (FKZ-Saldo) aus dem Vorjahresquartal durch die abgerechneten und anerkannten Honoraranforderungen der betreffenden Ärzte im jeweiligen Abrechnungsquartal geteilt. Hieraus ergibt sich die ggf. quotierte Vergütung für diese Leistungen.

für die Vergütung der Leistungen der Humangenetik (Abschnitt 11.4 EBM) auf der Basis der Vorgaben der KBV nach Teil B zur Vergütung von Leistungen der Humangenetik (vgl. Anlage 4) in der jeweils gültigen Fassung.
Dieses Vergütungsvolumen wird unter Berücksichtigung des FKZ-Saldo aus dem Vorjahresquartal durch die abgerechneten und anerkannten Honoraranforderungen der betreffenden Ärzte im jeweiligen Abrechnungsquartal geteilt. Hieraus ergibt sich die ggf. quotierte Vergütung für diese Leistungen.

für die Vergütung der Leistungen der Tumorgenetik (Abschnitt 19.4 EBM) auf Basis der Vorgaben der KBV nach Teil B zur Vergütung von Leistungen der Tumorgenetik (vgl. Anlage 4) in der jeweils gültigen Fassung.
Dieses Vergütungsvolumen wird unter Berücksichtigung des FKZ-Saldo aus dem Vorjahresquartal durch die abgerechneten und anerkannten Honoraranforderungen der betreffenden Ärzte im jeweiligen Abrechnungsquartal geteilt. Hieraus ergibt sich die ggf. quotierte Vergütung für diese Leistungen.

(3) Versorgungsbereichsspezifisches Verteilungsvolumen

Aus den ermittelten Vergütungsvolumina für den Leistungsbereich der übrigen im hausärztlichen Versorgungsbereich abgerechneten und anerkannten Leistungen und den fachärztlichen Versorgungsbereich

gem. Abs. 2 wird als weitere Ausgangsgröße das versorgungsbereichsspezifische Verteilungsvolumen gebildet. Hierbei werden folgende Vorwegabzüge vorgenommen:

A. Vorwegabzüge und Vergütung im hausärztlichen Versorgungsbereich:

a. Berücksichtigung der zu erwartenden Zahlungen im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gem. § 75 Abs. 7 und 7a SGB V (Fremdkassenzahlungsausgleich).

b. Rückstellungen gem. Anlage 3c dieses Verteilungsmaßstabs.

c. für die Vergütung von kurativ-stationären Leistungen außerhalb Kapitel 36 EBM auf der Basis des ausbezahlten Honorars im jeweiligen Vorjahresquartal.

   Die Vergütung dieser Leistungen erfolgt zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung. Bei Überschreitung dieses Vergütungsvolumens werden die fehlenden Beträge aus Rückstellungen ausgeglichen, bei Unterschreitung diesen zugeführt.

d. für die Vergütung von eigenerbrachten laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM, die nicht auf Muster 10 oder 10A erbracht und abgerechnet werden (abrechnender Arzt ist dem hausärztlichen Versorgungsbereich zugeordnet), sowie von Laborgemeinschaften abgerechnete laboratoriumsmedizinische Untersuchungen und der mit diesen im Zusammenhang stehenden Kostenpauschalen nach den GOPen 40089 bis 40095 EBM (Anforderung über Muster 10A und beziehender Arzt ist dem hausärztlichen Versorgungsbereich zugeordnet)

   in Höhe des – bereinigten – zugewiesenen und im jeweiligen Vorjahresquartal bereitgestellten Vergütungsvolumens für bereichseigene Versicherte (unter Berücksichtigung von Änderungen in der Abgrenzung der MGV sowie Anpassungen der MGV wegen Änderungen des EBM), angepasst um die bei der Ermittlung der jeweiligen Grundbeträge zu berücksichtigenden Veränderungsraten aus dem Vorjahresquartal.

   Aus diesem Vergütungsvolumen werden zunächst die im Abrechnungsquartal abgerechneten und anerkannten Kostenpauschalen nach den GOP 40089 bis 40095 EBM in voller Höhe vergütet.
   Das verbleibende Vergütungsvolumen wird durch die abgerechneten und anerkannten Honoraranforderungen im jeweiligen Abrechnungsquartal geteilt. Hieraus ergibt sich die ggf. quotierte Vergütung für diese Leistungen, mindestens in Höhe der für den Grundbetrag Labor geltenden bundeseinheitlichen Quote gem. Teil A Nr. 7 der Vorgaben der KBV (vgl. Anlage 4) in der jeweils gültigen Fassung.

   Im Falle eines Unterschusses wird das für die Finanzierung benötigte Vergütungsvolumen dem Leistungsbereich der übrigen im hausärztlichen Versorgungsbereich abgerechneten und anerkannten Leistungen im nächstmöglichen Quartal belastet oder durch die Auflösung von Rückstellungen gem. Anlage 3c ausgeglichen.

   Im Falle eines Überschusses werden die nicht verbrauchten Finanzmittel dem Leistungsbereich der übrigen im hausärztlichen Versorgungsbereich abgerechneten und anerkannten Leistungen im nächstmöglichen Quartal zugeführt oder als Rückstellung gem. Anlage 3c reserviert.

B. Vorwegabzüge und Vergütung im fachärztlichen Versorgungsbereich:

a. Berücksichtigung der zu erwartenden Zahlungen im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gem. § 75 Abs. 7 und 7a SGB V (Fremdkassenzahlungsausgleich).

b. Rückstellungen gem. Anlage 3c dieses Verteilungsmaßstabs.

c. für die Vergütung von pathologischen und zytologischen Leistungen des Kapitels 19 EBM sowie der GOP 08315 EBM auf der Basis des ausbezahlten Honorars im jeweiligen Vorjahresquartal, angepasst um die in Teil B der Vorgaben der KBV (vgl. Anlage 4) in der jeweils gültigen Fassung zu den bei der Ermittlung der jeweiligen Grundbeträge berücksichtigten Veränderungsraten.

   Dieses Vergütungsvolumen wird durch die abgerechneten und anerkannten Honoraranforderungen der betreffenden Ärzte im jeweiligen Abrechnungsquartal geteilt. Hieraus ergibt sich die jeweilige Quotierung für diese Leistungen.

d. für die Vergütung von kurativ-stationären Leistungen außerhalb Kapitel 36 EBM auf der Basis des ausbezahlten Honorars im jeweiligen Vorjahresquartal.

   Die Vergütung dieser Leistungen erfolgt zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung. Bei Überschreitung dieses Vergütungsvolumens werden die fehlenden Beträge aus Rückstellungen ausgeglichen, bei Unterschreitung diesen zugeführt.

e. für die Vergütung von ambulanten Leistungen, die von einem zugelassenen Krankenhaus im Rahmen der Behandlung bei von der Terminservicestelle vermittelten Patienten erbracht werden, auf der Basis des jeweils ausbezahlten Honorars. Das hierfür benötigte Vergütungsvolumen wird jeweils im nächstmöglichen Quartal dem Vergütungsvolumen für den fachärztlichen Versorgungsbereich belastet.
   Die Vergütung dieser Leistungen erfolgt in voller Höhe zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung.

f. für die Vergütung eines Zuschlags je abgerechnete und anerkannte Zusatzpauschale für Beobachtung und Betreuung (GOP 01510, 01511 oder 01512 EBM) bei einer onkologischen und/oder immunologischen Betreuung (regionale GOP 99983) sowie
   für die Vergütung eines Zuschlags je abgerechnete und anerkannte GOP 14220, 14221, 14222, 21220 und 21221 EBM im Rahmen einer (kinder- und jugend-) psychiatrischen Behandlung (regionale GOP 99996) sowie
   für die Vergütung eines Zuschlags für die subkutane Immuntherapie (SCIT) je abgerechnete und anerkannte GOP 30130 und 30131 EBM (regionale GOP 99991 und 99995) sowie
   für die Vergütung eines Zuschlags auf alle radiologischen Leistungen der Abschnitte 34.2 (regionale GOP 99565 bis 99596 und 99160 bis 99182), 34.3 (regionale GOP 99183 bis 99198) und 34.4 (regionale GOP 99260 bis 99281) EBM, wenn mindestens zwei dieser Leistungen je Behandlungsschein abgerechnet und anerkannt sind und eine gesicherte onkologische Diagnose gem. Anlage 7 BMV-Ä (in der jeweils gültigen Fassung, angepasst an den jeweils gültigen ICD-10) vorliegt,
   auf der Basis des ausbezahlten Honorars im jeweiligen Vorjahresquartal.
   Die Vergütung der Zuschläge erfolgt in der mit den Krankenkassen in der jeweiligen Vergütungsvereinbarung gemäß § 9 abgestimmten Höhe.
   Bei Überschreitung des Vergütungsvolumens werden die fehlenden Beträge aus Rückstellungen ausgeglichen, bei Unterschreitung diesen zugeführt.

g. für die Vergütung von eigenerbrachten laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM, die nicht auf Muster 10 oder 10A erbracht und abgerechnet werden (abrechnender Arzt ist dem fachärztlichen Versorgungsbereich zugeordnet), von Laborgemeinschaften abgerechnete laboratoriumsmedizinische Untersuchungen und der mit diesen im Zusammenhang stehenden Kostenpauschalen nach den GOPen 40089 bis 40095 EBM (Anforderung über Muster 10A und beziehender Arzt ist dem fachärztlichen Versorgungsbereich zugeordnet) sowie der (Grund-) Pauschalen (GOP 12210 und 12222 bis 12224 EBM)

in Höhe des – bereinigten – zugewiesenen und im jeweiligen Vorjahresquartal bereitgestellten Vergütungsvolumens für bereichseigene Versicherte (unter Berücksichtigung von Änderungen in der Abgrenzung der MGV sowie Anpassungen der MGV wegen Änderungen des EBM), angepasst um die bei der Ermittlung der jeweiligen Grundbeträge zu berücksichtigenden Veränderungsraten aus dem Vorjahresquartal

und für die Vergütung der Grundpauschale (GOP 01437 EBM) in Höhe des – bereinigten – zugewiesenen Honorarvolumens im jeweiligen Vorjahresquartal, angepasst um die in Teil B der Vorgaben der KBV (vgl. Anlage 4) in der jeweils gültigen Fassung zu den bei der Ermittlung der jeweiligen Grundbeträge berücksichtigten Veränderungsraten.

Aus diesem Vergütungsvolumen werden zunächst die im Abrechnungsquartal abgerechneten und anerkannten Kostenpauschalen nach den GOP 40089 bis 40095 EBM in voller Höhe vergütet.
Das verbleibende Vergütungsvolumen wird durch die abgerechneten und anerkannten Honoraranforderungen im jeweiligen Abrechnungsquartal geteilt. Hieraus ergibt sich die ggf. quotierte Vergütung für diese Leistungen, mindestens in Höhe der für den Grundbetrag Labor geltenden bundeseinheitlichen Quote gem. Teil A Nr. 7 der Vorgaben der KBV (vgl. Anlage 4) in der jeweils gültigen Fassung.

Im Falle eines Unterschusses wird das für die Finanzierung benötigte Vergütungsvolumen dem Vergütungsvolumen für den fachärztlichen Versorgungsbereich im nächstmöglichen Quartal belastet oder durch die Auflösung von Rückstellungen gem. Anlage 3c ausgeglichen.

Im Falle eines Überschusses werden die nicht verbrauchten Finanzmittel dem Vergütungsvolumen für den fachärztlichen Versorgungsbereich im nächstmöglichen Quartal zugeführt oder als Rückstellung gem. Anlage 3c reserviert.

h. für die Vergütung der Leistungen der Humangenetik (GOP 01841, 01842, 11230, 11233 bis 11236 EBM) auf der Basis des ausbezahlten Honorars im jeweiligen Vorjahresquartal (im Jahr 2023: einbudgetiertes bzw. transferiertes Finanzvolumen unter Berücksichtigung des FKZ-Saldo aus dem Vorjahresquartal), angepasst ab dem Jahr 2024 um die in Teil B der Vorgaben der KBV (vgl. Anlage) in der jeweils gültigen Fassung zu den bei der Ermittlung der jeweiligen Grundbeträge berücksichtigten Veränderungsraten.

Dieses Vergütungsvolumen wird durch die abgerechneten und anerkannten Honoraranforderungen der betreffenden Ärzte im jeweiligen Abrechnungsquartal geteilt. Hieraus ergibt sich die ggf. quotierte Vergütung für diese Leistungen.

i. Die Vergütung der Leistungen gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 3, 4 und 6 SGB V erfolgt außerhalb der vereinbarten Gesamtvergütungen in voller Höhe zu den Preisen der regionalen Euro- Gebührenordnung.

Zur Finanzierung der Leistungen gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 6 SGB V erfolgt nach § 87a Abs. 3 Satz 15 ff. SGB V eine Bereinigung (Entbudgetierung) der MGV, wenn und soweit das arztgruppenspezifische Punktzahlvolumen dieser Leistungen in einer Arztgruppe gemäß § 19a Abs. 1 Satz 3 Ärzte-ZV im Vergleich zum jeweiligen Vorjahresquartal um mehr als drei Prozentpunkte steigt.
Hierbei sind die Vorgaben des Bewertungsausschusses gemäß § 87a Abs. 3 Satz 15 ff. SGB V zu beachten.

In Umsetzung dieser Bereinigung (Entbudgetierung) gehen die zu bereinigenden Leistungen zu Lasten der jeweiligen Vergütungsquote der Grundbeträge, Vorwegabzüge, arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen gemäß § 5 Abs. 4, von Freien Leistungen und von arzt- und praxisbezogenen RLV sowie QZV und werden von den einzelnen Vergütungsvolumen und Leistungsbereichen bei der betreffenden Arztgruppe im jeweiligen Quartal abgezogen.

(4) Arztgruppenspezifisches Verteilungsvolumen
Das versorgungsbereichsspezifische Verteilungsvolumen gem. Absatz 3 wird gem. Anlage 5 auf die Arztgruppen gem. Anlage 1a verteilt. Es entsteht jeweils ein arztgruppenspezifisches Verteilungsvolumen.

Bei Ärzten, die in ermächtigten sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen bzw. Krankenhäusern gem. § 116a Abs. 2 und 3 SGB V tätig sind, erfolgt die Zuordnung zum jeweiligen arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen gem. Anlage 1a entsprechend ihrer Fachgebiets- oder Schwerpunktbezeichnung.

Dabei werden je arztgruppenspezifischem Verteilungsvolumen der Arztgruppen gem. Anlage 1b folgende Vorwegabzüge gebildet:

a. für innerhalb der MGV finanzierte Leistungen des Abschnitts 38.2 EBM, soweit sie von fachärztlichen Arztgruppen gem. Anlage 1b abgerechnet werden, und für Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM
in Höhe des jeweiligen Vorjahresquartals.

   Die Leistungen und Kosten werden in voller Höhe erstattet. Bei einem Anstieg der Leistungen und Kosten gegenüber dem Vorjahresquartal werden die fehlenden Beträge aus Rückstellungen ausgeglichen und im nächstmöglichen Quartal dem arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen belastet.

b. für innerhalb der MGV finanzierte Leistungen, die von gem. § 116a Abs. 1 SGB V ermächtigten Krankenhäusern und von Einrichtungen gem. § 105 Abs. 1c SGB V abgerechnet werden,
in Höhe des jeweiligen Vorjahresquartals.
Deren Leistungen und Kosten werden in voller Höhe erstattet. Bei einem Anstieg dieser Leistungen und Kosten gegenüber dem Vorjahresquartal werden die fehlenden Beträge aus Rückstellungen ausgeglichen und im nächstmöglichen Quartal dem arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen belastet.

c. 2 % für abgestaffelt zu vergütende Leistungen

Aus den so reduzierten arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen der Arztgruppen gem. Anlage 1b werden folgende Leistungen vergütet:

- Praxisbesonderheiten
- Aufschlag für die kooperative Behandlung von Patienten

Die verbleibenden arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen der Arztgruppen gem. Anlage 1b werden für jede Arztgruppe in

- einen Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der RLV gem. Anlage 6 und

- einen Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der QZV gem. Anlage 6 und
- einen Vergütungsbereich für Freie Leistungen gem. § 4 b.

aufgeteilt.

Für die Freien Leistungen gem. § 4 b werden separate Vergütungsvolumen für die betroffenen Arztgruppen auf der Basis des ausbezahlten Honorars im jeweiligen Vorjahresquartal (unter Berücksichtigung von Änderungen in der Abgrenzung der MGV sowie Anpassungen der MGV wegen Änderungen des EBM) gebildet. Diese Vergütungsvolumen werden durch die abgerechneten und anerkannten Honoraranforderungen der betreffenden Ärzte im jeweiligen Abrechnungsquartal geteilt. Hieraus ergibt sich die jeweilige Quotierung für diese Leistungen, die für einzelne Leistungen/einzelne Leistungsbereiche mindestens 80 % beträgt (vgl. Anlage 2b). Die finanziellen Mittel zur Vergütung einer Mindestquote von 80 % werden aus Rückstellungen bereitgestellt und im nächstmöglichen Quartal dem arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen belastet.

Aus dem arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen für

- Fachärzte für Anästhesiologie

  werden die im Abrechnungsquartal mit Kennzeichen Z abgerechneten und anerkannten Leistungen bei Narkosen, die im Zusammenhang mit vertragszahnärztlichen Behandlungen von Patienten mit mangelnder Kooperationsfähigkeit bei geistiger Behinderung oder schwerer Dyskinesie notwendig sind (GOP 05210, 05211, 05212, 05230, 05310, 05330, 05331, 05340, 05341 und 05350), in voller Höhe zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung vergütet.
  Das hierfür benötigte Stützungsvolumen wird jeweils im nächstmöglichen Quartal den arztgruppenspezifischen Vergütungsbereichen (RLV und Freie Leistungen) belastet.

- Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin (hausärztlicher Versorgungsbereich)

  werden folgende Vorwegabzüge vorgenommen:

  - für die Vergütung von schmerztherapeutischen Leistungen der Abschnitte 30.7.1 bis 30.7.3 EBM auf der Basis des - bereinigten - ausbezahlten Honorars im jeweiligen Vorjahresquartal, angepasst um die in Teil B der Vorgaben der KBV (vgl. Anlage 4) in der jeweils gültigen Fassung zu den bei der Ermittlung der jeweiligen Grundbeträge berücksichtigten Veränderungsraten.

    Dieses Vergütungsvolumen wird durch die abgerechneten und anerkannten Honoraranforderungen der betreffenden Ärzte im jeweiligen Abrechnungsquartal geteilt. Hieraus ergibt sich die ggf. quotierte Vergütung für diese Leistungen.

  - für die Vergütung von Leistungen bei psychosomatischen Krankheitszuständen (GOP 35100 bis 35120 EBM) auf der Basis des - bereinigten - ausbezahlten Honorars im jeweiligen Vorjahresquartal, angepasst um die in Teil B der Vorgaben der KBV (vgl. Anlage 4) in der jeweils gültigen Fassung zu den bei der Ermittlung der jeweiligen Grundbeträge berücksichtigten Veränderungsraten.

    Dieses Vergütungsvolumen wird durch die abgerechneten und anerkannten Honoraranforderungen der betreffenden Ärzte im jeweiligen Abrechnungsquartal geteilt. Hieraus ergibt sich die ggf. quotierte Vergütung für diese Leistungen

  - für die Vergütung in voller Höhe zu den Preisen der Euro-GO für

- die im Abrechnungsquartal abgerechneten und anerkannten Leistungen des Abschnitts 38.2 EBM und die Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM.

- für die Vergütung eines im Abrechnungsquartal anerkannten Zuschlags in der mit den Krankenkassen in der jeweiligen Vergütungsvereinbarung abgestimmten Höhe für

  - je abgerechnete und anerkannte Zusatzpauschale für Beobachtung und Betreuung (GOP 01510, 01511 oder 01512 EBM) bei einer onkologischen und/oder immunologischen Betreuung (regionale GOP 99983),

  - je abgerechnete und anerkannte GOP 30130 und 30131 EBM (regionale GOP 99991 und 99995) für die subkutane Immuntherapie (SCIT) sowie

  - je abgerechnete und anerkannte GOP 14220, 14221, 14222, 21220 und 21221 EBM im Rahmen einer (kinder- und jugend-) psychiatrischen Behandlung (regionale GOP 99996).

- für die Vergütung eines Zuschlags je Behandlungsfall mit abgerechneter und anerkannter GOP 03220 EBM für die Behandlung und Betreuung eines Patienten mit mindestens einer lebensverändernden chronischen Erkrankung (regionale GOP 99957) i. H. v. 1,50 Euro;

- für die Vergütung eines Zuschlags je Behandlungsfall mit abgerechneter und anerkannter GOP 01713 EBM für die Neugeborenen-Untersuchung in der 4. bis 5. Lebenswoche – U3 – (regionale GOP 99959) i. H. v. 50,00 Euro sowie

- für die Vergütung eines Zuschlags je Behandlungsfall mit abgerechneter und anerkannter GOP 03060 EBM für ärztlich angeordnete Hilfeleistungen durch qualifizierte nichtärztliche Praxisassistenten (regionale GOP 99981) i. H. v. 4,00 Euro.

- für die Vergütung eines Zuschlags je Behandlungsfall mit abgerechneter und anerkannter GOP 03362 EBM – hausärztlich-geriatrischer Behandlungskomplex – (regionale GOP 99985) i. H. v. 4,00 Euro.

Das verbleibende Verteilungsvolumen wird durch die abgerechneten und anerkannten Honoraranforderungen der betreffenden Vertragsärzte im jeweiligen Abrechnungsquartal dividiert.
Hieraus ergibt sich die ggf. quotierte Vergütung für diese Leistungen.

Im Falle eines Überschusses werden die nicht verbrauchten Finanzmittel dem arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen im nächstmöglichen Quartal zugeführt oder als Rückstellung gem. Anlage 3c reserviert.

- Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin (einschl. der ermächtigten pädiatrischen Institutsambulanzen gem. § 118b SGB V)

  werden folgende Vorwegabzüge vorgenommen:

  - für die Vergütung von Leistungen bei psychosomatischen Krankheitszuständen (GOP 35100 bis 35120 EBM) auf der Basis des - bereinigten - ausbezahlten Honorars im jeweiligen Vorjahresquartal, angepasst um die in Teil B der Vorgaben der KBV (vgl. Anlage 4) in der jeweils gültigen Fassung zu den bei der Ermittlung der jeweiligen Grundbeträge berücksichtigten Veränderungsraten.

Dieses Vergütungsvolumen wird durch die abgerechneten und anerkannten Honoraranforderungen der betreffenden Ärzte im jeweiligen Abrechnungsquartal geteilt. Hieraus ergibt sich die ggf. quotierte Vergütung für diese Leistungen

- für die Vergütung in voller Höhe zu den Preisen der Euro-GO für
  - die im Abrechnungsquartal abgerechneten und anerkannten Leistungen des Abschnitts 38.2 EBM und die Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM.
- für die Vergütung eines im Abrechnungsquartal anerkannten Zuschlags in der mit den Krankenkassen in der jeweiligen Vergütungsvereinbarung abgestimmten Höhe für
  - je abgerechnete und anerkannte Zusatzpauschale für Beobachtung und Betreuung (GOP 01510, 01511 oder 01512 EBM) bei einer onkologischen und/oder immunologischen Betreuung (regionale GOP 99983);
  - je abgerechnete und anerkannte GOP 30130 und 30131 EBM (regionale GOP 99991 und 99995) für die subkutane Immuntherapie (SCIT) sowie
  - je abgerechnete und anerkannte GOP 14220, 14221, 14222, 21220 und 21221 EBM im Rahmen einer (kinder- und jugend-) psychiatrischen Behandlung (regionale GOP 99996).
- für die Vergütung eines Zuschlags je Behandlungsfall mit abgerechneter und anerkannter GOP 04220 EBM für die Behandlung und Betreuung eines Patienten mit mindestens einer lebensverändernden chronischen Erkrankung (regionale GOP 99958) i. H. v. 1,50 Euro sowie
- für die Vergütung eines Zuschlags je Behandlungsfall mit abgerechneter und anerkannter GOP 01713 EBM für die Neugeborenen-Untersuchung in der 4. bis 5. Lebenswoche – U3 – (regionale GOP 99959) i. H. v. 50,00 Euro.

Das verbleibende Verteilungsvolumen wird durch die abgerechneten und anerkannten Honoraranforderungen der betreffenden Vertragsärzte im jeweiligen Abrechnungsquartal dividiert.
Hieraus ergibt sich die ggf. quotierte Vergütung für diese Leistungen.

Im Falle eines Überschusses werden die nicht verbrauchten Finanzmittel dem arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen im nächstmöglichen Quartal zugeführt oder als Rückstellung gem. Anlage 3c reserviert.

- Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (mit und ohne Teilnahme an der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung)

  werden zunächst die im Abrechnungsquartal abgerechneten und anerkannten Leistungen des Abschnitts 38.2 EBM und die Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM in voller Höhe vergütet.
  Das verbleibende Verteilungsvolumen wird durch die abgerechneten und anerkannten Honoraranforderungen der betreffenden Vertragsärzte im jeweiligen Abrechnungsquartal dividiert. Hieraus ergibt sich die ggf. quotierte Vergütung für diese Leistungen.

- Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Fachpsychotherapeuten sowie andere ausschließlich psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte

werden zunächst die im Abrechnungsquartal abgerechneten und anerkannten Leistungen des Abschnitts 38.2 EBM und die Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM in voller Höhe vergütet.
Das verbleibende Verteilungsvolumen wird durch die abgerechneten und anerkannten Honoraranforderungen der betreffenden Vertragsärzte im jeweiligen Abrechnungsquartal dividiert. Hieraus ergibt sich die jeweilige Quotierung für die anerkannte Honoraranforderung dieser Vertragsärzte.

Aus den jeweiligen arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen für

- Ermächtigte (Krankenhaus-) Ärzte, Krankenhäuser, Einrichtungen und Institutionen sowie ermächtigte Bundeswehrkrankenhäuser gem. § 117a SGB V
- Sonstige Ärzte (Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Nephrologie, Humangenetiker, Pathologen, Strahlentherapeuten, Laborärzte, Laborgemeinschaften, nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte und Krankenhäuser, sofern sie berechtigt sind gem. § 37c Abs. 1 Satz 7 SGB V Leistungen im Rahmen der AKI zu erbringen und zu diesem Zweck an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, etc.)

werden jeweils zunächst

- die im Abrechnungsquartal abgerechneten und anerkannten Leistungen des Abschnitts 38.2 EBM und die Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM in voller Höhe vergütet,
- die im Abrechnungsquartal von ermächtigte Fachärzten für Anästhesiologie mit Kennzeichen Z abgerechneten und anerkannten Leistungen bei Narkosen, die im Zusammenhang mit vertragszahnärztlichen Behandlungen von Patienten mit mangelnder Kooperationsfähigkeit bei geistiger Behinderung oder schwerer Dyskinesie notwendig sind (GOP 01320, 05230, 05310, 05330, 05331, 05340, 05341 und 05350), in voller Höhe zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung vergütet.

Die verbleibenden Verteilungsvolumen werden durch die abgerechneten und anerkannten Honoraranforderungen der betreffenden Ärzte im jeweiligen Abrechnungsquartal dividiert. Hieraus ergibt sich die jeweilige Quotierung für die anerkannte Honoraranforderung dieser Vertragsärzte, mindestens 80 %.

§ 6 Bereinigung aufgrund von Selektivverträgen

Die Bereinigung aufgrund von Selektivverträgen gem. §§ 73b, 73c a.F., 140a SGB V erfolgt nach den Vorgaben der KBV (vgl. Anlage 4) in der jeweils gültigen Fassung sowie nach den Regelungen in Anlage 3a.

§ 7 Bereinigung aufgrund der Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) gem. § 116b SGB V

Die Bereinigung aufgrund von ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung gem. § 116b SGB V erfolgt nach den Regelungen in Anlage 3b.

§ 8 Für Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundene Zusatzvolumen relevante Fälle

(1) Für RLV und QZV relevante Fälle sind für Vertragsärzte einer Arztgruppe gem. Anlage 1b alle kurativ-ambulanten Behandlungsfälle gem. § 21 Abs. 1, Abs. 1b Satz 1 und Abs. 2 BMV-Ä, ausgenommen Notfälle im organisierten Notfalldienst (Muster 19a der Vordruckvereinbarung) und Überweisungsfälle zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen oder zur Befundung von dokumentierten Untersuchungsergebnissen und Fälle, in denen ausschließlich Leistungen und Kostenerstattungen, die gem. § 4 nicht dem RLV unterliegen, abgerechnet werden.

(2) Zur Umsetzung des Arztbezuges gem. § 3 Abs. 4 werden zur Bemessung des RLV die RLV-Fälle herangezogen.

a. In Einzelpraxen entspricht die Zahl der RLV-Fälle der Zahl der kurativ-ambulanten Behandlungsfälle gem. Abs. 1.
b. In einer BAG, einem MVZ und in Praxen mit angestellten Ärzten entspricht die Zahl der RLV-Fälle eines Arztes der Zahl der Behandlungsfälle gem. Abs. 1 der Arztpraxis, multipliziert mit seinem Anteil an der RLV-relevanten Arztfallzahl der Praxis.

§ 9 Ermittlung RLV je Arzt

(1) Jeder Vertragsarzt einer Arztgruppe gem. Anlage 1b erhält ein arztgruppenspezifisches RLV. Die Höhe des RLV eines Arztes ergibt sich für die in Anlage 1b benannten Arztgruppen aus der Multiplikation des zum jeweiligen Zeitpunkt gültigen KV-bezogenen arztgruppenspezifischen Fallwertes (FWAG) gem. Anlage 7 und der RLV-Fallzahl des Arztes gem. § 8 im entsprechenden Vorjahresquartal unter Berücksichtigung des Umfangs der Tätigkeit laut Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid im Abrechnungsquartal.

Hat ein Vertragsarzt den Umfang seines Versorgungsauftrags im Abrechnungsquartal reduziert und liegt seine RLV-Fallzahl im Vorjahresquartal bereits im durchschnittlichen Fallzahlniveau oder unterhalb des durchschnittlichen Fallzahlniveaus der Arztgruppe in Bezug auf den aktuellen anteiligen Versorgungsauftrag, wird der Berechnung des RLV im Abrechnungsquartal abweichend von Satz 2 die RLV-Fallzahl im Vorjahresquartal in voller Höhe zugrunde gelegt.
Liegt dagegen die RLV-Fallzahl im Vorjahresquartal über dem durchschnittlichen Fallzahlniveau der Arztgruppe in Bezug auf den aktuellen anteiligen Versorgungsauftrag, wird der Berechnung des RLV im Abrechnungsquartal gemäß Satz 2 die anteilige RLV-Fallzahl im Vorjahresquartal zugrunde gelegt, mindestens jedoch die anteilige durchschnittliche RLV-Fallzahl der Arztgruppe im Vorjahresquartal.

(2) Hiervon abweichend wird für Teilnehmer in überörtlichen BAG, die ihren Sitz außerhalb des Bereichs der KVBW haben, die Fallzahl des Vorjahresquartals im Bereich der KVBW, jedoch höchstens 50 % der Fachgruppendurchschnittsfallzahl des Vorjahresquartals angesetzt. Dies gilt für Ärzte, die aufgrund einer Ermächtigung gem. § 24 Abs. 3 Satz 6 Ärzte-ZV im Bereich der KVBW Leistungen erbringen, entsprechend.

(3) Werden Ärzte aufgrund mehrerer Ermächtigungen gem. § 24 Abs. 3 Satz 6 Ärzte-ZV im Bereich der KVBW tätig, wird das RLV im gleichen Verhältnis auf alle Tätigkeitsorte in Baden-Württemberg verteilt. Das Aufteilungsverhältnis kann bis zum Ablauf des Quartals, für das die Erklärung abgegeben wird, in abweichender Höhe gegenüber der KVBW erklärt werden.

(4) Zur Berücksichtigung des Morbiditätskriteriums Alter ist das RLV gem. Abs. 1 unter Berücksichtigung der Versicherten nach Altersklassen gem. Anlage 7 Nr. 3 zu ermitteln.

(5) Zur Förderung der kooperativen Behandlung von Patienten in der vertragsärztlichen Versorgung wird das praxisbezogene RLV
a. bei nicht standortübergreifenden fach- und schwerpunktgleichen BAG, MVZ und Praxen mit angestellten Ärzten der gleichen Arztgruppe gem. Anlage 1b um 10 % erhöht,
b. bei nicht standortübergreifenden fach- und schwerpunktübergreifenden BAG, MVZ und Praxen mit angestellten Ärzten, in denen mehrere Ärzte unterschiedlicher Arztgruppen gem. Anlage 1b tätig sind, um 10 % erhöht, höchstens jedoch um 20 %, wenn ein höherer Kooperationsgrad der Einrichtung oder Praxis entsprechend der in nachstehender Tabelle aufgeführten Werte nachgewiesen ist.

Tabelle: Anpassungsfaktoren in Prozent

Kooperationsgrad (KG) in Prozent	Anpassungsfaktor in Prozent
0 bis unter 15	10
15 bis unter 20	15
20 und größer	20

Standortübergreifende BAG, MVZ und Praxen mit angestellten Ärzten, in denen mehrere Ärzte der gleichen oder unterschiedlicher Arztgruppen gem. Anlage 1b tätig sind, wurden nicht zur kooperativen Behandlung von Patienten gebildet und werden grundsätzlich nicht gefördert. Sofern jedoch an einem Vertragsarztsitz innerhalb einer standortübergreifenden BAG, MVZ und Praxis mit angestellten Ärzten mehrere Ärzte gleicher oder unterschiedlicher Arztgruppen gem. Anlage 1b niedergelassen sind, wird das RLV eines jeden Arztes an diesem Standort um 10 % erhöht.

(6) Der kooperativen Behandlung von Patienten in der vertragsärztlichen Versorgung durch Teilnahme an einem oder mehreren von der KVBW anerkannten Praxisnetz(en) (§ 87b Abs. 2 Sätze 2 und 3 SGB V) wird in der Weise Rechnung getragen, indem teilnehmende Ärzte, deren vertragsärztliche Tätigkeit einer Mengenbegrenzung durch RLV und QZV unterliegt, einen Aufschlag auf das RLV-/QZV-Gesamtvolumen in Höhe von € 100,- je Quartal erhalten.
Für Ärzte im Praxisnetz, die mit einem anteiligen Tätigkeitsumfang an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, erfolgt die Bemessung des Aufschlags unter Berücksichtigung des Umfangs laut Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid.

(7) Die Beschäftigung eines geförderten Weiterbildungsassistenten (WBA) in ausgewählten Fachgebieten der allgemeinen fachärztlichen Versorgung (grundversorgende Fachärzte) wird mit einem pauschalen Aufschlag auf das RLV-/QZV-Gesamtvolumen des weiterbildungsberechtigten anstellenden Arztes von € 3.000,- je Quartal gefördert.
Die Bemessung des Aufschlags erfolgt unter Berücksichtigung des Umfangs der Beschäftigung des WBA.
Die Förderung erfolgt ab Aufnahme der Tätigkeit des WBA längstens für die Dauer der Förderung gemäß der *Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung gemäß § 75a SGB V.*

Das Nähere regelt der Vorstand.

§ 10 Fallzahlbedingte Abstaffelung des Regelleistungsvolumens

(1) Der für einen Vertragsarzt einer Arztgruppe gem. Anlage 1b zutreffende arztgruppenspezifische RLV-Fallwert gem. § 9 Abs. 1 Satz 2 wird für jeden über 200 % der durchschnittlichen RLV-Fallzahl der Arztgruppe hinausgehenden RLV-Fall um 50 % gemindert.

Für Arztgruppen, deren Ärzte bereits im Vorjahresquartal an Selektivverträgen gem. §§ 73b, 73c a.F. oder 140a SGB V teilgenommen haben, wird hiervon abweichend die durchschnittliche RLV-Fallzahl des zutreffenden Quartals vor Beginn der Bereinigung zuzüglich einer jährlichen Steigerung von 1 % zugrunde gelegt.

Bei Vertragsärzten mit einem anteiligen Versorgungsauftrag wird die anteilige durchschnittliche RLV-Fallzahl der Arztgruppe zugrunde gelegt.

(2) Für einen Vertragsarzt, der seine Tätigkeit unter mehreren Gebiets- oder Schwerpunktbezeichnungen ausübt, ergibt sich die Fallzahlobergrenze nach dem Versorgungsauftrag, mit dem er zur

vertragsärztlichen Versorgung zugelassen ist bzw. auf Antrag des Vertragsarztes nach dem Versorgungsbereich, in dem seine überwiegende Leistungserbringung der zurückliegenden Quartale lag.

(3) Hat der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen einen Beschluss gem. § 100 Abs. 1 oder 3 SGB V getroffen, finden vorgenannte Regelungen zur Fallwertabstaffelung für Ärzte der betroffenen Arztgruppe im betreffenden Gebiet keine Anwendung. Die Ausnahme von der Fallwertabstaffelung wird mit dem auf das Wirksamwerden der Feststellung des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen folgenden Quartal umgesetzt. Sofern eine Feststellung nach § 100 Abs. 1 SGB V durch den Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen durch einen Beschluss aufgehoben wird, endet die Ausnahme von der Fallwertabstaffelung mit dem Ende des Quartals, in welchem der Beschluss wirksam wird, dass die Unterversorgung oder drohende Unterversorgung nicht mehr besteht.

Gem. § 87b Abs. 3 SGB V prüft die KVBW im Einzelfall, ob diese Maßnahme ausreichend ist, die Sicherstellung der medizinischen Versorgung zu gewährleisten. Sie ist ermächtigt, ggf. weitere Maßnahmen zu ergreifen.

Das Nähere regelt der Vorstand.

(4) Auf Antrag eines Vertragsarztes prüft die KVBW nach pflichtgemäßem Ermessen, ob in Regionen, die im Rahmen des Projektes „Ziel und Zukunft: Wir – die Ärzte und Psychotherapeuten in Baden-Württemberg" als Fördergebiete ausgewiesen sind oder in denen Minderversorgung droht oder besteht, aus Sicherstellungsgründen vorgenannte Regelungen zur Fallwertabstaffelung für Ärzte der betroffenen Arztgruppe keine Anwendung finden.

Das Nähere regelt der Vorstand.

(5) Der Antrag gem. Abs. 2 und 4 ist bis spätestens zum Ende des Quartals zu stellen, für das die Ausnahme gewährt werden soll.

§ 11 Ermittlung der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen je Arzt

(1) Jeder Vertragsarzt einer Arztgruppe gem. Anlage 1b, der die entsprechenden Voraussetzungen erfüllt, erhält ein QZV gem. Anlage 2a.

Für die in Anlage 2a Abschnitt I. und II. aufgeführten Leistungsbereiche werden QZV gebildet. Ein Arzt hat Anspruch auf die arztgruppenspezifischen QZV, wenn er die zutreffende Gebiets- bzw. Schwerpunktbezeichnung führt. Unterliegt die Voraussetzung zur Erbringung von in QZV aufgeführten Leistungen einer Qualifikation nach § 135 Abs. 2 SGB V, § 137 SGB V oder dem Führen einer Zusatzbezeichnung, ist der Nachweis zusätzlich erforderlich.

(2) Die Berechnung der QZV gem. Anlage 2a Abschnitt I. erfolgt grundsätzlich je Behandlungsfall gem. Anlage 8 Abschnitt I.

(3) Die Berechnung der QZV gem. Anlage 2a Abschnitt II. erfolgt in Form eines Honorarvolumens gem. Anlage 8 Abschnitt II.

§ 12 Sonderregelungen bei Neuaufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit, Praxen in der Anfangsphase, Praxisauflösungen, Praxisverlegungen und Übernahme einer Praxis

(1) Für das erste Jahr der Neuaufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit (sog. Neupraxis) und in der Folgezeit auf Antrag für Vertragsärzte in der Anfangsphase ihrer Tätigkeit (sog. Jungpraxen) sowie entsprechend bei Übernahme einer Praxis wird bei Arztgruppen gem. Anlage 1b für diese Anfängerpraxen für

einen Entwicklungszeitraum von 12 Quartalen seit Zulassungsbeginn bei der Bemessung des RLV die relevante Fallzahl gem. § 8 im Abrechnungsquartal zugrunde gelegt.
Eingeschränkte Wachstumsmöglichkeiten können sich dabei aus Absatz 2 sowie § 14 ergeben.

(2) Bei Eintritt eines (Vertrags-)arztes in eine BAG, ein MVZ oder eine Praxis als angestellter Arzt (ohne Leistungsbeschränkung) ist für die Beurteilung des Entwicklungszeitraumes des neu eintretenden (Vertrags-)arztes maßgeblich, dass sich die BAG/ das MVZ / die Praxis selbst noch in der Aufbauphase von 12 Quartalen seit ihrer Gründung befindet.
Ist dies der Fall, erfolgt die Berechnung des RLV des eintretenden (Vertrags-)arztes längstens bis zum Ende der Aufbauphase der BAG / des MVZ / der Praxis auf Basis der relevanten Fallzahl gem. § 8 im Abrechnungsquartal und nur dann, wenn er sich selbst noch in der Aufbauphase seiner vertragsärztlichen Tätigkeit befindet. Das ist nicht (mehr) der Fall, wenn der eintretende (Vertrags-)arzt vor Aufnahme dieser Tätigkeit bereits über einen Zeitraum von 12 Quartalen in der näheren Umgebung der BAG/ des MVZ/ der Praxis vertragsärztlich tätig war.
Befindet sich die BAG/ das MVZ / die Praxis dagegen selbst nicht mehr in der Aufbauphase, erfolgt die Berechnung des RLV des neu eintretenden (Vertrags-)arztes längstens für das erste Jahr der neu aufgenommenen vertragsärztlichen Tätigkeit auf Basis der relevanten Fallzahl gem. § 8 im Abrechnungsquartal.
Dies gilt jedoch nicht, wenn der eintretende (Vertrags-)arzt unmittelbar vor Aufnahme der Tätigkeit bereits in der näheren Umgebung der BAG / des MVZ / der Praxis vertragsärztlich (ohne Leistungsbeschränkung) tätig war.

Ist ein Praxis-/Kooperationspartner einer BAG, eines MVZ oder einer Praxis mit angestelltem Arzt (ohne Leistungsbeschränkung) als Anfängerpraxis (Neupraxis oder nach Antragstellung als Jungpraxis) einzustufen, wird allein dessen RLV auf Basis der gem. § 8 Abs. 2b ermittelten Behandlungsfallzahl im Abrechnungsquartal berechnet. Dabei erhält der Übernehmer eines Praxissitzes für das erste Jahr der Neuaufnahme seiner Tätigkeit auf Antrag die anteilige RLV-Fallzahl des Übergebers im entsprechenden Vorjahresquartal, sofern seine eigene anteilige RLV-Fallzahl im Abrechnungsquartal niedriger ist.
Die Berechnung des Kooperationsgrads erfolgt für die Gesamtpraxis auf der Basis der RLV-Fallzahlen des Abrechnungsquartals.

Das Nähere regelt der Vorstand.

(3) Bei Neuaufnahme einer Praxis wird ein QZV ausgelöst, sobald die Voraussetzungen für die Leistungserbringung erfüllt sind. Die Höhe ergibt sich für QZV gem. Anlage 2a Abschnitt I. aus der RLV-Fallzahl im jeweiligen Quartal. Für ein QZV in Form eines Honorarvolumens gem. Anlage 2a Abschnitt II. erfolgt die arztindividuelle Ermittlung des Honorarvolumens auf der Basis der tatsächlichen Leistungsanforderung im Abrechnungsquartal, multipliziert mit der Quote (Q) gem. Anlage 8 Abschnitt II.

(4) Bei der Auflösung einer BAG, einem MVZ oder einer Praxis mit angestelltem Arzt (ohne Leistungsbeschränkung) werden die Fallzahlen im entsprechenden Vorjahresquartal gem. § 8 Abs. 2b auf die Vertragsärzte aufgeteilt. Die Weiterführung der Arztpraxis ohne eine Praxisverlegung gilt nicht als Neuaufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit.

(5) Praxisverlegungen, die mit einem Wechsel des Bedarfsplanungsbereichs oder der Arztgruppe verbunden sind, werden auf Antrag wie eine Neuaufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit behandelt.

(6) Abweichend von Abs. 1 kann bei einem nach den Förderrichtlinien des Konzeptes „Ziel und Zukunft: Wir – die Ärzte und Psychotherapeuten in Baden-Württemberg“ geförderten Praxismodell auf Antrag der Entwicklungszeitraum bis zu 20 Quartale betragen.

Das Nähere regelt der Vorstand.

(7) Anträge gem. Abs. 1, Abs. 2, Abs. 5 und Abs. 6 sind bis spätestens zum Ende des Quartals zu stellen, für das die Sonderregelung geltend gemacht wird.

§ 13 Sonderregelungen bei Unvergleichbarkeit von Bezugsquartal und Abrechnungsquartal

(1) Auf Antrag eines Vertragsarztes einer Arztgruppe gem. Anlage 1b prüft die KVBW nach pflichtgemäßem Ermessen, ob aus Sicherstellungsgründen anstelle der RLV-Fallzahl des Vorjahresquartals die RLV-Fallzahl des Abrechnungsquartals bei der Bemessung von RLV und QZV nach § 11 Abs. 1 herangezogen wird. Dies kommt insbesondere in Betracht

a. bei einer außergewöhnlich starken Erhöhung der Zahl der behandelten Versicherten im Abrechnungsquartal z. B. aufgrund

- der urlaubs- oder krankheitsbedingten Vertretung eines anderen Arztes im Einzugsbereich der Praxis,
- der Aufgabe einer Zulassung oder genehmigten Tätigkeit eines anderen Arztes in der näheren Umgebung der Praxis ohne Nachfolge,
- der Wiederaufnahme der Praxistätigkeit nach Ruhen der Zulassung,
- der Eröffnung einer Nebenbetriebsstätte aus Sicherstellungsgründen,
- der Übernahme von Heimpatienten bei Neueröffnung/Erweiterung eines Heimes,
- der Rückkehr aus einem Selektivvertrag

b. bei Vorliegen eines außergewöhnlichen und/oder durch den Arzt unverschuldeten Grundes, der zu einer niedrigeren Fallzahl des Arztes im Aufsatzquartal geführt hat, z.B. aufgrund

- einer (außergewöhnlichen) Praxisschließung von mindestens 10 Werktagen im Vorjahresquartal ohne Vertretung (in eigener Praxis) infolge von Urlaub, Fort-/Weiterbildung, Renovierung der Praxisräumlichkeiten, o.ä.,
- einer (unverschuldeten) Praxisschließung von mindestens 10 Werktagen im Vorjahresquartal ohne Vertretung (in eigener Praxis) infolge von Krankheit, eingeschränkter Nutzbarkeit der Praxisräume durch äußere Einflüsse, o.ä.

Das Nähere regelt der Vorstand.

(2) Anträge sind bis spätestens zum Ende des Quartals zu stellen, für das die Sonderregelung geltend gemacht wird.

§ 14 Fallzahlzuwachsbegrenzung

(1) Die von einem Vertragsarzt einer Arztgruppe gem. Anlage 1b zur Abrechnung eingereichte Behandlungsfallzahl gem. § 8 Abs. 1 unterliegt einer Fallzahlzuwachsbegrenzung.
Zur Ermittlung der Fallzahlgrenze wird je Vertragsarzt auf die anerkannte RLV-Fallzahl im Vorvorjahresquartal abgestellt. Ist diese Fallzahl niedriger als die durchschnittliche anerkannte RLV-Fallzahl seiner Fachgruppe im Vorvorjahresquartal, wird diese durchschnittliche Fallzahl der Fachgruppe als Fallzahlgrenze zugrunde gelegt. Bei Vertragsärzten mit einem anteiligen Versorgungsauftrag wird die anteilige durchschnittliche Fallzahl der Arztgruppe oder die höhere eigene anteilige RLV-Fallzahl im Vorvorjahresquartal zugrunde gelegt.

Für Arztgruppen, deren Ärzte bereits im Vorvorjahresquartal an Selektivverträgen gem. §§ 73b, 73c a.F. oder 140a SGB V teilgenommen haben, wird hiervon abweichend die durchschnittliche RLV-Fallzahl des zutreffenden Quartals vor Beginn der Bereinigung zuzüglich einer jährlichen Steigerung von 1 % zugrunde gelegt.

Sofern die RLV-Fallzahl im Vorjahresquartal die so ermittelte Fallzahlgrenze um mehr als 3 % (Zuwachstoleranz) der (anteiligen) durchschnittlichen Fallzahl der Fachgruppe im Vorjahresquartal überschreitet, werden die überschreitenden Fälle nicht für die Bemessung von RLV und QZV herangezogen.

(2) Ist ein Vertragsarzt einer Arztgruppe gem. Anlage 1b als Anfängerpraxis gem. § 12 Abs. 1 bzw. als Förderpraxis gem. § 12 Abs. 6 einzustufen, unterliegt er für den jeweils anerkannten Zeitraum nicht der Fallzahlzuwachsbegrenzung.

Auf Antrag erhält der Übernehmer eines Praxissitzes in den ersten zwei Jahren nach Neuaufnahme der Praxistätigkeit zur Ermittlung der Fallzahlgrenze die höhere anerkannte RLV-Fallzahl des Übergebers aus dem zutreffenden Bezugsquartal zugrunde gelegt. Abs. 1 Satz 2 gilt entsprechend.
Satz 2 gilt entsprechend für die Übernahme eines Praxissitzes, wenn zuvor eine Berufsausübungsgemeinschaft im Jobsharing oder eine Anstellung mit Leistungsbeschränkung bestanden hat.

Das Nähere regelt der Vorstand.

(3) Nicht der Fallzahlzuwachsbegrenzung unterliegt ein Vertragsarzt, der einer Arztgruppe gem. Anlage 1b angehört, deren aktuelle durchschnittliche Fallzahl unter 150 Fällen liegt.
Die Fallzahlzuwachsbegrenzung kommt ebenfalls nicht zur Anwendung, wenn in der Arztgruppe die durchschnittliche Fallzahl im Vorjahresquartal gegenüber dem Vorvorjahresquartal um weniger als 1 % angestiegen ist.

(4) Hat der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen einen Beschluss nach § 100 Abs. 1 oder 3 SGB V getroffen, finden vorgenannte Regelungen zur Fallzahlzuwachsbegrenzung für Ärzte der betroffenen Arztgruppe im betreffenden Gebiet keine Anwendung. Die Ausnahme von der Fallzahlzuwachsbegrenzung wird mit dem auf das Wirksamwerden der Feststellung des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen folgenden Quartal umgesetzt. Sofern eine Feststellung nach § 100 Abs. 1 SGB V durch den Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen durch einen Beschluss aufgehoben wird, endet die Ausnahme von der Fallzahlzuwachsbegrenzung mit dem Ende des Quartals, in welchem der Beschluss wirksam wird, dass die Unterversorgung oder drohende Unterversorgung nicht mehr besteht. Gem. § 87b Abs. 3 SGB V prüft die KVBW, ob diese Maßnahme ausreichend ist, die Sicherstellung der medizinischen Versorgung zu gewährleisten. Sie ist ermächtigt, ggf. weitere Maßnahmen zu ergreifen.

Das Nähere regelt der Vorstand.

(5) Auf Antrag eines Vertragsarztes prüft die KVBW nach pflichtgemäßem Ermessen, ob aus Sicherstellungsgründen von der Fallzahlzuwachsbegrenzung abgewichen werden kann. Dies kommt insbesondere in Betracht, wenn ein Ausnahmetatbestand gem. § 13 Abs. 1 festgestellt werden kann.
Ausgenommen von der Fallzahlzuwachsbegrenzung sind auf Antrag Praxen, deren Praxiskonstellation sich gegenüber dem Vergleichszeitraum so geändert hat, dass eine sachliche Vergleichbarkeit nicht hergestellt werden kann.

Das Nähere regelt der Vorstand.

(6) Anträge gem. Abs. 2 und Abs. 5 sind bis spätestens zum Ende des Quartals zu stellen, für das die Ausnahme gewährt werden soll.

§ 15 Praxisbesonderheiten

(1) Praxisbesonderheiten werden einem Vertragsarzt einer Arztgruppe gem. Anlage 1b von der KVBW auf Antrag gewährt. Der Antrag muss die Leistungen unter Angabe der EBM-Gebührenordnungspositionen benennen, in denen sich die Praxisbesonderheit ausdrücken soll.

(2) Praxisbesonderheiten können sich grundsätzlich nur auf Leistungen beziehen, welche einer Mengenbegrenzung durch RLV oder einem QZV unterliegen. Praxisbesonderheiten ergeben sich aus einem besonderen Versorgungsauftrag oder einer besonderen, für die Versorgung bedeutsamen fachlichen Spezialisierung, die sich in einer bestimmten Patientenstruktur niederschlägt.
Voraussetzung für die Anerkennung von Praxisbesonderheiten ist ein aus den Praxisbesonderheiten resultierender Versorgungsschwerpunkt sowie eine aus den Praxisbesonderheiten resultierende Überschreitung des durchschnittlichen Fallwerts der Prüfgruppe für die entsprechenden Leistungen von mindestens 30 % im Referenzzeitraum. Es darf keine unwirtschaftliche und keine implausible Behandlungsweise vorliegen.

(3) Die KVBW beurteilt nach pflichtgemäßem Ermessen, ob eine Praxisbesonderheit vorliegt und in welchem Umfang sowie für welche Dauer individuelle Zuschläge zu gewähren sind. Sie berücksichtigt hierbei die von den Beratenden Fachausschüssen und den Berufsverbänden unterbreiteten Vorschläge, für welche Leistungsbereiche einer Arztgruppe gem. Anlage 1b eine Praxisbesonderheit prinzipiell in Betracht kommen kann.

Das Nähere regelt der Vorstand.

(4) Eine Zubilligung von Praxisbesonderheiten ist frühestens für das Quartal der Antragstellung möglich. Ein als Praxisbesonderheit ermittelter Mehrbedarf wird als individueller Zuschlag analog einem QZV gem. § 11 gewährt.

(5) Anträge sind bis spätestens zum Ende des Quartals zu stellen, für das die Praxisbesonderheit gewährt werden soll.

§ 16 Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten

(1) Die KVBW ist berechtigt, Vertragsärzte, die überproportionale Honorarverluste hinnehmen müssen, durch entsprechende Maßnahmen zu stützen.

(2) Verringert sich das Honorar einer Arztpraxis und das Honorar je Fall um mehr als 10 % gegenüber dem Vorjahresquartal, prüft die Kassenärztliche Vereinigung auf Antrag des Arztes, ggf. im Einzelfall aus Sicherstellungsgründen von Amts wegen, inwiefern eine befristete Ausgleichszahlung an die Arztpraxis erfolgen kann. Die Ausgleichszahlung erfolgt aus Rückstellungen gem. Anlage 3c. Sie wird geleistet bis 90 % des Fallwertes des Vorjahresquartals, maximal jedoch 90 % des Gesamthonorars des Vorjahresquartals erreicht sind.

(3) Voraussetzung für eine Ausgleichszahlung ist, dass die Honorarminderung durch die Umstellung der Honorarverteilungssystematik auf diesen HVM, den EBM oder dadurch begründet ist, dass die Partner der Gesamtverträge bisherige Vereinbarungen nicht oder in veränderter Form fortgeführt haben. Die Honorarminderung darf nicht durch Faktoren verursacht sein, die im Verantwortungsbereich des Arztes liegen, wie z.B. ein Rückgang an Behandlungsfällen oder an erbrachten Leistungen.

(4) Abweichend von Abs. 1 bis 3 prüft die KVBW auf Antrag für die Quartale, in denen die Fortführung der Praxis aufgrund einer Pandemie, Epidemie, Endemie, Naturkatastrophe oder eines anderen Großschadensereignisses gefährdet ist, inwiefern eine Ausgleichszahlung gewährt werden kann. Davon ist

auszugehen, wenn sich das GKV-Gesamthonorar eines Vertragsarztes um mehr als 10 % gegenüber dem zutreffenden Bezugsquartal verringert und dieser Honorarrückgang aus einer durch das entsprechende Ereignis bedingt rückläufigen GKV-Scheinzahl resultiert.
Grundsätzlich muss die gesetzlich vorgegebene Anzahl an Mindestsprechstunden gemäß § 19a Ärzte-ZV erfüllt sein. Eine Ausgleichszahlung setzt somit die tatsächliche Wahrnehmung des Versorgungsauftrags voraus.

(5) Anträge sind bis spätestens zum Ende des Folgequartals zu stellen, für das die Ausgleichszahlung gewährt werden soll oder im Rahmen eines Widerspruchs gegen den entsprechenden Honorarbescheid einzubringen.

Das Nähere regelt der Vorstand.

§ 17 Unvorhersehbarer Anstieg der Morbidität

Nachzahlungen von Krankenkassen aufgrund des in § 87a Abs. 5 SGB V festgelegten Verfahrens zur Vereinbarung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs gem. § 87a Abs. 4 Satz 4 SGB V führen zu Nachzahlungen im Rahmen der Honorarbescheidung der Abrechnungsquartale nach den angeforderten Leistungen.

§ 18 Abrechnungsbescheid

(1) Der Vertragsarzt erhält über seine Honorarabrechnung einen Abrechnungsbescheid. Gegen den Abrechnungsbescheid kann er innerhalb eines Monats nach Zugang Widerspruch bei der KVBW einlegen. Der Widerspruch bedarf der Schriftform und soll eine Begründung enthalten. Über den Widerspruch entscheidet, sofern ihm nicht abgeholfen werden kann, der Vorstand der KVBW.

(2) Forderungen der Vertragsärzte stehen unter dem Vorbehalt nachträglicher sachlich-rechnerischer oder gebührenordnungsmäßiger Berichtigungen, Verfahren im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung und Verfahren auf Feststellung eines sonstigen Schadens.

§ 19 Inkrafttreten

Dieser HVM tritt zum 01.10.2026 in Kraft.

Anlage 1a

Arztgruppenspezifische Verteilungsvolumen gem. § 5 Abs. 4 werden für folgende Arztgruppen gebildet:

- Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, hausärztlicher Versorgungsbereich, ermächtigte Hausärzte gem. § 119b SGB
- Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt/Zusatzweiterbildung und ohne Schwerpunkt
- Fachärzte für Anästhesiologie
- Fachärzte für Augenheilkunde
- Fachärzte für Chirurgie, Kinderchirurgie, Plastische Chirurgie, Herzchirurgie
- Fachärzte für Neurochirurgie
- Fachärzte für Frauenheilkunde, Fachärzte für Frauenheilkunde / mit fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin
- Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde
- Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten
- Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, fachärztlicher Versorgungsbereich
- Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Angiologie
- Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Endokrinologie
- Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Gastroenterologie
- Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Hämato-/Onkologie
- Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie
- Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie mit invasiver Tätigkeit
- Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Pneumologie
- Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Rheumatologie
- Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie mit und ohne Teilnahme an der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung
- Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
- Fachärzte für Nervenheilkunde, Fachärzte für Neurologie
- Fachärzte für Nuklearmedizin (ohne Vorhaltung MRT)
- Fachärzte für Nuklearmedizin (mit Vorhaltung MRT)
- Fachärzte für Orthopädie
- Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie/ Fachärzte für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen
- Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie
- Fachärzte für Diagnostische Radiologie (ohne Vorhaltung CT und MRT)
- Fachärzte für Diagnostische Radiologie (mit Vorhaltung CT)
- Fachärzte für Diagnostische Radiologie (mit Vorhaltung CT und MRT)
- Fachärzte für Diagnostische Radiologie (mit Vorhaltung MRT)
- Fachärzte für Urologie
- Fachärzte für Physikalisch-Rehabilitative Medizin
- Ärzte mit Teilnahme an der Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung für die Behandlung chronisch schmerzkranker Patienten (für maximal 400 Fälle) – ohne hausärztliche Schmerztherapeuten
- Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Fachpsychotherapeuten sowie andere ausschließlich psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte gem. den Kriterien der Bedarfsplanungsrichtlinien
- Ermächtigte (Krankenhaus-) Ärzte, Krankenhäuser, Einrichtungen und Institutionen sowie ermächtigte Bundeswehrkrankenhäuser gem. § 117a SGB V
- Sonstige Ärzte (Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Nephrologie, Humangenetiker, Pathologen, Strahlentherapeuten, Laborärzte, Laborgemeinschaften, etc.)

Anlage 1b

Für Regelleistungsvolumen relevante Arztgruppen	Zuordnung der Arztgruppen in Bezug auf die kooperative Behandlung von Patienten (BAG-Aufschlag)
Fachärzte für Anästhesiologie	Fachärzte für Anästhesiologie
Fachärzte für Augenheilkunde	Fachärzte für Augenheilkunde
Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie	Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie
Fachärzte für Frauenheilkunde, Fachärzte für Frauenheilkunde mit fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	Fachärzte für Frauenheilkunde, Fachärzte für Frauenheilkunde mit fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin
Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde
Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten	Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten
Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören
Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Angiologie	Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Angiologie
Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Endokrinologie	Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Endokrinologie
Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Gastroenterologie	Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Gastroenterologie
Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Hämato-/ Onkologie	Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Hämato-/ Onkologie
Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie	Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie, Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie mit invasiver Tätigkeit
Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie mit invasiver Tätigkeit	
Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Pneumologie	Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Pneumologie
Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Rheumatologie	Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Rheumatologie
Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
Fachärzte für Nervenheilkunde, Fachärzte für Neurologie	Fachärzte für Nervenheilkunde Fachärzte für Neurologie,

Für Regelleistungsvolumen relevante Arztgruppen	Zuordnung der Arztgruppen in Bezug auf die kooperative Behandlung von Patienten (BAG-Aufschlag)
Fachärzte für Neurochirurgie	Fachärzte für Neurochirurgie
Fachärzte für Nuklearmedizin (ohne Vorhaltung von MRT)	Fachärzte für Nuklearmedizin (mit/ohne Vorhaltung MRT)
Fachärzte für Nuklearmedizin (mit Vorhaltung von MRT)	
Fachärzte für Orthopädie	Fachärzte für Orthopädie
Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie / Fachärzte für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen	Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie / Fachärzte für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen
Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie	Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie
Fachärzte für Diagnostische Radiologie (ohne Vorhaltung CT und MRT)	Fachärzte für Diagnostische Radiologie (mit/ohne Vorhaltung CT und/oder MRT)
Fachärzte für Diagnostische Radiologie (mit Vorhaltung CT)	
Fachärzte für Diagnostische Radiologie (mit Vorhaltung CT und MRT)	
Fachärzte für Diagnostische Radiologie (mit Vorhaltung MRT)	
Fachärzte für Urologie	Fachärzte für Urologie
Fachärzte für Physikalisch-Rehabilitative Medizin	Fachärzte für Physikalisch-Rehabilitative Medizin
Fachärztliche Schmerztherapeuten	
Schmerztherapeutische Einrichtung (Genehmigung als schmerztherapeutische Einrichtung gem. der Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten (maximal 400 Fälle) und Vorliegen der Voraussetzungen für die Abrechnung der GOP 30704 EBM)	
Übrige schmerztherapeutisch Tätige (Genehmigung gem. der Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten (maximal 400 Fälle)	

Anlage 2a

I. Zuordnung der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen gem. § 11 Abs. 2

1. Für nachfolgende Arztgruppen werden qualifikationsgebundene Zusatzvolumen (QZV) für die im Folgenden genannten Leistungen gem. Anlage 8 Abschnitt I. ermittelt und festgesetzt.

2. 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	**QZV**	**Gebührenordnungsposition des EBM**
Fachärzte für Anästhesiologie	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
Fachärzte für Augenheilkunde	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie, für Herzchirurgie	Behandlung des diabetischen Fußes	02311
	Chirotherapie/ Manuelle Medizin	30200, 30201
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 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, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503
Fachärzte für Neurochirurgie	Chirotherapie/ Manuelle Medizin	30200, 30201
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	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, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503
Fachärzte für Frauenheilkunde, Fachärzte für Frauenheilkunde mit fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	Kurative Mammographie	34270, 34271, 34272, 34273
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	Chirotherapie/ Manuelle Medizin	30200, 30201
	Otoakustische Emissionen	09324
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 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, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503
Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten	Allergologie	30100, 30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123, 30130, 30131
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076

Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, fachärztlicher Versorgungsbereich	Behandlung des diabetischen Fußes	02311
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33046, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092
	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040, 33046
	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, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503
Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Angiologie	Behandlung des diabetischen Fußes	02311
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33046, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092
	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040, 33046
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Endokrinologie	Behandlung des diabetischen Fußes	02311
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076

Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Gastroenterologie	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040, 33046
	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, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503
Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Hämato-/Onkologie	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040, 33046
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Sonographie I	33000, 33001, 33002, 33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33046, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092
	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040, 33046
	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, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503

Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie mit invasiver Tätigkeit	Sonographie I	33000, 33001, 33002, 33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33046, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092
	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040, 33046
	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, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503
Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Pneumologie	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Sonographie I	33000, 33001, 33002, 33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33046, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092
	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040, 33046
	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, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503
Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Rheumatologie	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040, 33046
	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, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503
Fachärzte für Nervenheilkunde, Fachärzte für Neurologie	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
Fachärzte für Nuklearmedizin (ohne Vorhaltung MRT)	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092
Fachärzte für Nuklearmedizin (mit Vorhaltung MRT)	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092
Fachärzte für Orthopädie	Chirotherapie/ Manuelle Medizin	30200, 30201
	Osteodensitometrie	34600
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 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, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503
Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie / Fachärzte für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092

Fachärzte für Physikalisch-Rehabilitative Medizin	Chirotherapie/ Manuelle Medizin	30200, 30201
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 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, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503
Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
Fachärzte für Diagnostische Radiologie (ohne Vorhaltung CT und MRT)	Nuklearmedizinische Leistungen	17310, 17311, 17320, 17321, 17330, 17331, 17332, 17333, 17340, 17341, 17350, 17351, 17360, 17361, 17362, 17363, 17372
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33046, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092
Fachärzte für Diagnostische Radiologie (mit Vorhaltung CT)	Nuklearmedizinische Leistungen	17310, 17311, 17320, 17321, 17330, 17331, 17332, 17333, 17340, 17341, 17350, 17351, 17360, 17361, 17362, 17363, 17372
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33046, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092
Fachärzte für Diagnostische Radiologie (mit Vorhaltung CT und MRT)	MRT-Angiographie	34470, 34475, 34480, 34485, 34486, 34489, 34490, 34492
	Nuklearmedizinische Leistungen	17310, 17311, 17320, 17321, 17330, 17331, 17332, 17333, 17340, 17341, 17350, 17351, 17360, 17361, 17362, 17363, 17372
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33046, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092

	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
Fachärzte für Urologie	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33041, 33042, 33043, 33044, 33046, 33050, 33051, 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, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503

II. Zuordnung der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen gem. § 11 Abs. 3

1. Für nachfolgende Arztgruppen wird ein qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen (QZV) für die im Folgenden genannten Leistungen gem. Anlage 8 Abschnitt II. ermittelt und in Form eines Honorarvolumens festgesetzt.

2. Die berufsrechtlichen Bestimmungen zur Erbringung von Leistungen und die Abrechnungsbestimmungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) bleiben von der nachfolgenden Zuordnung der Gebührenordnungspositionen unberührt.

Arztgruppe	**QZV**	**Gebührenordnungsposition des EBM**
Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Pneumologie	Polysomnographie	30901
Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	Polysomnographie	30901
Fachärzte für Nuklearmedizin (mit Vorhaltung MRT)	Nuklearmedizinische Leistungen	17310, 17311, 17320, 17321, 17330, 17331, 17332, 17333, 17340, 17341, 17350, 17351, 17360, 17361, 17362, 17363, 17372
	MRT-Leistungen	34410, 34411, 34420, 34421, 34422, 34430, 34431, 34440, 34441, 34442, 34450, 34451, 34452, 34460, 34470, 34475, 34480, 34485, 34486, 34489, 34490, 34492

Anlage 2b

Für nachfolgende Arztgruppen werden die im Folgenden aufgeführten Leistungen (sog. Freie Leistungen) innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV), jedoch außerhalb von Regelleistungsvolumen (RLV) und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV) ermittelt und festgesetzt.

Arztgruppe	Leistungen innerhalb MGV, jedoch außerhalb RLV und QZV	Gebührenordnungsposition des EBM
Fachärzte für Anästhesiologie	Akupunktur	30790, 30791
	Narkosen (bei zahnärztlicher Behandlung)	05330, 05331, 05340, 05341, 05350
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512
Fachärzte für Augenheilkunde	Elektroophtalmologie	06312
	Fluoreszenzangiographie	06331
	Kontaktlinsenanpassung	06340, 06341, 06342, 06343
	Strukturpauschale für konservative Augenärzte*	06225
Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie, für Herzchirurgie	Akupunktur	30790, 30791
	Gastroenterologie, Bronchoskopie	13400, 13401, 13402, 13410, 13411, 13412, 13662, 13663, 13664, 13670
	Phlebologie	30500, 30501
	Proktologie	30600, 30601
Fachärzte für Neurochirurgie	Akupunktur	30790, 30791
Fachärzte für Frauenheilkunde, Fachärzte für Frauenheilkunde mit fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	Empfängnisregelung, Sterilisation oder Schwangerschaftsabbruch	01698, 01820, 01821, 01822, 01823, 01824, 01825, 01826, 01827, 01828, 01830, 01831, 01832, 01833, 01840, 01850, 01851, 01852, 01853, 01854, 01855, 01856, 01857, 01900, 01901, 01902, 01903, 01904, 01905, 01906, 01910, 01911, 01912, 01913, 01915
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512
	Übrige psychotherapeutische Leistungen*	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150, 35163 bis 35169
	Stanzbiopsie*	08320
	Sonographie Brustdrüsen*	33041

Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	Kardiorespiratorische Polygraphie	30900
Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten	Dermatologische Lasertherapie	10320, 10322, 10324
	Phlebologie	30500, 30501
	Proktologie	30600, 30601, 30610, 30611
	Besuche	01410, 01413, 01415
	Balneophototherapie	10350
Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	Gastroenterologie**	13400, 13401, 13402, 13410, 13411, 13412
	Langzeit-EKG	13253, 01600, 01601, 01602
	Nuklearmedizinische Leistungen	17310, 17311, 17320, 17321, 17330, 17331, 17332, 17333, 17340, 17341, 17350,17351, 17360, 17361, 17362, 17363
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512
Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Endokrinologie	Nuklearmedizinische Leistungen	17310, 17311, 17320, 17321, 17330, 17331, 17332, 17333, 17340, 17341, 17350,17351, 17360, 17361, 17362, 17363
Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Gastroenterologie	Gastroenterologie	13400, 13401, 13402, 13410, 13411, 13412
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512
	Kapselendoskopie	13425, 13426
Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Hämato-/ Onkologie	Gastroenterologie	13400, 13401, 13402, 13410, 13411, 13412
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512
Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie	Kardiorespiratorische Polygraphie	30900
	Langzeit-EKG	13253, 01600, 01601, 01602
	Nuklearmedizinische Leistungen	17310, 17311, 17320, 17321, 17330, 17331, 17332, 17333, 17340, 17341, 17350,17351, 17360, 17361, 17362, 17363
Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie mit invasiver Tätigkeit	Langzeit-EKG*	13253, 01600, 01601, 01602
Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Pneumologie	Bronchoskopie	13662, 13663, 13664, 13670

Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Rheumatologie	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512
Fachärzte für Nervenheilkunde, Fachärzte für Neurologie	Akupunktur	30790, 30791
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512
Fachärzte für Nuklearmedizin (ohne Vorhaltung MRT)	Zuschlag SPECT	17362, 17363
Fachärzte für Orthopädie	Akupunktur	30790, 30791
Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie / Fachärzte für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen	Phoniatrisch-pädaudiologische Leistungen	20314, 20327, 20330, 20331, 20332, 20335, 20336, 20340, 20370, 35600, 35601, 35602
Fachärzte für Physikalisch-Rehabilitative Medizin	Akupunktur	30790, 30791
Fachärzte für Diagnostische Radiologie (mit Vorhaltung CT)	CT-gesteuerte Intervention	34504, 34505
Fachärzte für Diagnostische Radiologie (mit Vorhaltung CT und MRT)	CT-gesteuerte Intervention	34504, 34505
Fachärzte für Urologie	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512
	Urodynamik	26312, 26313
	ESWL (Stoßwellenlithotripsie)*	26330
Schmerztherapeutische Einrichtung gem. Anlage 1b	Zuschlag schmerztherapeutische Einrichtung	30704
	Akupunktur im Rahmen der Schmerztherapie	30790, 30791
Übrige schmerztherapeutisch Tätige gem. Anlage 1b	Akupunktur im Rahmen der Schmerztherapie	30790, 30791

* Mindestquote in Höhe von 80 %
** Mindestquote in Höhe von 100 %

Anlage 2c

(unbesetzt)

Anlage 3a

Bereinigung aufgrund von Selektivverträgen gem. §§ 73b, 73c a.F., 140a SGB V

Für die Bereinigung von Vorwegabzügen, Freien Leistungen und arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen (RLV) nach § 87b SGB V sowie den qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV) aufgrund von Selektivverträgen nach §§ 73b, 73c alter Fassung (a.F.), 140a SGB V gelten folgende Grundsätze:

I. Ex-ante Einschreibung

1. Ermittlung des MGV-Bereinigungsvolumens

1.1. Grundlage für die Bereinigung ist die je Quartal und je zu bereinigendem Vertrag nach §§ 73b, 73c a.F. oder 140a SGB V gesonderte Feststellung des zu bereinigenden Behandlungsbedarfs der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) für Versicherte mit ex-ante Einschreibung. Diese Feststellung basiert auf den zwischen den Gesamtvertragspartnern vereinbarten Regelungen zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 3 Satz 2 SGB V.

1.2. Der MGV-Bereinigungsbetrag wird auf die am zu bereinigenden Vertrag teilnehmenden Arztgruppen entsprechend der tatsächlichen Inanspruchnahme der Leistungen des Bereinigungsziffernkranzes – gem. MGV-Bereinigungsvertrag – im jeweiligen Vorjahresquartal aufgeteilt. Die Aufteilung in Vorwegabzüge, RLV-Leistungen (RLV-Bereinigungsvolumen), QZV-Leistungen (QZV-Bereinigungsvolumen) und Freie Leistungen erfolgt entsprechend.

2. Ermittlung des bereinigten RLV-Fallwertes je Arztgruppe

2.1. Zur Ermittlung des bereinigten RLV-Fallwertes wird das RLV-Bereinigungsvolumen vom RLV-Vergütungsvolumen der Arztgruppe abgezogen. Diese Differenz wird durch die Summe aller bereinigten Fallzahlen über alle Ärzte der Arztgruppe dividiert. Zur Ermittlung der bereinigten Fallzahlen werden die Fallzahlen des Vorjahresquartals um die Summe der Bereinigungsfallzahlen gemindert. Bereinigungsfallzahlen sind die Vorjahresquartalsfallzahlen der im jeweiligen Abrechnungsquartal in einen Selektivvertrag ex-ante eingeschriebenen Versicherten, bei denen eine Leistung des Bereinigungsziffernkranzes gem. MGV-Bereinigungsvertrag abgerechnet wurde. Nehmen Ärzte an einem Selektivvertrag selbst nicht teil (Nicht-Selektivvertrags-Ärzte), werden die diesbezüglichen Fälle nicht gezählt.

2.2. Der bereinigte RLV-Fallwert darf vom RLV-Fallwert der Arztgruppe für das Abrechnungsquartal höchstens 2,5 % abweichen. Über- oder unterschreitet der bereinigte RLV-Fallwert gem. Nr. 2.1 den RLV-Fallwert um mehr als 2,5 %, entspricht die Höhe des bereinigten RLV-Fallwertes 2,5 % über oder unter dem RLV-Fallwert der Arztgruppe für das Abrechnungsquartal.

3. Ermittlung des Bereinigungsvolumens der Arztgruppe aufgrund des bereinigten RLV-Fallwertes

Der bereinigte RLV-Fallwert gem. Nr. 2.2 wird dem RLV-Fallwert der Arztgruppe für das Abrechnungsquartal gegenübergestellt. Die Differenz wird mit der RLV-Fallzahl der Arztgruppe im Vorjahresquartal multipliziert.

4. Ermittlung des Bereinigungsfallwertes je Selektivvertrags-Arzt

Das RLV-Bereinigungsvolumen der Arztgruppe wird mit dem QZV-Bereinigungsvolumen der Arztgruppe gem. Nr. 1.2 addiert. Hiervon wird das Bereinigungsvolumen aufgrund des bereinigten RLV-Fallwertes gem. Nr. 3 abgezogen. Es entsteht das Restbereinigungsvolumen der Arztgruppe. Dieses Restbereinigungsvolumen wird durch die Bereinigungsfallzahlen gem. Nr. 2.1 dividiert.

5. Ermittlung Bereinigungsvolumen RLV/QZV je Selektivvertrags-Arzt

Das Bereinigungsvolumen von RLV und QZV eines Selektivvertrags-Arztes ergibt sich aus der Multiplikation des Bereinigungsfallwertes gem. Nr. 4 mit der jeweiligen individuellen Bereinigungsfallzahl des aktuellen Quartals.

6. Bereinigtes RLV/QZV je Arzt und Praxis

Das bereinigte RLV für sämtliche Ärzte einer Arztgruppe mit Teilnehmern am Selektivvertrag ergibt sich im ersten Schritt aus der Multiplikation des bereinigten Fallwertes gem. Nr. 2 mit der Fallzahl des Vorjahresquartals. Im zweiten Schritt werden von diesem RLV einer Praxis die individuellen Bereinigungsvolumen je am Selektivvertrag teilnehmenden Arztes einer Praxis gem. Nr. 5 abgezogen.

7. Bereinigung von Vorwegabzügen, Freien Leistungen und arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen im Abrechnungsquartal

7.1. Die in Nummer 1.2 ermittelten MGV-Bereinigungsbeträge für Vorwegabzüge und Freie Leistungen werden vom hierfür im Abrechnungsquartal zur Verfügung stehenden Vergütungsvolumen abgezogen.

7.2. Bei Psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Fachpsychotherapeuten sowie anderen ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Vertragsärzten, bei Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Nephrologie, bei Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin, bei Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (mit und ohne Teilnahme an der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung) und bei Fachärzten für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktischen Ärzten, Fachärzten für Innere Medizin (hausärztlicher Versorgungsbereich) wird das arztgruppenspezifische Verteilungsvolumen (§ 5 Abs. 4) entsprechend der Höhe der Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung reduziert.

8. Nicht vertragskonforme Inanspruchnahme (NVI) bei Verträgen nach §§ 73b, 73c a.F., 140a SGB V

8.1. Vergütung der NVI
Gemäß Bereinigungsvertrag entrichtet die jeweilige Kasse bei NVI ihrer in Verträgen nach §§ 73b, 73c a.F., 140a SGB V eingeschriebenen Versicherten ein Vergütungsvolumen in Höhe der abgerechneten Leistungen zu den Preisen der Euro-GO an die KVBW.

8.2. Honorierung von NVI
Die Honorierung der im Rahmen der NVI abgerechneten und anerkannten Leistungen bei in Verträge nach §§ 73b, 73c a.F., 140a SGB V eingeschriebenen Versicherten erfolgt gemäß der jeweils zutreffenden Regelungen der Honorarverteilung für Leistungen der MGV.

8.3. Berechnung der Bereinigungsfallwerte nach Nr. 4 für Ärzte von Arztgruppen gem. Anlage 1b, welche an Verträgen nach §§ 73b, 73c a.F., 140a SGB V teilnehmen
Ergeben sich infolge der Berechnung nach Nr. 4 Bereinigungsfallwerte oberhalb der RLV-/QZV-Fallwerte einer Arztgruppe, werden für die Bereinigung des RLV-/QZV-(Grenzvolumen) nur Fallwerte in Höhe der durchschnittlich bereinigten RLV-/QZV-Fallwerte mit Leistungen des Ziffernkranzes herangezogen. Die hierfür benötigten Finanzmittel werden dem Finanzvolumen nach Nr. 8.1 entnommen.

8.4. Aufteilung des verbleibenden NVI-Finanzvolumens
Das verbleibende und je Arztgruppe gem. Anlage 1a anteilig zur Verfügung stehende NVI-Finanzvolumen wird der Honorarverteilung gem. § 5 zugeführt.

II. Situative Bereinigung

1. Grundlage der Bereinigung

1.1. Grundlage für die Bereinigung sind die zwischen den Gesamtvertragspartnern abgeschlossenen Vereinbarungen zur situativen Bereinigung eines in die hausarztzentrierte Versorgung (HzV) nach § 73b SGB V oder in die besondere ambulante ärztliche oder integrierte Versorgung nach §§ 73c a.F., 140a SGB V eingeschriebenen Versicherten, der durch Ärzte, die an einem Vertrag nach §§ 73c a.F., 140a SGB V teilnehmen, situativ abgerechnet wird.

1.2. Die situative Bereinigung bei einem an einem Selektivvertrag nach §§ 73c a.F., 140a SGB V teilnehmenden Arzt ist abhängig von der im jeweiligen Selektivvertrag erbrachten Leistung.

2. RLV/QZV-Bereinigung

Bei einer selektivvertraglichen Abrechnung wird das RLV und QZV der Praxis des abrechnenden Arztes um den entsprechenden Bereinigungsbetrag gem. Nr. 5 bereinigt, sofern es sich hierbei um eine RLV/QZV relevante Leistung handelt.

3. Bereinigung von Vorwegabzügen und Freien Leistungen

Bei allen weiteren Leistungen erfolgt die Bereinigung gem. Nr. 5.

4. Bereinigung bei Psychologischen Psychotherapeuten, Fachpsychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, anderen ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Vertragsärzten sowie Hausärzten

Bei einer selektivvertraglichen Abrechnung wird das arztgruppenspezifische Verteilungsvolumen (§ 5 Abs. 4) um den entsprechenden Bereinigungsbetrag gem. Nr. 5 bereinigt.

5. Bereinigungsbeträge situativ

5.1. Psychotherapie-Vertrag BKK Landesverband Süd

Bereinigungsposition	Bereinigungsbetrag	Leistungsbereich
Grundkomplex für ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte[1] ▪ Psychologische Psychotherapeuten, Fachpsychotherapeuten für Erwachsene ▪ Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Fachpsychotherapeuten für Kinder und Jugendliche ▪ Fachärzte für psychosomatische Medizin und Psychotherapie ▪ Ärzte, die mind. 90 % psychotherapeutisch tätig sind	25,63 €	PT-Vergütungsvolumen
Grundkomplex für Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie[1]	25,63 €	KJPP-Vergütungsvolumen
Grundkomplex für Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie[1]	25,63 €	RLV/QZV
Grundkomplex für Fachärzte für Nervenheilkunde und Fachärzte für Neurologie[1]	25,63 €	RLV/QZV

5.2. Psychotherapie-Vertrag GWQ ServicePlus AG

Bereinigungsposition	Bereinigungsbetrag	Leistungsbereich
Grundkomplex für ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte[1] ▪ Psychologische Psychotherapeuten, Fachpsychotherapeuten für Erwachsene ▪ Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Fachpsychotherapeuten für Kinder und Jugendliche ▪ Fachärzte für psychosomatische Medizin und Psychotherapie ▪ Ärzte, die mind. 90 % psychotherapeutisch tätig sind	24,61 €	PT-Vergütungsvolumen
Grundkomplex für Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie[1]	24,61 €	KJPP-Vergütungsvolumen
Grundkomplex für Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie[1]	24,61 €	RLV/QZV
Grundkomplex für Fachärzte für Nervenheilkunde und Fachärzte für Neurologie[1]	24,61 €	RLV/QZV
Grundkomplex für Fachärzte Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, hausärztlicher Versorgungsbereich mit Abrechnungsgenehmigung für Leistungen aus Kapitel 35 EBM [1]	24,61 €	HÄ-Vergütungsvolumen

[1] Die Bereinigung erfolgt generell je situativem Behandlungsfall, ungeachtet einer Erbringung der entsprechenden Leistungen im Rahmen des Selektivvertrages.

Anlage 3b

Bereinigung aufgrund der Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) gem. § 116b SGB V

Für die Bereinigung der Grundbeträge, Vorwegabzüge, Freien Leistungen und arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen (RLV) nach § 87b SGB V sowie der qualifikationsbezogenen Zusatzvolumen (QZV) aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung gem. § 116b SGB V gelten folgende Grundsätze:

1. MGV-Bereinigungsvolumen

   1.1. Grundlage für die Bereinigung der MGV aufgrund der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V ist die je Quartal gesonderte Feststellung des zu bereinigenden Behandlungsbedarfs für ambulant spezialfachärztlich behandelte Patienten. Diese Feststellung basiert auf den Vorgaben des Bewertungsausschusses gem. § 116b Abs. 6 Satz 13 ff. SGB V in Verbindung mit § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V.

   1.2. Der MGV-Bereinigungsbetrag ist gemäß der Datenlieferung im Rahmen der ASV-Abrechnung auf die einzelnen Grundbeträge, Vorwegabzüge, Freien Leistungen, RLV-/QZV-Leistungen sowie auf die einzelnen Arztgruppen aufzuteilen.

2. Bereinigung der Grundbeträge, Vorwegabzüge, Freien Leistungen und RLV-/QZV-Verteilungsvolumen

   Die nach Nr. 1.2 ermittelten Bereinigungsvolumen für die einzelnen Leistungsbereiche werden im Rahmen der Berechnungen für RLV / QZV im entsprechenden Quartal des Folgejahres bei den Verteilungsvolumen (Grundbeträge, Vorwegabzüge und Freie Leistungen, RLV/QZV) abgezogen.

3. Ermittlung Bereinigungsvolumen RLV / QZV je Arzt

   ASV-Behandlungsfälle mit ausschließlich Leistungen des Bereinigungs-Appendix im Vorjahresquartal werden nicht zur Bemessung des RLV herangezogen.

Soweit die Festlegungen zur Bereinigung nach den vorstehend genannten Regelungen einer weiteren Konkretisierung bedürfen, wird der Vorstand ermächtigt, das Nähere zu regeln.

Anlage 3c

Bildung und Auflösung von versorgungsbereichsspezifischen Rückstellungen

1. Von der von den Partnern der Gesamtverträge gem. § 87a Abs. 3 Satz 1 SGB V vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung können innerhalb der Vergütungsvolumina gem. § 5 Abs. 2 bereichsspezifische Rückstellungen

   - zur Berücksichtigung einer Zunahme von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten,
   - für Sicherstellungsaufgaben (u. a. nachträglich erfolgende Honorarkorrekturen aus Vorquartalen, Fördermaßnahmen im Rahmen einer Sicherstellungsrichtlinie gem. § 105 Abs. 4 SGB V),
   - zum Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten,
   - zum Ausgleich von Fehlschätzungen für Vorwegabzüge gem. § 5

   gebildet und aufgelöst werden.

   Die Auflösung überschüssiger Finanzmittel im haus- oder fachärztlichen Versorgungsbereich ist durch Rückführung in die Honorarverteilung bereichsspezifisch auch ohne das Vorliegen eines der vorgenannten Gründe möglich.

2. Grundlage für die Höhe der Rückstellungen sind die im Vorjahr für die unter 1. genannten Sachverhalte aufgewendeten Vergütungen. Zudem sind die im Jahr 2016 zu erwartenden Änderungen des damit verbundenen Vergütungsbedarfs zu berücksichtigen. Die Aufteilung der Rückstellungen auf die Quartale des Jahres 2016 orientiert sich an der quartalsweise ermittelten MGV.

3. Eine Über- oder Unterdeckung wird zum nächstmöglichen Zeitpunkt berücksichtigt.

4. Die KVBW kann darüber hinaus angemessene Rückstellungen für eventuelle Ausgleichszahlungen an Krankenkassen, andere Kassenärztliche Vereinigungen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und Vertragsärzte bilden.

Anlage 4

Bestandteil dieses HVM sind die Vorgaben der KBV vom 15.12.2011 (Teil A – D) sowie vom 12.04.2016 (Teile F und G) in der jeweils aktuell gültigen Fassung (vgl. Anhang).

KBV KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG

VORGABEN DER KASSENÄRZTLICHEN BUNDESVEREINIGUNG GEMÄß § 87b ABS. 4 SGB V ZUR HONORARVERTEILUNG DURCH DIE KASSENÄRZTLICHEN VEREINIGUNGEN

DEZERNAT VERGÜTUNG UND GEBÜHRENORDNUNG

18. AUGUST 2026

Teil A	Vorgaben zu den Honorarverteilungsmaßstäben der Kassenärztlichen Vereinigungen gemäß § 87b Abs. 2 Satz 1 SGB V
Teil B	Vorgabe zur Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung
Teil C	Vorgaben zur angemessenen Vergütung psychotherapeutischer Leistungen
Teil D	Vorgaben zur Berücksichtigung kooperativer Behandlung von Patienten in dafür gebildeten Versorgungsformen
Teil E	(unbesetzt)
Teil F	Vorgaben zu den Grundsätzen der Bereinigung des zu erwartenden Honorars gemäß § 87b Abs. 4 Satz 2 SGB V
Teil G	Vorgaben zu gesonderten Vergütungsregelungen für Praxisnetze gemäß § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit und Verständlichkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung von mehreren Geschlechtern bei den Personenbezeichnungen verzichtet. Mit der männlichen Personenbezeichnung sind grundsätzlich alle Geschlechter gemeint.

TEIL A

IM BENEHMEN MIT DEM GKV-SPITZENVERBAND

Vorgaben zu den Honorarverteilungsmaßstäben der Kassenärztlichen Vereinigungen gemäß § 87b Abs. 2 Satz 1 SGB V

geändert am 12. Dezember 2017 mit Wirkung zum 1. April 2018
geändert am 15. März 2018 mit Wirkung zum 1. April 2018[1]
geändert am 15. Dezember 2020 mit Wirkung zum 1. Quartal 2021
geändert am 29. November 2022 mit Wirkung zum 1. Quartal 2023
geändert am 13. Juli 2023 mit Wirkung zum 2. Quartal 2023
geändert am 10. Dezember 2024 mit Wirkung zum 1. Quartal 2025
geändert am 9. September 2025 mit Wirkung zum 4. Quartal 2025
geändert am 18. August 2026 mit Wirkung zum 4. Quartal 2026

1. Die Kassenärztlichen Vereinigungen verteilen gemäß § 87b Abs. 1 SGB V die vereinbarten Gesamtvergütungen an die Ärzte, Psychotherapeuten, Medizinischen Versorgungszentren sowie ermächtigte Einrichtungen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, gemäß einem im Benehmen mit den Verbänden der Krankenkassen auf Landesebene festgelegten Verteilungsmaßstab.

2. Dieser hat gemäß § 87b Abs. 2 Satz 1 SGB V 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. Für Leistungen des Grundbetrags „Bereitschaftsdienst und Notfall“, für Leistungen des Kapitels 4 mit Ausnahme der Versichertenpauschalen 04004 und 04005 EBM einschließlich Gebührenordnungspositionen mit Suffix sowie Leistungen des allgemeinen hausärztlichen Versorgungsbereichs bestehend aus dem Kapitel 3 EBM sowie den hausärztlich durchgeführten Hausbesuchen nach GOPen 01410 bis 01413 sowie 01415 EBM (ohne die mit den Buchstaben L, E, R, S, U und W modifizierten GOPen) dürfen gemäß § 87b Abs. 1 Satz 3 SGB V keine Maßnahmen zur Begrenzung oder Minderung des Honorars angewandt werden.

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

4. Ausgangsgröße der Honorarverteilung ist die jeweils für das Abrechnungsquartal von den Krankenkassen mit befreiender Wirkung zu entrichtende morbiditätsbedingte Gesamtvergütung gemäß § 87a Abs. 3 Satz 1 SGB V sowie die nicht mit befreiender Wirkung entrichtete morbiditätsbedingte Gesamtvergütung gemäß § 87a Abs. 3b Satz 2 SGB V und § 87a Abs. 3c Satz 2 SGB V, die unter Berücksichtigung von Teil B der Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung getrennt wird.

5. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat gemäß § 87b Abs. 4 Satz 2 SGB V Vorgaben für die Honorarverteilungsmaßstäbe im Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband zu bestimmen.

6. Sofern die Kassenärztliche Vereinigung keinen Honorarverteilungsmaßstab festgelegt hat, der

   - den gesetzlichen Vorgaben in § 87b Abs. 2 Satz 1 SGB V,
   - den Vorgaben Teil A, Nr. 2. bis 5., und
   - den Vorgaben in Teil B bis G, einschließlich Anlagen entspricht,

   werden die im folgenden gelisteten Regelungen aus Abschnitt I. des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 218. Sitzung am 26. März 2010 zu Teil F zur Berechnung und zur Anpassung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen nach § 87b Abs. 2 und 3 SGB V (GKV-WSG), geändert durch Beschlüsse in der 239., 242., 245., 248. und 256. Sitzung des Bewertungsausschusses analog durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung festgelegt:

   Regelung nach den Nrn. 1.1, 1.2, 1.3.1 unter Berücksichtigung der sich ggf. aus der Umsetzung der Vorgaben gemäß Teil D ergebenden Aufschläge für die kooperative Behandlung von Patienten in dafür gebildeten Versorgungsformen, 1.3.2, 1.4, 2.1, 2.2, 2.3, 2., 2.5., 2.6, 3 (3.1.1 bis 3.9), einschließlich der Anlagen 1 bis 3 und 5 bis 8.

7. Bei der Vergütung der Gebührenordnungspositionen, die dem Grundbetrag „Labor“ unterliegen, ist eine

[1] Soweit diese Änderungen von einer Kassenärztlichen Vereinigung nicht mehr bei der Honorarverteilung für das 2. Quartal 2018 berücksichtigt werden können, sind die Vorgaben spätestens mit Wirkung zum 1. Juli 2018 umzusetzen.

Mindestquote in Höhe von 85 % anzuwenden.

Sofern die Honorarverteilung einer Kassenärztlichen Vereinigung für die Gebührenordnungspositionen des Grundbetrags „Labor“ individuelle Steuerungsmaßnahmen vorsieht, ist diese Quote im Rahmen der quartalsweisen Bestimmung der arzt- und praxisindividuellen Budgetierung auf den historischen nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung anerkannten Leistungsbedarf anzuwenden. Bis zum Erreichen der zugeteilten Höhe werden erbrachte Leistungen nicht abgestaffelt vergütet. Für über die zugeteilte Höhe hinaus erbrachte Leistungen ist eine Vergütung mit einer Mindestquote von 25 % vorzunehmen.

8. Möglichkeit der Steuerung von speziellen Laboratoriumsuntersuchungen von Nicht-Laborärzten

Für Vertragsärzte, die zur Abrechnung von Laboratoriumsuntersuchungen berechtigt sind und nicht Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin, ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin sind (kurz: „Nicht-Laborärzte“) sowie aufgrund der Arztgruppenzugehörigkeit von nachfolgenden Regelungen erfasst werden, kann die Kassenärztliche Vereinigung die Kostenerstattungen für spezielle Laboratoriumsuntersuchungen des Abschnitts 32.3 EBM sowie mit diesen im Zusammenhang stehende Kostenpauschalen nach den GOPen 40089 bis 40095 EBM Mengenbegrenzungsmaßnahmen wie beispielweise einer fallwertbezogenen Budgetierung unterziehen. Die in den Budgets enthaltenen Kostenerstattungen sind bei einer fallwertbezogenen Budgetierung je Arztpraxis und Abrechnungsquartal nur bis zu einem begrenzten Gesamthonorarvolumen zu vergüten.

Die Höhe der Budgets ergibt sich in diesem Fall aus dem Produkt des für die Arztgruppe vorgegebenen Referenz-Fallwertes ggf. multipliziert mit einer Quote und der Zahl der Behandlungsfälle gemäß § 21 Abs. 1 BMV-Ärzte des Abrechnungsquartals der Arztpraxis.

Die Kassenärztliche Vereinigung kann für jede der unten genannten Arztgruppen einen KV-spezifischen Referenzfallwert festsetzen, maximal jedoch in Höhe des für die jeweilige Arztgruppe genannten unquotierten Wertes.

Unquotierte Referenz-Fallwerte für die Ermittlung des Budgets

Arztgruppe	Referenz-Fallwert in Euro
Rheumatologen, Endokrinologen	40
Nuklearmediziner, Hämatologen	21
Dermatologen, Gynäkologen, Pneumologen, Urologen	4

Der Referenz-Fallwert einer (Teil-)Berufsausübungsgemeinschaft, eines Medizinischen Versorgungszentrums und einer Praxis mit angestellten Ärzten wird als Summe der Produkte des relativen Anteils der Fälle eines Arztes in der Arztpraxis der arztgruppenbezogenen Referenz-Fallwerte der beteiligten Ärzte errechnet. Beteiligte Ärzte, die nicht zur Abrechnung von speziellen Laboratoriumsuntersuchungen des Abschnitts 32.3 EBM berechtigt sind oder der Fallwertsteuerung nicht unterliegen, werden mit einem Referenz-Fallwert von 0 Euro berücksichtigt.

Die Kassenärztliche Vereinigung kann darüber hinaus Praxen mit Ärzten aus nicht in der Übersicht aufgeführten Arztgruppen einer Referenz-Fallwertgruppe gemäß der Übersicht zuordnen und eine entsprechende Budgetierung durchführen.

Die Kassenärztliche Vereinigung kann das Budget erweitern, aussetzen oder bedarfsgerecht anpassen.

TEIL B

IM EINVERNEHMEN MIT DEM GKV-SPITZENVERBAND

Vorgabe zur Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung

(.....)

geändert am 10. Dezember 2024 mit Wirkung zum 1. Quartal 2025
geändert am 9. September 2025 mit Wirkung zum 4. Quartal 2025
geändert am 18. August 2026 mit Wirkung zum 4. Quartal 2026

Präambel

Zur Berücksichtigung von Beschlüssen des Bewertungsausschusses oder gesetzlichen Änderungen, die keine grundsätzliche Änderung der in Teil B dargestellten Systematik des Verfahrens zur Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung zur Folge haben, werden die notwendigen Regelungen in Form von Anlagen zu Teil B gegeben.

1. Definition von Kategorien der Trennungsbeträge je Versicherten und Vorwegabzüge

Diese Vorgabe zur Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung sieht die Bildung verschiedener **Grundbeträge je Versicherten** sowie **bedarfsabhängige Vorwegabzüge** und die Art deren Bestimmung – sofern die entsprechenden Leistungen gemäß den regionalen Gesamtverträgen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu vergüten sind – verpflichtend vor:

1.1 **Vorwegabzüge** sind für gesetzliche und vertragliche Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigung **bedarfsabhängig** aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu bildende Vergütungsvolumina, die insbesondere auch zur Sicherstellung der Versorgung und Erfüllung gesetzlicher Aufgaben nach der Festlegung der haus- und fachärztlichen Grundbeträge innerhalb des haus- und fachärztlichen Versorgungsbereichs gebildet werden können, sofern nicht Rückstellungen im Grundbetrag „Labor“ oder Grundbetrag „ Bereitschaftsdienst und Notfall“ zu bilden sind.

Folgende Vorwegabzüge sind im hausärztlichen Grundbetrag verpflichtend zu bilden:

- Vorwegabzug für die Leistungen des allgemeinen hausärztlichen Versorgungsbereichs bestehend aus dem Kapitel 3 EBM sowie den hausärztlich durchgeführten Hausbesuchen nach den GOPen 01410 bis 01413 sowie 01415 EBM (ohne die mit den Buchstaben L, E, R, S, U und W modifizierten GOPen) gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 85. Sitzung am 20. Mai 2025 (Vorwegabzug „Hausarzt-MGV“),
- Vorwegabzug für die kinder- und jugendmedizinischen Leistungen des Kapitels 4 EBM mit Ausnahme der Versichertenpauschalen 04004 und 04005 EBM einschließlich Gebührenordnungspositionen mit Suffix gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 804. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) (Vorwegabzug „Kinderarzt-MGV“) sowie
- Vorwegabzug für die Zuschläge zur Förderung der kinder- und jugendärztlichen Versorgung gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 804. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) (Vorwegabzug „Förderung Kinder- und Jugendärzte“).

1.2 **Grundbeträge** sind **je Versicherten** zu bildende Beträge, die für

- veranlasste laboratoriumsmedizinische Untersuchungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM sowie mit diesen im Zusammenhang stehende Kostenpauschalen nach den GOPen 40089 bis 40095 EBM (Anforderungen über Muster 10) und den Labor-Wirtschaftlichkeitsbonus (GOP 32001 EBM) (Grundbetrag „Labor“),
- alle Aufwendungen betreffend Bereitschaftsdienst und Notfall inkl. der dabei erbrachten und vom Grundbetrag „Labor“ umfassten laboratoriumsmedizinischen Leistungen des Kapitels 32 EBM sowie mit diesen im Zusammenhang stehende Kostenpauschalen nach den GOPen 40089 bis 40095 EBM, die im organisierten Notfalldienst erbracht bzw. abgerechnet wurden (Grundbetrag „Bereitschaftsdienst und Notfall“[1]), ohne die Leistungen der Vorwegabzüge „Hausarzt-MGV“ und „Kinderarzt-MGV“. -MGV“),

[1] Aus dem Grundbetrag „Bereitschaftsdienst und Notfall“ werden die der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung unterliegenden Leistungen auf Abrechnungsscheinen mit Scheinuntergruppen 41, 44, 45 oder 46 sowie bei Nicht-Vertragsärzten die der morbiditätsbedingten

- den hausärztlichen Versorgungsbereich- (hausärztlicher Grundbetrag) und
- den fachärztlichen Versorgungsbereich (fachärztlicher Grundbetrag) ohne die Leistungen der Vorwegabzüge „Hausarzt-MGV“ und „Kinderarzt-MGV“

verpflichtend bestimmt werden. Zum Zeitpunkt der erstmaligen Festsetzung ist die Höhe dieser Grundbeträge abschließend bestimmt.

1.3 **Versorgungsbereichsspezifische Grundbeträge** sind **je Versicherten verpflichtend** im fachärztlichen Versorgungsbereich zu bestimmende Beträge, die

- für den Leistungsbereich der Humangenetik (Grundbetrag „humangenetisches Labor“ für die Vergütung der Leistungen des Abschnitts 11.4 EBM),
- für den Leistungsbereich der Tumorgenetik (Grundbetrag „tumorgenetisches Labor“ für die Vergütung der Leistungen des Abschnitts 19.4 EBM) und
- für die Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung (Grundbetrag „PFG“) zu bilden sind.

Die Bereitstellung der Finanzmittel für die versorgungsbereichsspezifischen Grundbeträge erfolgt aus fachärztlichen Finanzmitteln.

Zum Zeitpunkt der erstmaligen Festsetzung ist die Höhe dieser versorgungsbereichsspezifischen Grundbeträge abschließend bestimmt.

Damit sind die zu bildenden Vergütungsbereiche abschließend beschrieben.

2. Regelverfahren zur Ermittlung der Ausgangswerte für Grundbeträge

Die gemäß diesen KBV-Vorgaben, Teil B nach den Ziffern 2. bis 5. bestimmten Grundbeträge im jeweiligen Vorjahresquartal unter Berücksichtigung der Anlagen zu Teil B bilden die Ausgangswerte für die Anpassung der Grundbeträge. Dabei sind Beträge aus dem Vorjahresquartal, die gemäß der Ziffer 7 nicht basiswirksam sind, entsprechend nicht zu berücksichtigen. Auf der Basis dieser Ausgangswerte werden in jedem aktuellen Abrechnungsquartal die entsprechenden Grundbeträge gemäß den Verfahren gemäß 3. bis 5. festgelegt.

3. Fortschreibung der Grundbeträge

Nach der Ermittlung der Ausgangswerte für die Grundbeträge für das aktuelle Abrechnungsquartal gemäß 2. erfolgt die Fortschreibung aller Grundbeträge nach folgendem Verfahren.

3.1 Die Ausgangswerte für die Grundbeträge des aktuellen Abrechnungsquartals werden unter Verwendung der vereinbarten Veränderungsrate gemäß § 87a Abs. 4 Satz 3 SGB V und einer gegebenenfalls zusätzlich erfolgten Steigerung gemäß § 87a Abs. 4 Satz 4 SGB V gesteigert.

Gegebenenfalls zusätzlich erfolgte Steigerungen gemäß § 87a Abs. 4 Satz 4 SGB V werden nicht auf den Grundbetrag „Labor“ und die versorgungsbereichsspezifischen Grundbeträge „humangenetisches Labor“, „tumorgenetisches Labor“ und „PFG“ angewendet. Die Zuführung der aus diesen Steigerungen resultierenden Beträge zum hausärztlichen bzw. fachärztlichen Grundbetrag erfolgt gemäß Nr. 3.3. Abweichende gesamtvertragliche Regelungen sind zu beachten.

Des Weiteren sind die Ausgangswerte für die Grundbeträge um den jährlichen prozentualen Ausgleichsbetrag zur Behebung des Kassenwechslereffekts auf Grundlage der Berechnungen gemäß Teil B des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 451. Sitzung am 17. September 2019 anzupassen.

Eine Anpassung des regionalen Punktwerts gemäß § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V ist entsprechend den Regelungen in den regionalen Gesamt- bzw. Vergütungsverträgen zu berücksichtigen.

3.2 Zusätzliche spezifische Veränderungen der Grundbeträge des aktuellen Abrechnungsquartals ergeben sich aufgrund der entsprechend für den jeweiligen Grundbetrag vereinbarten Anpassungen gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 bis 5 SGB V.

Eine Anpassung des regionalen Punktwerts gemäß § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V ist entsprechend den Regelungen in den regionalen Gesamt- bzw. Vergütungsverträgen zu berücksichtigen.

3.3 Der Betrag aus der Multiplikation gegebenenfalls zusätzlich erfolgter Steigerungen gemäß § 87a Abs. 4 Satz 4 SGB V mit dem Grundbetrag „Labor“ wird nach dem jeweiligen Anteil, der entsprechend

Gesamtvergütung unterliegenden Leistungen auf Abrechnungsscheinen mit Scheinuntergruppe 43 vergütet. Bei regional abweichenden Vergütungsmodellen des Bereitschaftsdienstes werden die entsprechenden Aufwendungen ebenfalls aus dem Grundbetrag „Bereitschaftsdienst und Notfall“ vergütet.

dem angewandten Trennungsfaktor gemäß der bis zum 30. September 2013 gültigen KBV-Vorgaben, Teil B, Schritt 15.) auf den hausärztlichen bzw. fachärztlichen Versorgungsbereich entfällt, dem hausärztlichen und dem fachärztlichen Grundbetrag zugeführt.

Der Betrag aus der Multiplikation gegebenenfalls zusätzlich erfolgter Steigerung gemäß § 87a Abs. 4 Satz 4 SGB V mit dem Grundbetrag „humangenetisches Labor“ wird dem fachärztlichen Grundbetrag zugeführt.

Der Betrag aus der Multiplikation gegebenenfalls zusätzlich erfolgter Steigerung gemäß § 87a Abs. 4 Satz 4 SGB V mit dem Grundbetrag „tumorgenetisches Labor“ wird dem fachärztlichen Grundbetrag zugeführt.

Der Betrag aus der Multiplikation gegebenenfalls zusätzlich erfolgter Steigerung gemäß § 87a Abs. 4 Satz 4 SGB V mit dem Grundbetrag „PFG“ wird dem fachärztlichen Grundbetrag zugeführt.

Eine Anpassung des regionalen Punktwerts gemäß § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V ist jeweils entsprechend den Regelungen in den regionalen Gesamt- bzw. Vergütungsverträgen zu berücksichtigen.

3.4 Aus der Multiplikation der Grundbeträge mit der Anzahl der Versicherten, die im aktuellen Abrechnungsquartal bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs verwendet werden, entstehen die jeweiligen Vergütungsvolumina der Grundbeträge.

3.5 In den Vergütungsvolumina der jeweiligen Grundbeträge sind im aktuellen Abrechnungsquartal die notwendigen Bereinigungen, die durch das SGB V vorgesehen sind, sowie Änderungen in der Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und Anpassungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung wegen Anpassungen des EBM oder anderer Vorgaben des Bewertungsausschusses zu berücksichtigen. Die Umsetzung erfolgt anteilig aus dem bzw. in den jeweiligen betroffenen Vergütungsvolumen des jeweiligen Grundbetrags in der Höhe der gemäß dem gesamtvertraglich vereinbarten bzw. vom Bewertungsausschuss vorgegebenen Verfahren der Bereinigung bzw. Ein- oder Ausdeckelung bestimmten Beträge oder den Vorgaben und Empfehlungen des Bewertungsausschusses.

Bei der Bereinigung aufgrund ASV sind die gesetzlichen Vorgaben, dass die Bereinigung des Behandlungsbedarfs gemäß § 116b Abs. 6 Satz 14 SGB V nicht zulasten des hausärztlichen Vergütungsanteils und der fachärztlichen Grundversorgung gehen darf, umzusetzen.

Die Bereinigung der kinder- und jugendpsychiatrischen Leistungen darf gemäß § 87a Abs. 3 Satz 26 SGB V nicht zu Lasten anderer Arztgruppen gehen.

3.6 Die Kassenärztliche Vereinigung beobachtet, ob aufgrund des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 709. Sitzung eine Verlagerung von auf Muster 10A bezogene allgemeine Laboratoriumsuntersuchungen des Kapitels 32.2 EBM im Grundbetrag des jeweiligen Versorgungsbereichs durch veranlasste allgemeine Laboratoriumsuntersuchungen des Kapitels 32.2 EBM im Grundbetrag „Labor“ erfolgt. Wenn eine Verlagerung festgestellt wird, gibt die KBV ein Verfahren für die Anpassung der Grundbeträge vor.

3.7 Die Kassenärztliche Vereinigung beobachtet, ob aufgrund des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 709. Sitzung eine Verlagerung eigenerbrachte Laboratoriumsuntersuchungen des Abschnitts 32.3 EBM (nicht auf Muster 10) im Grundbetrag des jeweiligen Versorgungsbereichs durch veranlasste Laboratoriumsuntersuchungen des Abschnitts 32.3 EBM im Grundbetrag „Labor“ erfolgt. Wenn eine Verlagerung festgestellt wird, gibt die KBV ein Verfahren für die Anpassung der Grundbeträge vor.

4. Angleichung an die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung

Soweit die Summe der gemäß 3. gebildeten Vergütungsvolumina aller Grundbeträge, die die gemäß 6. ermittelten Vorwegabzüge beinhalten, nicht der Summe der vereinbarten bereinigten morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen des aktuellen Abrechnungsquartals entspricht, wird folgende Korrektur vorgenommen: Die Differenz zwischen der vereinbarten bereinigten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und der Summe der Vergütungsvolumina aller Grundbeträge wird ermittelt und entsprechend den Anteilen der gemäß 2. bestimmten Ausgangswerte eines jeden Grundbetrags dem jeweiligen Vergütungsvolumen des Grundbetrags zugeführt oder entnommen.

5. Berücksichtigung von Wechsel zwischen den Versorgungsbereichen

Beim Wechsel des Versorgungsbereichs durch einen Vertragsarzt sind die Vergütungsvolumina der haus- und fachärztlichen Grundbeträge mit Ausnahme der nachfolgenden Regelung nicht anzupassen:

5.1 Vertragsärzte, die gemäß § 73 SGB V dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören und aus Gründen der Sicherstellung nach dem 1. Juli 2010 eine Genehmigung erhalten haben, in den Vereinbarungen gemäß § 6 Abs. 2 des Vertrages über die hausärztliche Versorgung genannte Leistungen abzurechnen, erhalten die Vergütungen für den abgerechneten Leistungsbedarf dieser Leistungen aus dem Vergütungsvolumen des fachärztlichen Grundbetrags.

5.2 Für Vertragsärzte, die gemäß § 73 SGB V dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören, aus Gründen der Sicherstellung eine Genehmigung besitzen, nach dem 1. Januar 2003 in den Vereinbarungen gemäß § 6 Abs. 2 des Vertrages über die hausärztliche Versorgung genannte Leistungen abzurechnen, und den Versorgungsbereich wechseln, sind basiswirksam die Vergütungen für den abgerechneten Leistungsbedarf dieser Leistungen, soweit sie im Zeitraum vom 1. Januar 2009 bis zum 30. Juni 2010 infolge des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschuss in seiner 7. Sitzung vom 27. und 28. August 2008 aus dem versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumen des hausärztlichen Vergütungsbereichs gezahlt werden, quartalsweise auf der Basis des Vorjahresquartals im Vergütungsvolumen des hausärztlichen Grundbetrags zu bereinigen und dem Vergütungsvolumen des fachärztlichen Grundbetrags zuzuführen.

6. Ermittlung von Vorwegabzügen für gesetzliche und vertragliche Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigung

Die Bereitstellung der benötigten Vergütungsvolumina für Vorwegabzüge gemäß 1.1 erfolgt aus dem jeweiligen Vergütungsvolumen des betroffenen Grundbetrags.

7. Ausgleich von Unter- und Überschüssen in Bezug auf die Vergütungsvolumina der Grundbeträge „Labor“, „Bereitschaftsdienst und Notfall“, „humangenetisches Labor“, „tumorgenetisches Labor“ und „PFG“

Soweit in der Quartalsabrechnung Unter- und Überschüsse in Bezug auf die gemäß 2. bis 6. abschließend bestimmten Vergütungsvolumina der Grundbeträge „Labor“ und „Bereitschaftsdienst und Notfall“ sowie der versorgungsbereichsspezifischen Grundbeträge „humangenetisches Labor“, „tumorgenetisches Labor“ und „PFG“ festgestellt werden, werden diese wie nachfolgend dargestellt angepasst und die dafür notwendigen Finanzmittel wie folgt bereitgestellt:

7.1 Eine ggf. notwendige quartalsbezogene Finanzierung eines Unterschusses im Grundbetrag „Labor“ erfolgt nach dem jeweiligen Anteil des haus- bzw. fachärztlichen Versorgungsbereichs am Vergütungsvolumen des Grundbetrags „Labor“ des jeweiligen Abrechnungsquartals. Für die Bestimmung des Anteils sind Vergütungsvolumina definiert als Summe des Honorars für die Behandlung durch bereichseigene Ärzte abzüglich des Saldos aus den Forderungen für Leistungen dieses Bereichs bei bereichsfremden Versicherten durch bereichseigene Ärzte und den Verbindlichkeiten für Leistungen bei bereichseigenen Versicherten durch bereichsfremde Ärzte (FKZ-Saldo) des jeweiligen Versorgungsbereichs. Im Falle von Überschüssen erfolgt die Aufteilung auf die Vergütungsvolumina des haus- und fachärztlichen Grundbetrags nach dem gleichen Verfahren gemäß Satz 1. Diese ggf. erfolgenden Anpassungen bleiben im Ausgangswert des Grundbetrags „Labor“ sowie den Ausgangswerten der haus- und fachärztlichen Grundbeträge für das Folgejahr unberücksichtigt.

7.2 Eine ggf. notwendige quartalsbezogene Finanzierung eines Unterschusses im Vergütungsvolumen des Grundbetrags „Bereitschaftsdienst und Notfall“ erfolgt entsprechend der Anzahl der Vertragsärzte entsprechend in den jeweiligen Versorgungsbereichen im Abrechnungsquartal der Zählung gemäß der bis zum 30. September 2013 gültigen KBV-Vorgaben, Teil B, Schritt 11.). Im Falle von Überschüssen erfolgt die Aufteilung auf die Vergütungsvolumina des haus- und fachärztlichen Grundbetrags nach dem gleichen Verfahren gemäß Satz 1. Diese ggf. erfolgenden Anpassungen bleiben im Ausgangswert des Grundbetrags „Bereitschaftsdienst und Notfall“ sowie in den Ausgangswerten der haus- und fachärztlichen Grundbeträge für das Folgejahr unberücksichtigt.

7.3 a) Eine ggf. notwendige quartalsbezogene Finanzierung eines Unterschusses im Vergütungsvolumen des Grundbetrags „humangenetisches Labor“ erfolgt aus dem Vergütungsvolumen des fachärztlichen Grundbetrags. Im Falle von Überschüssen erfolgt die Zuführung dieses Überschusses zum Vergütungsvolumen des fachärztlichen Grundbetrags. Diese ggf. erfolgenden Anpassungen bleiben in den Ausgangswerten des Grundbetrags „humangenetisches Labor“ sowie des fachärztlichen Grundbetrags für das Folgejahr unberücksichtigt.

b) Eine ggf. notwendige quartalsbezogene Finanzierung eines Unterschusses im Vergütungsvolumen des Grundbetrags „tumorgenetisches Labor“ erfolgt aus dem Vergütungsvolumen des fachärztlichen Grundbetrags. Im Falle von Überschüssen erfolgt die Zuführung dieses Überschusses zum Vergütungsvolumen des fachärztlichen Grundbetrags. Diese ggf. erfolgenden Anpassungen bleiben in den Ausgangswerten des Grundbetrags „tumorgenetisches Labor“ sowie des fachärztlichen Grundbetrags für das Folgejahr unberücksichtigt.

7.4 Eine ggf. notwendige quartalsbezogene Finanzierung eines Unterschusses im Vergütungsvolumen des Grundbetrags „PFG“ erfolgt aus dem Vergütungsvolumen des fachärztlichen Grundbetrags. Im Falle von Überschüssen erfolgt die Zuführung dieses Überschusses zum Vergütungsvolumen des fachärztlichen Grundbetrags. Diese ggf. erfolgenden Anpassungen bleiben in den Ausgangswerten des Grundbetrags „PFG“ sowie des fachärztlichen Grundbetrags für das Folgejahr unberücksichtigt.

Darüber hinausgehende Anpassungen dürfen nicht durchgeführt werden.

Anmerkung:
Zum jetzigen Zeitpunkt sind keine wissenschaftlich evaluierten Indikatoren zur Berücksichtigung von Leistungsverlagerungen zwischen dem haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich bekannt. Sobald diese vorliegen, werden diese Vorgaben entsprechend angepasst.

ANLAGE

ZU DEN KBV-VORGABEN TEIL B

GÜLTIG FÜR DAS JAHR 2025

IM EINVERNEHMEN MIT DEM GKV-SPITZENVERBAND

Vorgabe zur Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung

beschlossen am 10. Dezember 2024 mit Wirkung zum 1. Quartal 2025
geändert am 9. September 2025 mit Wirkung zum 4. Quartal 2025

1. Für das 1. Quartal 2025 bis zum 3. Quartal 2025 gilt:

Anpassung des fachärztlichen Grundbetrags und des Grundbetrags „Labor“

Für das 1. Quartal 2025 bis zum 3. Quartal 2025 wird der Ausgangswert für die Fortschreibung des fachärztlichen Grundbetrags um folgenden Betrag basiswirksam vermindert und der Ausgangswert für die Fortschreibung des Grundbetrags „Labor“ in gleicher Höhe erhöht:

Der im Vorjahresquartal für die Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 40100 und 12230 EBM auf Muster 10 (Scheinuntergruppe 27) in Zusammenhang mit Leistungen des Kapitels 32 EBM angeforderte Leistungsbedarf gemäß regionaler Euro-Gebührenordnung für bereichseigene Versicherte wird ermittelt und mit dem Faktor 0,9 sowie mit der „rechnerischen Quote des fachärztlichen Grundbetrags“ multipliziert und durch die Anzahl der Versicherten im jeweiligen Vorjahresquartal dividiert. Die „rechnerische Quote des fachärztlichen Grundbetrags“ ergibt sich durch die Division des Vergütungsvolumens des fachärztlichen Grundbetrags (ohne Berücksichtigung von Unter- bzw. Überschüssen) durch den angeforderten Leistungsbedarf nach regionaler Euro-Gebührenordnung für die Behandlung bereichseigener Versicherter der dem fachärztlichen Grundbetrag unterliegenden Leistungen im Vorjahresquartal.

2. Für das 4. Quartal 2025 gilt:

Anpassung des fachärztlichen Grundbetrags und des Grundbetrags „Labor“

Für das 4. Quartal 2025 wird der Ausgangswert für die Fortschreibung des fachärztlichen Grundbetrags um folgenden Betrag basiswirksam vermindert und der Ausgangswert für die Fortschreibung des Grundbetrags „Labor“ in gleicher Höhe erhöht:

Der im Vorjahresquartal für die Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 40100 und 12230 EBM auf Muster 10 (Scheinuntergruppe 27) in Zusammenhang mit Leistungen des Kapitels 32 EBM angeforderte Leistungsbedarf gemäß regionaler Euro-Gebührenordnung für bereichseigene Versicherte wird ermittelt und mit dem Faktor 0,9 sowie mit der „rechnerischen Quote des fachärztlichen Grundbetrags“ multipliziert und durch die Anzahl der Versicherten im jeweiligen Vorjahresquartal dividiert. Die „rechnerische Quote des fachärztlichen Grundbetrags“ ergibt sich durch die Division des Vergütungsvolumens des fachärztlichen Grundbetrags (ohne Berücksichtigung von Unter- bzw. Überschüssen) durch den angeforderten Leistungsbedarf nach regionaler Euro-Gebührenordnung für die Behandlung bereichseigener Versicherter der dem fachärztlichen Grundbetrag unterliegenden Leistungen im Vorjahresquartal.

Anpassung des hausärztlichen Grundbetrags und des Grundbetrags „Kinder- und Jugendärzte“

Für das 4. Quartal 2025 wird der Ausgangswert für die Fortschreibung des hausärztlichen Grundbetrags um den Betrag des Grundbetrags „Kinder- und Jugendärzte“ erhöht. Der Grundbetrag „Kinder- und Jugendärzte“ entfällt.

Anpassung des hausärztlichen Grundbetrags und des Grundbetrags „Förderung Kinder- und Jugendärzte“

Für das 4. Quartal 2025 wird der Ausgangswert für die Fortschreibung des hausärztlichen Grundbetrags um den Betrag des Grundbetrags „Förderung Kinder- und Jugendärzte“ erhöht. Der Grundbetrag „Förderung Kinder- und Jugendärzte“ entfällt.

Anpassung des fachärztlichen Grundbetrags und des hausärztlichen Grundbetrags

Für das 4. Quartal 2025 wird der Ausgangswert für die Fortschreibung des fachärztlichen Grundbetrags um folgenden Betrag basiswirksam vermindert und der Ausgangswert für die Fortschreibung des hausärztlichen Grundbetrags in gleicher Höhe erhöht:

Der Betrag wird gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 85. Sitzung bezogen auf die im fachärztlichen Grundbetrag befindlichen Leistungen ermittelt und durch die Anzahl der Versicherten, die im aktuellen Abrechnungsquartal bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs verwendet werden, dividiert.

Anpassung des Grundbetrags „Bereitschaftsdienst und Notfall“ und des hausärztlichen Grundbetrags

Für das 4. Quartal 2025 wird der Ausgangswert für die Fortschreibung des Grundbetrags „Bereitschaftsdienst und Notfall“ um folgenden Betrag basiswirksam vermindert und der Ausgangswert für die Fortschreibung des hausärztlichen Grundbetrags in gleicher Höhe erhöht:

Der Betrag wird gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 85. Sitzung bezogen auf die im Grundbetrag „Bereitschaftsdienst und Notfall“ befindlichen Leistungen ermittelt und durch die Anzahl der Versicherten, die im aktuellen Abrechnungsquartal bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs verwendet werden, dividiert.

ANLAGE

ZU DEN KBV-VORGABEN TEIL B

GÜLTIG FÜR DAS JAHR 2026

IM EINVERNEHMEN MIT DEM GKV-SPITZENVERBAND

Vorgabe zur Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung
beschlossen am 9. September 2025 mit Wirkung zum 1. Quartal 2026
geändert am 18. August 2026 mit Wirkung zum 4. Quartal 2026

1. Für das 1. Quartal 2026 bis zum 3. Quartal 2026 gilt:

Anpassung des hausärztlichen Grundbetrags und des Grundbetrags „Kinder- und Jugendärzte“

Für das 1. Quartal 2026 bis zum 3. Quartal 2026 wird der Ausgangswert für die Fortschreibung des hausärztlichen Grundbetrags um den Betrag des Grundbetrags „Kinder- und Jugendärzte“ erhöht. Der Grundbetrag „Kinder- und Jugendärzte“ entfällt.

Anpassung des hausärztlichen Grundbetrags und des Grundbetrags „Förderung Kinder- und Jugendärzte“

Für das 1. Quartal 2026 bis zum 3. Quartal 2026 wird der Ausgangswert für die Fortschreibung des hausärztlichen Grundbetrags um den Betrag des Grundbetrags „Förderung Kinder- und Jugendärzte“ erhöht. Der Grundbetrag „Förderung Kinder- und Jugendärzte“ entfällt.

Anpassung des fachärztlichen Grundbetrags und des hausärztlichen Grundbetrags

Für das 1. Quartal 2026 bis zum 3. Quartal 2026 wird der Ausgangswert für die Fortschreibung des fachärztlichen Grundbetrags um folgenden Betrag basiswirksam vermindert und der Ausgangswert für die Fortschreibung des hausärztlichen Grundbetrags in gleicher Höhe erhöht:

Der Betrag wird gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 85. Sitzung bezogen auf die im fachärztlichen Grundbetrag befindlichen Leistungen ermittelt und durch die Anzahl der Versicherten, die im aktuellen Abrechnungsquartal bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs verwendet werden, dividiert.

Anpassung des Grundbetrags „Bereitschaftsdienst und Notfall“ und des hausärztlichen Grundbetrags

Für das 1. Quartal 2026 bis zum 3. Quartal 2026 wird der Ausgangswert für die Fortschreibung des Grundbetrags „Bereitschaftsdienst und Notfall“ um folgenden Betrag basiswirksam vermindert und der Ausgangswert für die Fortschreibung des hausärztlichen Grundbetrags in gleicher Höhe erhöht:

Der Betrag wird gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 85. Sitzung bezogen auf die im Grundbetrag „Bereitschaftsdienst und Notfall“ befindlichen Leistungen ermittelt und durch die Anzahl der Versicherten, die im aktuellen Abrechnungsquartal bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs verwendet werden, dividiert.

2. Für das 4. Quartal 2026 gilt:

Anpassung und Umbenennung des Grundbetrags „genetisches Labor“ in Grundbetrag „humangenetisches Labor“ sowie Bildung des Grundbetrags „tumorgenetisches Labor“

Für das 4. Quartal 2026 wird zum einen der Grundbetrag „genetisches Labor“ in Grundbetrag „humangenetisches Labor“ umbenannt. Zum anderen wird der Ausgangswert für die Fortschreibung des Grundbetrags „humangenetisches Labor“ um folgenden Betrag basiswirksam vermindert und der Ausgangswert für die Fortschreibung des Grundbetrags „tumorgenetisches Labor“ in gleicher Höhe erhöht:

Der im Vorjahresquartal für die Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 19.4 EBM angeforderte Leistungsbedarf gemäß regionaler Euro-Gebührenordnung für bereichseigene Versicherte wird mit der „rechnerischen Quote genetisches Labor“ multipliziert und durch die Anzahl der Versicherten im jeweiligen Vorjahresquartal dividiert. Die „rechnerische Quote genetisches Labor“ ergibt sich durch die Division des Vergütungsvolumens des Grundbetrags „genetisches Labor“ (ohne Berücksichtigung von Unter- bzw. Überschüssen) durch den angeforderten Leistungsbedarf nach regionaler Euro-Gebührenordnung für die Behandlung bereichseigener Versicherter der dem Grundbetrag „genetisches Labor“ unterliegenden Leistungen im Vorjahresquartal.

ANLAGE

ZU DEN KBV-VORGABEN TEIL B

GÜLTIG FÜR DAS JAHR 2027

IM EINVERNEHMEN MIT DEM GKV-SPITZENVERBAND

Vorgabe zur Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung

beschlossen am 18. August 2026 mit Wirkung zum 1. Quartal 2027

Für das 1. Quartal 2027 bis zum 3. Quartal 2027 gilt:

Anpassung und Umbenennung des Grundbetrags „genetisches Labor“ in Grundbetrag „humangenetisches Labor“ sowie Bildung des Grundbetrags „tumorgenetisches Labor“

Für das 1. Quartal 2027 bis zum 3. Quartal 2027 wird zum einen der Grundbetrag „genetisches Labor“ in Grundbetrag „humangenetisches Labor“ umbenannt. Zum anderen wird der Ausgangswert für die Fortschreibung des Grundbetrags „humangenetisches Labor“ um folgenden Betrag basiswirksam vermindert und der Ausgangswert für die Fortschreibung des Grundbetrags „tumorgenetisches Labor“ in gleicher Höhe erhöht:

Der im Vorjahresquartal für die Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 19.4 EBM angeforderte Leistungsbedarf gemäß regionaler Euro-Gebührenordnung für bereichseigene Versicherte wird mit der „rechnerischen Quote genetisches Labor“ multipliziert und durch die Anzahl der Versicherten im jeweiligen Vorjahresquartal dividiert. Die „rechnerische Quote genetisches Labor“ ergibt sich durch die Division des Vergütungsvolumens des Grundbetrags „genetisches Labor“ (ohne Berücksichtigung von Unter- bzw. Überschüssen) durch den angeforderten Leistungsbedarf nach regionaler Euro-Gebührenordnung für die Behandlung bereichseigener Versicherter der dem Grundbetrag „genetisches Labor“ unterliegenden Leistungen im Vorjahresquartal.

TEIL C

IM BENEHMEN MIT DEM GKV-SPITZENVERBAND

Vorgaben zur angemessenen Vergütung psychotherapeutischer Leistungen

Die mit Beschluss des Bewertungsausschusses empfohlene Vergütung der Leistungen der antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapie sowie der probatorischen Sitzungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung setzt die angemessene Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen gemäß § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V um. Soweit die hierfür notwendige gesamtvertragliche Vereinbarung nicht vorliegt, erfolgt die Vergütung und Steuerung der psychotherapeutischen Leistungen nach Maßgabe der Kassenärztlichen Vereinigung.

TEIL D

IM BENEHMEN MIT DEM GKV-SPITZENVERBAND

Vorgaben zur Berücksichtigung kooperativer Behandlung von Patienten in dafür gebildeten Versorgungsformen

1. Die Kassenärztliche Vereinigung prüft, ob Tatbestände für eine angemessene Berücksichtigung der kooperativen Behandlung von Patienten in dafür vorgesehenen Versorgungsformen bei der Honorarverteilung vorliegen.
2. Liegen Tatbestände für eine Berücksichtigung vor, kann zur Förderung der gemeinsamen vertragsärztlichen Versorgung in dafür vorgesehenen Versorgungsformen das zu erwartende praxisbezogene Honorar
   a. bei nicht standortübergreifenden fach- und schwerpunktgleichen Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten der gleichen Arztgruppe um 10 Prozent erhöht werden,
   b. bei standortübergreifenden fach- und schwerpunktgleichen Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten der gleichen Arztgruppe um 10 Prozent erhöht werden, soweit ein Kooperationsgrad von mindestens 10 % erreicht wird und
   c. in fach- und schwerpunktübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten, in denen mehrere Ärzte unterschiedlicher Arztgruppen tätig sind, unter Berücksichtigung des Kooperationsgrades der Einrichtung oder Praxis um die in nachstehender Tabelle in Prozent ausgewiesenen Anpassungsfaktoren erhöht werden.

TABELLE: ANPASSUNGSFAKTOREN IN PROZENT

Kooperationsgrad in Prozent	Anpassungsfaktor in Prozent
0 bis unter 10	0
10 bis unter 15	10
15 bis unter 20	15
20 bis unter 25	20
25 bis unter 30	25
30 bis unter 35	30
35 bis unter 40	35
40 und größer	40

   d. Dabei ist der Kooperationsgrad wie folgt definiert: Kooperationsgrad (KG) je Abrechnungsquartal in Prozent = (relevante Arztfallzahl der Arztpraxis im Vorjahresquartal / Zahl der relevanten Behandlungsfälle im Vorjahresquartal) – 1) * 100.
   e. Die Kassenärztliche Vereinigung kann ergänzende Regelungen zur Erleichterung der Ermittlung des Kooperationsgrades, zum Beispiel durch Kennzeichnung der Arztfälle, festlegen.
   f. Die Kassenärztliche Vereinigung kann für förderungswürdige fach- und schwerpunktübergreifende Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinische Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten gemäß c. mit weit überwiegend fach- bzw. schwerpunktungleicher ärztlicher Besetzung einen Anpassungsfaktor in Höhe von 10 % für deren fach- bzw. schwerpunktgleiche Tätigkeit festlegen, auch wenn der Kooperationsgrad den Wert von 10 % unterschreitet.
3. Von den in dem Vorschlag gemäß 2. zur Förderung der gemeinsamen vertragsärztlichen Versorgung in dafür vorgesehenen Versorgungsformen angegebenen Werten kann nach Maßgabe der Kassenärztlichen Vereinigung abgewichen werden.
4. Die Regelung in 2. ist auch nur in einzelnen Punkten anwendbar.
5. Von den vorgeschlagenen Zuschlägen gemäß 2. kann die Kassenärztliche Vereinigung abweichende Regelungen festlegen, um der kooperativen Behandlung von Patienten in dafür vorgesehenen Versorgungsformen angemessen Rechnung zu tragen.

TEIL E

IM BENEHMEN MIT DEM GKV-SPITZENVERBAND

(UNBESETZT)

TEIL F

IM BENEHMEN MIT DEM GKV-SPITZENVERBAND

Vorgaben zu den Grundsätzen der Bereinigung des zu erwartenden Honorars gemäß § 87b Abs. 4 Satz 2 SGB V

beschlossen am 12. April 2016 mit Wirkung zum 1. April 2016
geändert am 15. Mai 2019 mit Wirkung zum 11. Mai 2019
geändert am 29. November 2022 mit Wirkung zum 1. Quartal 2023
geändert am 13. Juli 2023 mit Wirkung zum 2. Quartal 2023
geändert am 18. August 2026 mit Wirkung zum 4. Quartal 2026

Gemäß § 64 Abs. 3 Satz 1, § 73b Abs. 7, § 115f Abs. 3 Satz 7, § 116b Abs. 6 Satz 13 und § 140a Abs. 6 SGB V haben die Partner der Gesamtverträge nach § 83 Abs. 1 SGB V den Behandlungsbedarf nach § 87a Abs. 3 Satz 2 SGB V entsprechend der Zahl und der Morbiditätsstruktur der teilnehmenden Versicherten sowie dem vereinbarten Versorgungsauftrag zu bereinigen.
Ebenso ist gemäß § 87a Abs. 3 Satz 8 und Satz 15 ff. SGB V basiswirksam zu bereinigen (Entbudgetierung).

Erfolgt eine Bereinigung nach diesen Vorschriften haben die Kassenärztlichen Vereinigungen in der Honorarverteilung nach § 87b Abs. 2 Satz 1 SGB V in Verbindung mit § 87b Abs. 4 Satz 2 SGB V folgende Grundsätze einzuhalten:

1. Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben das Verfahren zur Bereinigung der (zu erwartenden) Honorare innerhalb der Honorarverteilungsmaßstäbe (im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen) zu regeln.
2. Bei der Bereinigung des (zu erwartenden) Honorars ist sicherzustellen, dass für die gleichen Quartale und in der Höhe der Summe der Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung bereinigt wird.
3. Die Bereinigung des (zu erwartenden) Honorars erfolgt ausschließlich für den bereinigungsrelevanten selektivvertraglichen Versorgungsumfang (insbesondere Ziffernkranz des Selektivvertrages).
4. Für die Ermittlung der Höhe der Bereinigung des zu erwartenden Honorars sind ausschließlich die kollektivvertraglichen Honorarregelungen nach §§ 83, 85 und 87a SGB V zur morbiditätsbedingten Gesamtvergütung der Partner der Gesamtverträge heranzuziehen.
5. Auswirkungen der Selektivverträge auf die Höhe der Rückstellungen sowie der Vergütungsvolumina der (versorgungsbereichsspezifischen) Grundbeträge werden entsprechend der jeweiligen Anteile berücksichtigt.
6. Mehrfachbereinigungen bei einem Versicherten bei Abschluss von mehreren Selektivverträgen durch eine Krankenkasse werden vermieden.
7. Zur Bereinigung des (zu erwartenden) Honorars hat die KBV geeignete und neutrale Verfahren gemäß § 87b Abs. 4 SGB V in der Fassung des GKV-VSG vorzugeben. Ein geeignetes und neutrales Verfahren ist gegeben, wenn die Kassenärztlichen Vereinigungen bei der arztbezogenen Bereinigung des (zu erwartenden) Honorars und der bereinigten Fallwerte die individuelle Fallzahl bzw. deren Veränderung bei jedem Arzt berücksichtigt, sofern die Bereinigung nicht auf Arztgruppenebene umgesetzt wird; die Umsetzung erfolgt je nach Ausgestaltung der Honorarverteilung:
    1. Bei Verwendung der Fallzahlen des aktuellen Quartals im Rahmen der Honorarverteilung (beispielweise Regelleistungsvolumen oder Qualitätsgebundene Zusatzvolumen) ist ein gemäß der gesetzlichen Vorgaben geeignetes und neutrales Verfahren der Honorarbereinigung auf Arztebene sichergestellt.
    2. Sofern Kassenärztliche Vereinigungen auf Vorjahresfallzahlen basierende Honorarverteilungsinstrumente verwenden, darf bei Ärzten keine individuelle Kürzung der Fallzahl für bislang von ihm nicht betreute Patienten vorgenommen werden.
    3. Wenn andere Arten der Mengensteuerung verwendet werden, ist ein Bereinigungsverfahren entsprechend dem Grundsatz nach Satz 2 anzuwenden.

Eine Kassenärztliche Vereinigung kann zudem bei Vorliegen valider Daten z. B. eine anteilige Berücksichtigung von Selektivvertragsbehandlungen bei einem Selektivvertragsversicherten vornehmen und damit die Behandlung auf Kollektiv- und Selektivvertrag aufteilen. Die Kassenärztliche Vereinigung kann über die dargestellten arztbezogenen Bereinigungsverfahren hinaus weitere Methoden verwenden, die in ihren Auswirkungen dem Grundsatz nach Satz 2 entsprechen.

8. Bei Ärzten und Psychotherapeuten, die einer Kapazitätsgrenze unterliegen wird abweichend von den vorherigen Regelungen wie folgt bereinigt.
    1. Zunächst werden die für eine betroffene Arztgruppe zur Verfügung stehenden Finanzmittel entsprechend der Höhe der auf die psychotherapeutischen Leistungen entfallenden Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung reduziert.
    2. Die quartalsbezogene Bereinigung innerhalb des Quartals und auch quartalsversetzt für in einen Selektivvertrag eingeschriebene Versicherte erfolgt bei den Vertragsärzten und Vertragspsychotherapeuten, durch die sie zuvor behandelt wurden.
    3. Die Kassenärztliche Vereinigung kann darüber hinaus eine Bereinigung der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze vornehmen.
9. Die Bereinigung aufgrund der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) ist auf Arztebene so umzusetzen, dass die Bereinigung des Behandlungsbedarfs gemäß § 116b Abs. 6 Satz 14 SGB V nicht zu Lasten des hausärztlichen Vergütungsanteils (dies gilt nicht für die Bereinigung des Honorars von an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten, die Leistungen im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung gemäß der jeweiligen Anlagen zur ASV-RL erbringen; sofern keine oder nur eine geringe Anzahl von Vertragsärzten an ASV-Teams teilnehmen, kann zur Sicherstellung der Honorarverteilungsgerechtigkeit das Bereinigungsvolumen auf alle Ärzte der zur Teilnahme an der ASV berechtigten Arztgruppe aufgeteilt werden) und der fachärztlichen Grundversorgung geht.
10. Die Bereinigung aufgrund der Entbudgetierung gemäß § 87a Abs. 3 Satz 8 SGB V ist auf Arztebene so umzusetzen, dass von der Bereinigung ausschließlich diejenigen Ärzte betroffen sind, die die extrabudgetär gestellten Leistungen durchführen und abrechnen.
11. Die Kassenärztlichen Vereinigungen können die Finanzierung ihrer gesetzlichen Aufgaben entsprechend berücksichtigen.

TEIL G

IM BENEHMEN MIT DEM GKV-SPITZENVERBAND

Vorgaben zu gesonderten Vergütungsregelungen für Praxisnetze gemäß § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V

beschlossen am 12. April 2016 mit Wirkung zum 1. April 2016
geändert am 9. September 2025 mit Wirkung zum 4. Quartal 2025

Die Kassenärztlichen Vereinigungen müssen gemäß § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V für anerkannte Praxisnetze gesonderte Vergütungsregelungen vorsehen. Gemäß § 87b Abs. 4 Satz 2 SGB V hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung Vorgaben zu den Regelungen in § 87b Abs. 2 Satz 1 bis 4 SGB V zu bestimmen. Dazu gibt die Kassenärztliche Bundesvereinigung folgende Regelungen vor:

Für die Ausgestaltung gesonderter Vergütungsregelungen beachten die Kassenärztlichen Vereinigungen die regional vorhandenen Strukturen und legen entsprechende Regelungen fest. Dabei können die Vergütungsregelungen unter anderem

1. eine finanzielle Unterstützung von Qualitätszirkelarbeit der teilnehmenden Ärzte eines anerkannten Praxisnetzes,
2. Einmalzahlungen im Sinne einer Anschubfinanzierung,
3. Zahlungen im Sinne einer Projektfinanzierung,
4. Anpassungen im Rahmen der Mengenbegrenzung der Ärzte im anerkannten Praxisnetz,
5. ein Zuschlag oder Punktwertzuschlag für alle oder einzelne von Netzärzten abgerechnete Leistungen,
6. Zahlungen zur Strukturförderung an anerkannte Praxisnetze oder
7. eigene Honorarvolumen zur Vergütung anerkannter Praxisnetze

umfassen.

Die Anerkennungsstufen der Praxisnetze (gemäß Richtlinien der KVen für die Anerkennung von Praxisnetzen nach § 87b Abs. 4 SGB V) können bei der Vergütung berücksichtigt werden.

Zur Vergütung von anerkannten Praxisnetzen können beispielsweise im Rahmen von Fördermaßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 105 SGB V auch Finanzmittel aus dem Strukturfonds zusätzlich eingesetzt werden.

Die Kassenärztliche Vereinigung kann von den vorgeschlagenen Vergütungsregelungen abweichende Regelungen treffen.

Anlage 5

Berechnung des arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumens gem. § 5 Absatz 4

Berechnung des arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumens (VV_{AG})

$$VV_{AG} = \frac{HV_{AG}}{HV_{VB}} \times VV_{VB}$$

HV_{VB}	Honorarvolumen auf der Basis des – bereinigten – zugewiesenen Honorarvolumens im jeweiligen Vorjahresquartal (unter Berücksichtigung von Änderungen in der Abgrenzung der MGV sowie Anpassungen der MGV wegen Änderungen des EBM) aller Arztgruppen gem. Anlage 1a, ohne Leistungen, für die ein Vorwegabzug gem. § 5 Abs. 2 - 3 gebildet wird.
HV_{AG}	Honorarvolumen auf der Basis des – bereinigten – zugewiesenen Honorarvolumens im jeweiligen Vorjahresquartal (unter Berücksichtigung von Änderungen in der Abgrenzung der MGV sowie Anpassungen der MGV wegen Änderungen des EBM) in der Arztgruppe gem. Anlage 1a, ohne Leistungen, für die ein Vorwegabzug gem. § 5 Abs. 2 - 3 HVM gebildet wird.
AG	Arztgruppe gem. Anlage 1a
VV_{VB}	Haus- und fachärztliches Verteilungsvolumen gem. § 5 Abs. 3.

Es kann hinsichtlich der Verwendung der Anzahl der RLV-Fälle aus dem jeweiligen Vorjahresquartal bei der Berechnung des RLV je Arzt gem. Anlage 7 für Arztgruppen mit kleinen Besetzungszahlen ein Verfahren gewählt werden, um Veränderungen in der Arztzahl der Arztgruppe zum Vorjahr zu berücksichtigen. Das Nähere regelt die KVBW.

Der Vorstand ist berechtigt, im Einzelfall aus Sicherstellungsgründen und Gründen der Kalkulationssicherheit gem. § 87b Abs. 2 Satz 1 SGB V Anpassungen des Honorarvolumens einer Arztgruppe in der laufenden Abrechnung vorzunehmen, sofern die Maßnahme dazu dient, eine Mindestquote für eine angemessene und rechtssichere Honorierung festzulegen.

Anlage 6

Berechnung der arztgruppenspezifischen Vergütungsbereiche gem. § 5 Absatz 4

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

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

HV_{AG}^{RLV}	Ausbezahltes Honorarvolumen im jeweiligen Vorjahresquartal (unter Berücksichtigung von Änderungen in der Abgrenzung der MGV sowie Anpassungen der MGV wegen Änderungen des EBM) einer Arztgruppe für diejenigen Leistungen, die innerhalb der Regelleistungsvolumen vergütet werden.
HV_{AG}	Ausbezahltes Honorarvolumen im jeweiligen Vorjahresquartal (unter Berücksichtigung von Änderungen in der Abgrenzung der MGV sowie Anpassungen der MGV wegen Änderungen des EBM) einer Arztgruppe, ohne Leistungen, für die ein Vorwegabzug gem. § 5 Abs. 2 - 4 HVM gebildet wird.
AG	Arztgruppen gem. Anlage 1b

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

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

VV_{AG}	Arztgruppenspezifisches Verteilungsvolumen gem. Anlage 5
RLV_{AG}	Arztgruppenspezifischer Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der Regelleistungsvolumen gem. 1.

Stellt die KVBW bei der Festsetzung der Regelleistungsvolumen fest, dass mit den praxisbezogenen Regelleistungsvolumen in einer Arztgruppe die arztgruppenspezifischen Versicherten- bzw. Grundpauschalen nicht in ausreichendem Umfang vergütet werden können, kann sie innerhalb der arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen geeignete Maßnahmen treffen, um dies sicherzustellen.

Anlage 7

Berechnung des Regelleistungsvolumens (RLV) je Arzt gem. § 9

1. Berechnung des arztgruppenspezifischen Fallwertes

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

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

FZ_{AG} Anzahl der RLV-Fälle gem. § 8 einer Arztgruppe im jeweiligen Vorjahresquartal.

2. Berechnung des arzt- und praxisbezogenen RLV im Sinne von § 87b Abs. 2 Satz 1 SGB V

$$RLV_{Arzt} = FW_{AG} \times FZ_{Arzt}$$

FW_{AG} Arztgruppenspezifischer Fallwert gem. 1.

FZ_{Arzt} Anzahl der RLV-Fälle gem. § 8 eines Arztes im jeweiligen Vorjahresquartal unter Berücksichtigung der Fallzahlsteuerung gem. § 14

Das ermittelte RLV je Arzt ist gegebenenfalls entsprechend den nach gem. § 15 festgestellten Praxisbesonderheiten anzupassen.

Das praxisbezogene RLV ergibt sich aus der Addition der RLV der Ärzte, die in der Arztpraxis tätig sind sowie der entsprechenden Zuschläge für kooperative Behandlung von Patienten.

3. Morbiditätsbezogene Differenzierung des RLV nach Altersklassen gem. § 9 Abs. 4

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

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

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

i = KV-bezogener, arztgruppenspezifischer Leistungsbedarf je RLV-Fall im jeweiligen Vorjahresquartal aus Leistungen, die innerhalb des Regelleistungsvolumens vergütet werden, für alle Versicherten

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

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

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

n = Zahl der RLV-Fälle eines Arztes im jeweiligen Vorjahresquartal

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

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

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

Anlage 8

I. Berechnung der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen gem. § 11 Abs. 2

Entsprechend Anlage 2a Abschnitt I. werden je Arztgruppe und je qualifikationsgebundenem Zusatzvolumen die Berechnungen je Arzt oder je Fall wie folgt durchgeführt.

1. Berechnung des Vergütungsbereichs je qualifikationsgebundenem Zusatzvolumen für jede Arztgruppe gem. Anlage 2a Abschnitt I.

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

QZV_{AG}	Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen in qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen einer Arztgruppe gem. Anlage 6, Ziffer 2
HV^{i}_{AG}	Honorarvolumen auf der Basis des ausbezahlten Honorars im jeweiligen Vorjahresquartal (unter Berücksichtigung von Änderungen in der Abgrenzung der MGV sowie Anpassungen der MGV wegen Änderungen des EBM) einer Arztgruppe derjenigen Leistungen, die innerhalb eines qualifikationsgebundenen Zusatzvolumens i vergütet werden.
HV^{QZV}_{AG}	Honorarvolumen auf der Basis des ausbezahlten Honorars im jeweiligen Vorjahresquartal (unter Berücksichtigung von Änderungen in der Abgrenzung der MGV sowie Anpassungen der MGV wegen Änderungen des EBM) derjenigen Leistungen, die innerhalb der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen einer Arztgruppe vergütet werden.
i	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen einer Arztgruppe gem. Anlage 2a Abschnitt I.
AG	Arztgruppe gem. Anlage 2a Abschnitt I.

2. Berechnung des Fallwertes für ein qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen

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

QZV^{i}_{AG}	Vergütungsbereich für ein qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen einer Arztgruppe gem. 1.
FZ^{i}_{AG}	Anzahl der RLV-Fälle im jeweiligen Vorjahresquartal gem. § 8 derjenigen Ärzte einer Arztgruppe, die Anspruch auf das qualifikationsgebundene Zusatzvolumen i haben

3. Berechnung des qualifikationsgebundenen Zusatzvolumens eines Arztes

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

FZ^{i}_{Arzt}	Anzahl der RLV-Fälle gem. § 8 eines Arztes im jeweiligen Vorjahresquartal, der Anspruch auf das arztgruppenspezifische qualifikationsgebundene Zusatzvolumen i hat, unter Berücksichtigung der Fallzahlsteuerung gem. § 10

II. Berechnung der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen in Form eines Honorarvolumens gem. § 11 Abs. 3

Entsprechend Anlage 2a Abschnitt II. werden je Arztgruppe und je qualifikationsgebundenem Zusatzvolumen die Berechnungen je Arzt wie folgt durchgeführt.

1. Berechnung des Vergütungsbereichs je QZV für jede Arztgruppe gem. Anlage 2a II.

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

QZV_{AG}	Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen in qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen einer Arztgruppe gem. Anlage 6, Ziffer 2
HV_{AG}^{i}	Honorarvolumen auf der Basis des ausbezahlten Honorars im jeweiligen Vorjahresquartal (unter Berücksichtigung von Änderungen in der Abgrenzung der MGV sowie Anpassungen der MGV wegen Änderungen des EBM) einer Arztgruppe derjenigen Leistungen, die innerhalb eines qualifikationsgebundenen Zusatzvolumens i vergütet werden
HV_{AG}^{QZV}	Honorarvolumen auf der Basis des ausbezahlten Honorars im jeweiligen Vorjahresquartal (unter Berücksichtigung von Änderungen in der Abgrenzung der MGV sowie Anpassungen der MGV wegen Änderungen des EBM) derjenigen Leistungen, die innerhalb der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen einer Arztgruppe vergütet werden
i	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen einer Arztgruppe gem. Anlage 2a Abschnitt II.
AG	Arztgruppe gem. Anlage 2a Abschnitt II.

2. Berechnung der durchschnittlichen Quote für die Arztgruppe gem. Anlage 2a II.

$$Q_{AG}^{i} = \frac{QZV_{AG}^{i}}{LB_{AG}^{i}}$$

QZV_{AG}^{i}	Vergütungsbereich für ein qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen einer Arztgruppe gem. 1.
LB_{AG}^{i}	Abgerechnete und anerkannte Honoraranforderung im jeweiligen Vorjahresquartal (unter Berücksichtigung von Änderungen in der Abgrenzung der MGV sowie Anpassungen der MGV wegen Änderungen des EBM) für die im qualifikationsgebundenen Honorarvolumen enthaltenen Leistungen

3. Berechnung des QZV in Form eines Honorarvolumens gem. § 11 Abs. 3

$$QZV_{Arzt}^{i} = LB_{Arzt}^{i} \times Q_{AG}^{i}$$

LB_{Arzt}^{i}	Abgerechnete und anerkannte Honoraranforderung im jeweiligen Vorjahresquartal (unter Berücksichtigung von Änderungen in der Abgrenzung der MGV sowie Anpassungen der MGV wegen Änderungen des EBM) für die im qualifikationsgebundenen Honorarvolumen enthaltenen Leistungen

Die Ermittlung des qualifikationsgebundenen Honorarvolumens je Arzt erfolgt bei Vertragsärzten ohne Honoraranforderung aus dem jeweiligen Vorjahresquartal für die in Anlage 2a Abschnitt II. aufgeführten QZV auf der Basis der abgerechneten und anerkannten Honoraranforderung im Abrechnungsquartal multipliziert mit der Quote Q.