KVB
Kassenärztliche
Vereinigung
Bayerns

Honorarverteilungsmaßstab
der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

Beschluss der Vertreterversammlung vom 20. November 2026
(Bekanntmachung durch Veröffentlichung im Internet unter der Internetadresse der KVB am 27. November 2026 und Bekanntmachungshinweis im Bayerischen Staatsanzeiger Nummer 48 vom 27. November 2026)

gültig ab 1. Januar 2027

Abschnitt A – Allgemeine Bestimmungen 4

1. Vorbemerkung ... 4
2. Geltungsbereich ... 4
3. Abrechnungsfähige Leistungen ... 4
4. Vergütung von Nachtragsfällen ... 5

Abschnitt B – Honorierung 6

1. Grundsätze ... 6
   - 1.1 Grundlagen der Honorierung ... 6
   - 1.2 Zusammenfassung der Gesamtvergütungen zur Honorarverteilung ... 6
   - 1.3 Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) ... 6
   - 1.4 Honorarverteilung außerhalb der MGV ... 6
   - 1.5 Maßnahmen bei Beschlüssen des Landesausschusses ... 6
2. Honorarverteilung innerhalb der MGV ... 6
   - 2.1 Hausärztlicher Versorgungsbereich ... 7
   - 2.2 Fachärztlicher Versorgungsbereich ... 7
3. Honorarverteilung in den Grundbeträgen „Bereitschaftsdienst und Notfall“ und „Labor“ ... 9
   - 3.1 Leistungen des ärztlichen Bereitschaftsdienstes und der Notfallbehandlungen durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser ... 9
   - 3.2 Veranlasste laboratoriumsmedizinische Untersuchungen (Anforderung über Muster 10 der Vordruckvereinbarung) und Wirtschaftlichkeitsbonus (GOP 32001 EBM) ... 10
4. Honorarverteilung im hausärztlichen Grundbetrag ... 11
   - 4.1 Vorwegabzug „Kinderarzt-MGV“ ... 11
   - 4.2 Vorwegabzug „Hausarzt-MGV“ ... 11
5. Honorarverteilung im hausärztlichen Grundbetrag nach Vorwegabzügen „Kinderarzt-MGV“ und „Hausarzt-MGV“ ... 13
   - 5.1 Laborgemeinschaften (Anforderung über Muster 10A der Vordruckvereinbarung) ... 13
   - 5.2 Honorarverteilung übrige Leistungen im hausärztlichen Versorgungsbereich ... 13
   - 5.3 Leistungszuschläge (Nummer 97010A bis 97010H) ... 13
6. Honorarverteilung im fachärztlichen Versorgungsbereich ... 14
   - 6.1 Grundbetrag „PFG“ ... 14
   - 6.2 Grundbetrag „humangenetisches Labor“ ... 15
   - 6.3 Grundbetrag „tumorgenetisches Labor“ ... 16
   - 6.4 Fachärztlicher Grundbetrag ... 16
   - 6.5 Fachgruppenfonds ... 20
7. Honorierung innerhalb der fachärztlichen Fachgruppenfonds ... 20
   - 7.1 Obergrenze (= Summe aus RLV und QZV) ... 20
   - 7.2 Bezugsgrößen – Definitionen – Bestimmungen zu Tätigkeitsvarianten ... 21
   - 7.3 Ermittlung RLV ... 24

7.4 Ermittlung QZV ... 30
8. Bereinigung, Ausdeckelung, Eindeckelung und besondere Anpassungen der MGV ... 31

Abschnitt C – Vergütungsregelung für Praxisnetze 33

Abschnitt D – Einzelfallregelungen 34

1. Einzelfallregelungen auf Antrag mit Auswirkung auf die Obergrenze ... 34
   1.1 Korrektur der Obergrenze mit Bezug zur Fallzahl ... 34
   1.2 Korrektur der Obergrenze mit Bezug zum Fallwert aufgrund eines besonderen Versorgungsbedarfs 35
   1.3 Beschäftigung von Weiterbildungsassistenten (Abschnitt B, Nummer 7.2.4 Absatz (II)) ... 36
2. Härtefallregelung ... 36
3. Fristen – Rechtsbehelf ... 37
4. Fallwertminderung (Abschnitt B, Nummer 7.3.5 Absatz (I)) ... 37

Abschnitt E – Anlagen 38

Anlage 1 – RLV-Fachgruppen ... 38
Anlage 2 – Zuordnung der QZV ... 40
Anlage 3a – Berechnung der kalkulatorischen Fallwerte für RLV und QZV ... 52
Anlage 3b – Honorarverteilung in der Quartalsabrechnung ... 61
Anlage 4a – Leistungen, die innerhalb eines arztgruppenspezifischen Honorarvolumens keiner Mengenbegrenzung unterliegen ... 69
Anlage 4b – Leistungen, für die je Fachgruppe ein oder mehrere Vergütungsbereich(e) definiert sind ... 70
Anlage 5 – Umsetzung der Bundes-Vorgaben ... 76
Anlage 6 – Berücksichtigung ferienbedingter Fallzahlschwankungen ... 77
Anlage 7 – Budgetierung von speziellen Laboratoriumsuntersuchungen ... 78
Anlage 8 – Fallzahlbegrenzung QZV MRT (Abschnitt B, Nummer 7.4.3 Absatz II) ... 80

Abschnitt F – Rückstellungen 82

Abschnitt G – Sonderregelungen zur Honorarverteilung im fachärztlichen Grundbetrag 84

Abschnitt H – Inkrafttreten 89

Abschnitt A – Allgemeine Bestimmungen

1. Vorbemerkung

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) hat diesen Honorarverteilungsmaßstab (HVM) in Umsetzung von § 87b Absatz 1 Satz 2 SGB V unter Beachtung der Vorgaben gemäß § 87b Absatz 2 Satz 4 und Absatz 4 SGB V in der jeweils geltenden Fassung (Abschnitt E, Anlage 5) am 20. November 2026 mit Wirkung zum 1. Januar 2027 festgesetzt.

2. Geltungsbereich

(I) Die Vergütungsregelungen dieses HVM gelten für die im Bereich der KVB zugelassenen Ärzte[1], Psychotherapeuten und medizinischen Versorgungszentren sowie die im Bereich der KVB ermächtigten Ärzte, ermächtigten Einrichtungen und Eigeneinrichtungen nach § 105 Absatz 1c und 5 SGB V.
In den Fällen, in denen Leistungen gemäß § 15 Absatz 1 Satz 2 und 3 Bundesmantelvertrag Ärzte (BMV-Ä) erbracht und abgerechnet werden, ist dies bei der Honorarverteilung für die in Satz 1 Benannten zu berücksichtigen.

(II) Die Bestimmungen des HVM finden auch Anwendung, soweit durch nicht in Absatz (I) genannte Ärzte, Therapeuten oder Einrichtungen Leistungen abgerechnet werden, die der vertragsärztlichen Versorgung zuzurechnen sind.

(III) Soweit in den nachstehenden Vorschriften der Begriff „Ärzte“ verwendet wird, sind damit alle vorstehend unter Absatz (I) und (II) genannten Ärzte, Therapeuten und Einrichtungen gemeint, sofern nichts Abweichendes geregelt ist.

(IV) Die gesonderte Vergütungsregelung nach Abschnitt C gilt für Praxisnetze, die im Bereich der KVB nach § 2 der Richtlinie der KVB zur Anerkennung von Praxisnetzen gemäß § 87b Absatz 4 SGB V (KVB-Anerkennungsrichtlinie) anerkannt sind.

3. Abrechnungsfähige Leistungen

In die Honorarverteilung fließen nur Leistungen ein, die zur vertragsärztlichen Versorgung gehören und auf Grundlage der für die vertragsärztliche Versorgung geltenden Bestimmungen erbracht worden sind (insbesondere BMV-Ä, einheitlicher Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen (EBM), Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Verträge auf Bundesebene und Landesebene, Abrechnungsbestimmungen der KVB).

[1] Gender-Hinweis: Aufgrund der besseren Lesbarkeit wird in diesem HVM nur eine Form der Personenbezeichnung verwendet. Hiermit sind auch alle anderen Formen gemeint. Damit soll weder eine Wertung noch eine Diskriminierung mit Bezug zum Geschlecht oder zur persönlichen Identität zum Ausdruck gebracht werden.

4. Vergütung von Nachtragsfällen

Ganz oder teilweise aus dem oder den Vorquartal(en) eingereichte Abrechnungen (Nachtragsfälle) werden unter Anwendung der vorstehenden Regelungen nach den im Einreichungsquartal geltenden Regelungen, insbesondere der für dieses Quartal geltenden Obergrenze aus Regelleistungsvolumen (RLV) und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV) vergütet. Die KVB kann im begründeten Einzelfall eine rückwirkende Zuordnung zum Leistungsquartal vornehmen.

Honorarwirksame Maßnahmen infolge verspätet eingereichter Abrechnungen nach Maßgabe der Abrechnungsbestimmungen der KVB bleiben unberührt.

Abschnitt B – Honorierung

1. Grundsätze

1.1 Grundlagen der Honorierung

Die Honorierung der anerkannten vertragsärztlichen Leistungen im Bereich der KVB, die den Bestimmungen dieses HVM unterliegen, erfolgt nach Maßgabe der Bayerischen Eurogebührenordnung (B€GO), diesem HVM sowie gesamtvertraglicher Regelungen.

1.2 Zusammenfassung der Gesamtvergütungen zur Honorarverteilung

Die von den GKV-Krankenkassen für bayerische Versicherte geleisteten Gesamtvergütungen sowie die für außerbayerische Versicherte eingehenden Beträge aus dem Fremdkassenzahlungsausgleich werden zusammengefasst und entsprechend den Bestimmungen dieses HVM an die nach Abschnitt A, Nummer 2 Absatz (I) und Absatz (II) Berechtigten verteilt.

1.3 Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV)

Die Honorierung der anerkannten Leistungsanforderungen innerhalb der MGV ist begrenzt durch die zur Verfügung stehende MGV. Die gesetzlichen Bestimmungen der §§ 87a und 87b SGB V sowie die Bundesvorgaben erfordern eine differenzierte Ausgestaltung, die nachfolgend dargestellt ist.

1.4 Honorarverteilung außerhalb der MGV

Die Honorierung der anerkannten Leistungsanforderungen außerhalb der MGV richtet sich nach der B€GO und den Gesamtverträgen mit Geltung für den Bereich der KVB. Nachfolgende Regelungen erfassen nur solche Leistungen, die nicht außerhalb der MGV honoriert werden.

1.5 Maßnahmen bei Beschlüssen des Landesausschusses

Bei Beschlüssen des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen nach § 100 Absatz 1 oder Absatz 3 SGB V (Unterversorgung, drohende Unterversorgung, lokaler Versorgungsbedarf) gewährleisten im fachärztlichen Versorgungsbereich der Ansatz der aktuellen Fallzahl (Nummer 7.3.1 bzw. Nummer 7.4.1) in der Honorarverteilung sowie Maßnahmen nach Nummer 7.3.4 Absatz (X) und / oder Nummer 7.3.5 Absatz (IV) im Grundsatz eine ausreichende Berücksichtigung des § 87b Absatz 3 SGB V. Mit der Umsetzung des § 87a Absätze 3b und 3c SGB V sowie den Zuschlägen nach Nummer 4.2.2 sowie Nummer 5.3 wird die Vorgabe des § 87b Absatz 3 SGB V im hausärztlichen Versorgungsbereich berücksichtigt.

2. Honorarverteilung innerhalb der MGV

Grundlage für die Honorarverteilung nach diesem HVM ist die sich für das aktuelle Quartal ergebende unbereinigte vorhersehbare MGV. Bei der Verteilung der MGV sind die Vorgaben

des Bewertungsausschusses gemäß § 87b Absatz 2 Satz 4 SGB V sowie die KBV-Vorgaben gemäß § 87b Absatz 4 SGB V zu beachten. Die Vorgaben des Bewertungsausschusses haben aufgrund der Regelungen des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes (GKV-BStabG) ab 1. Januar 2027 insbesondere die Rückführung von Gesamtvergütungsbestandteilen in die MGV zum Gegenstand. Die Honorarverteilung der MGV-Bestandteile nach Satz 3 erfolgt grundsätzlich in Abschnitt G. Die KBV-Vorgaben ordnen die Leistungen innerhalb der MGV verschiedenen Grundbeträgen zu: „Bereitschaftsdienst und Notfall“, „Labor“, hausärztlicher Grundbetrag, fachärztlicher Grundbetrag, „humangenetisches Labor“, „tumorgenetisches Labor“ und „PFG“.

2.1 Hausärztlicher Versorgungsbereich

Innerhalb des hausärztlichen Versorgungsbereichs sind die Vorgaben des SGB V zur Entbudgetierung durch das Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) ab Quartal 4/2025 zu beachten. Zur Umsetzung des § 87a SGB V und der KBV-Vorgaben zur Honorarverteilung treffen die Partner der Gesamtverträge regionale Vereinbarungen. Damit im Zusammenhang stehen weitere Regelungen nachfolgend unter Nummer 4. Für die nicht nach Satz 2 und 3 erfassten Leistungen im hausärztlichen Versorgungsbereich erfolgt die Honorierung auf der Grundlage von § 87b SGB V nach Nummer 5.

2.2 Fachärztlicher Versorgungsbereich

2.2.1 Die MGV ist im fachärztlichen Versorgungsbereich zugleich Ausgangsgröße für die Ermittlung der individuellen Obergrenze aus Regelleistungsvolumen (RLV) und qualifikationsgebundenem Zusatzvolumen (QZV) je Arzt und Praxis. Die fachärztlichen Leistungsanforderungen je Praxis werden einer Obergrenze RLV und QZV gegenübergestellt. Bestimmte Leistungen und Fälle sind von dieser Mengenbegrenzung ausgenommen (insbesondere solche, die der leistungsbezogenen Vergütung unterliegen oder je Fachgruppe einer eigenen Regelung unterworfen, ausdrücklich oder gemäß Nummer 7.1.2 von der Mengenbegrenzung durch eine Obergrenze ausgenommen sind). RLV und QZV ergeben sich jeweils als Produkt aus arztgruppenspezifischen Fallwerten, deren Berechnung sich nach Nummer 7.3.2 (RLV) und Nummer 7.4.2 (QZV) in Verbindung mit Abschnitt E, Anlage 3a unter Berücksichtigung möglicher Anpassungen nach Nummer 2.2.2 ergibt, und arzt- bzw. praxisindividuellen Behandlungsfallzahlen (RLV, Nummer 7.3.3 und 7.3.4) bzw. Leistungsfallzahlen (QZV, Nummer 7.4.3).

2.2.2 Kalkulationssicherheit

(I) Zur Gewährleistung der Kalkulationssicherheit in Umsetzung des § 87b Absatz 2 Satz 1 SGB V werden die fachgruppenspezifischen Fallwerte zur Obergrenze aus RLV und QZV vor Beginn des Geltungszeitraums unter der Internetadresse der KVB mitgeteilt.

(II) Die quartalsweise geltenden Fallwerte werden für die Dauer eines Jahres entsprechend den Berechnungsschritten in Abschnitt E, Anlage 3a berechnet (Kalkulatorische Fallwerte). Aufgrund des Ansatzes der aktuellen Fallzahlen bei der Ermittlung der Obergrenze und/oder einer möglichen Zunahme von Leistungen innerhalb des jeweiligen arztgruppenspezifischen

Verteilungsvolumens, die außerhalb der Obergrenze vergütet werden, kann der Fall eintreten, dass sich die kalkulatorischen Fallwerte nach Multiplikation mit den in Ansatz gebrachten Fallzahlen gegenüber dem dafür zur Verfügung stehenden fachgruppenspezifischen Honorarvolumen (rechnerisch) als zu hoch erweisen. In diesem Fall müssen die Fallwerte fachgruppenbezogen gesenkt werden. Dabei werden untere Grenzen wie folgt festgelegt: Unterschreitet der rechnerische RLV Fallwert den kalkulatorischen Fallwert nach Satz 1 um mehr als 5 Prozent, kommen 95 Prozent des kalkulatorischen RLV Fallwerts in der Obergrenze zum Ansatz. Unterschreitet ein oder mehrere rechnerische(r) QZV Fallwert(e) den jeweiligen kalkulatorischen Fallwert nach Satz 1 um mehr als 15 Prozent, werden nach gleichmäßiger Quotierung aller QZV Fallwerte der Fachgruppe mindestens 85 Prozent des oder der kalkulatorischen QZV Fallwerte(s) in der Obergrenze angesetzt.

(III) Ergeben sich aufgrund der vorstehenden Bestimmungen fachgruppenbezogen Fehlbeträge im Honorarvolumen für RLV und/oder für QZV Leistungen und/oder für Leistungen innerhalb des jeweiligen arztgruppenspezifischen Fachgruppenfonds, die außerhalb der Obergrenze vergütet werden, werden diese Fehlbeträge innerhalb derselben Fachgruppe jeweils zunächst aus den Bereichen (RLV und QZV) finanziert, die die untere Grenze noch nicht erreicht haben, maximal bis zum Erreichen der nach den vorstehenden Regelungen definierten jeweiligen unteren Grenze. Danach verbleibende Fehlbeträge werden durch Absenkung des Honorarvolumens nach Abschnitt E, Anlage 3b Nummer 5.1.3 („Topf-im-Topf“) bis zur Gewährleistung der Mindestquote „Topf-im-Topf“ finanziert und danach verbleibende Fehlbeträge werden im nächstmöglichen Quartal fachgruppenbezogen berücksichtigt.

(IV) Die kalkulatorischen Fallwerte gelten grundsätzlich für die Dauer eines Jahres, können aber im Bedarfsfall, insbesondere, wenn sich nach den vorstehenden Bestimmungen Fehlbeträge ergeben, durch den Vorstand vor Quartalsbeginn für die Zukunft angepasst werden. In diesem Fall sind die Mitglieder der KVB kurzfristig über die angepassten Fallwerte zu informieren. Die Anpassung der Fallwerte ist der Vertreterversammlung in der nächsten Sitzung vorzulegen.

(V) Ergibt sich fachgruppenbezogen im Quartal ein nicht ausgeschöpftes Honorarvolumen, können im jeweiligen Quartal die RLV und QZV Fallwerte oder das entsprechende Honorarvolumen im nächstmöglichen Folgequartal erhöht werden. Die Entscheidung nach Satz 1 trifft der Vorstand.

2.2.3 Mindestquote Leistungsfonds

(I) Für die Honorierung der Leistungen nach Nummer 6.4.2 Absatz (II) bis 6.4.10 außerhalb der Systematik der Obergrenze aus RLV und QZV gilt grundsätzlich eine Mindestquote nach Absatz (III) nach Maßgabe der folgenden Regelungen.

(II) Übersteigen die anerkannten Honoraranforderungen für Leistungen in einem Leistungsbereich nach Nummer 6.4.2 Absatz (II) bis 6.4.10 das dafür jeweils gebildete Honorarvolumen, werden die angeforderten anerkannten Leistungen gleichmäßig an alle Leistungserbringer in dem Verhältnis honoriert, das sich aus der Gegenüberstellung des

Honorarvolumens zum Anforderungsvolumen ergibt. Unterschreitet das sich aus der Gegenüberstellung nach Satz 1 ergebende Verhältnis den Wert der Mindestquote nach Absatz (III), wird das Honorarvolumen erhöht, bis sich im Verhältnis zum Anforderungsvolumen der Wert der Mindestquote ergibt. Das Honorarvolumen des jeweiligen Leistungsbereichs erhöht sich in diesem Fall aus dem in Abschnitt F, Nummer 2.3 gebildeten Rückstellungsvolumen in dem Umfang, der sich aus der Differenz einer Vergütung des Anforderungsvolumens in Höhe der Mindestquote und dem für den jeweiligen Leistungsbereich gebildeten Honorarvolumen ergibt.

(III) Als Mindestquote für die Vergütung der Leistungen im jeweiligen Leistungsbereich nach Nummer 6.4.2 Absatz (II) bis 6.4.10 gilt der Wert, der sich rechnerisch als Produkt aus dem Wert 85 Prozent und dem Verhältnis der Summe der Honorarvolumen gemäß Abschnitt E, Anlage 3b, Nummer 5.1 ohne Ausgleich aus Rückstellungen oder Zuführungen aus Vorquartelen gemäß Abschnitt E, Anlage 3b, Nummer 5.1.3 Absatz (VIII) bis (X) und dem entsprechenden anerkannten Leistungsbedarf (B€GO) ergibt.

(IV) In den Grundbeträgen nach Nummer 6.2 und 6.3 gelten die vorstehenden Bestimmungen nach Absatz (I) bis (III) entsprechend, soweit in den Regelungen nach Nummer 6.2 und 6.3 nichts Abweichendes bestimmt ist.

3. Honorarverteilung in den Grundbeträgen „Bereitschaftsdienst und Notfall“ und „Labor“

3.1 Leistungen des ärztlichen Bereitschaftsdienstes und der Notfallbehandlungen durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser

(I) Leistungen des ärztlichen Bereitschaftsdienstes und der Notfallbehandlungen durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser werden aus dem Honorarvolumen auf Basis des Grundbetrags „Bereitschaftsdienst und Notfall“ nach Teil B der KBV-Vorgaben zu den Preisen der B€GO vergütet.

(II) Für den Fall einer Unterschreitung des Honorarvolumens nach Absatz (I) wird das verbleibende Honorarvolumen den Rückstellungen nach Abschnitt F, Nummer 2 versorgungsbereichsspezifisch nach Maßgabe der KBV-Vorgaben Teil B, Nummer 7.2 zugeführt.

(III) Übersteigen die anerkannten Honoraranforderungen für Leistungen nach Absatz (I) das Honorarvolumen für die Leistungen nach Absatz (I), wird das zur Vergütung dieser Leistungen erforderliche Volumen den Rückstellungen nach Abschnitt F, Nummer 2 versorgungsbereichsspezifisch nach Maßgabe der KBV-Vorgaben Teil B, Nummer 7.2 entnommen.

3.2 Veranlasste laboratoriumsmedizinische Untersuchungen (Anforderung über Muster 10 der Vordruckvereinbarung) und Wirtschaftlichkeitsbonus (GOP 32001 EBM)

(I) Die Ermittlung des Honorarvolumens für

– über Muster 10 veranlasste laboratoriumsmedizinische Untersuchungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM sowie

– mit diesen im Zusammenhang stehende Kostenpauschalen nach den GOP 40089 bis 40095 EBM und

– die wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen der Abschnitte 32.2 und/oder 32.3 EBM (GOP 32001 EBM) nach Anwendung der Regelungen in den Ziffern 1 ff. des Abschnitts 32.1 EBM

erfolgt auf Basis des Grundbetrags „Labor“ nach Teil B der KBV-Vorgaben. Die laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen nach Abschnitt 32.3 EBM unterliegen den Budgetierungsregelungen nach Abschnitt E, Anlage 7. Die Kostenpauschalen nach den GOP 40089 bis 40095 EBM werden zu den Preisen der B€GO honoriert, sofern nicht der Fall nach Absatz (IV) eintritt.

(II) Wird das Honorarvolumen nach Absatz (I) nicht ausgeschöpft, wird das verbleibende Honorarvolumen den Rückstellungen nach Abschnitt F, Nummer 2 versorgungsbereichsspezifisch nach Maßgabe der KBV-Vorgaben Teil B, Nummer 7.1 zugeführt.

(III) Übersteigen die anerkannten und nach Anwendung der Regelungen nach Abschnitt E, Anlage 7 ggf. budgetierten Honoraranforderungen für Leistungen nach Absatz (I) das dafür nach Absatz (I) gebildete Honorarvolumen, werden die anerkannten und nach Anwendung der Regelungen nach Abschnitt E, Anlage 7 ggf. budgetierten Leistungen nach Absatz (I) mit Ausnahme der Kostenpauschalen nach den GOP 40089 bis 40095 EBM gleichmäßig an alle Leistungserbringer in dem Verhältnis vergütet, das sich aus der Gegenüberstellung des Honorarvolumens zum Anforderungsvolumen ergibt. Bei der Bildung des Verhältnisses nach Satz 1 werden das Honorarvolumen und das Anforderungsvolumen jeweils um das Honorar für die GOP 40089 bis 40095 EBM gemindert.

(IV) Unterschreitet das sich aus der Gegenüberstellung nach Absatz (III) ergebende Verhältnis den Wert 85 Prozent, wird das Honorarvolumen erhöht, bis sich im Verhältnis zum Anforderungsvolumen ein Wert von 85 Prozent ergibt. Zur Finanzierung der Erhöhung nach Satz 1 wird zunächst die Auszahlungsquote für die Honorierung der GOP 40089 bis 40095 EBM von 100 Prozent nach Absatz (I) Satz 3 abgesenkt und das freiwerdende Honorarvolumen dem Honorarvolumen für die übrigen Leistungen nach Absatz (I) Satz 1 zugeführt. Dabei muss für die Honorierung der GOP 40089 bis 40095 EBM eine Mindestquote in Höhe von 85 Prozent gewährleistet bleiben. Ist nach Absenkung der Auszahlungsquote für die GOP 40089 bis 40095 EBM ein Verhältnis von 85 Prozent für alle Leistungen nach Absatz (I) nicht erreicht, ist das zusätzlich erforderliche Honorarvolumen

jeweils dem in Abschnitt F, Nummer 2 gebildeten Rückstellungsvolumen zu entnehmen. Der Ausgleich aus den Rückstellungen nach Abschnitt F, Nummer 2 erfolgt dabei versorgungsbereichsspezifisch unter Berücksichtigung der KBV-Vorgaben Teil B, Nummer 7.1.

(V) Ändert sich der Wert der Mindestquote für die Leistungen nach Absatz (I) in den KBV-Vorgaben, ändert sich der Wert in Höhe von 85 Prozent nach Absatz (IV) entsprechend.

4. Honorarverteilung im hausärztlichen Grundbetrag

4.1 Vorwegabzug „Kinderarzt-MGV“

(I) Die anerkannten Leistungen des Kapitels 4 EBM - mit Ausnahme der Versichertenpauschalen GOP 04004 und 04005 EBM einschließlich der Gebührenordnungspositionen mit Suffix - werden aus dem Honorarvolumen der „Kinderarzt-MGV“, das sich auf Basis der KBV-Vorgaben ergibt, zu den Preisen der B€GO vergütet.

(II) Wird die „Kinderarzt-MGV“ nicht ausgeschöpft, wird das Differenzvolumen den Rückstellungen nach Abschnitt F, Nummer 2.2.1 zugeführt und nach Maßgabe des Honorarvertrags gegebenenfalls als Zuschläge auf die Leistungen nach Absatz (I) vergütet.

(III) Übersteigen die anerkannten Honoraranforderungen für Leistungen nach Absatz (I) das Honorarvolumen für die Leistungen nach Absatz (I), wird das zur Vergütung erforderliche Volumen den Rückstellungen nach Abschnitt F, Nummer 2.2.2 entnommen. Hierzu erfolgt eine entsprechende Ausgleichszahlung nach den Regelungen des Honorarvertrags gemäß § 87a Absatz 3b Satz 13 SGB V zu Gunsten der Rückstellungen nach Abschnitt F, Nummer 2.2.2.

4.2 Vorwegabzug „Hausarzt-MGV“

4.2.1 Leistungen des Kapitels 3 EBM und von Hausärzten (ohne Kinder- und Jugendärzte) durchgeführte Hausbesuche nach den GOP 01410 bis 01413 sowie 01415 EBM

(I) Die anerkannten Leistungen des Kapitels 3 EBM und die von Hausärzten (ohne Kinder- und Jugendärzten) durchgeführten Hausbesuche nach den GOP 01410 bis 01413 sowie 01415 EBM jeweils einschließlich GOP mit Suffix werden aus dem Honorarvolumen der „Hausarzt-MGV“, das sich auf Basis der KBV-Vorgaben ergibt, zu den Preisen der B€GO vergütet.

(II) Wird die „Hausarzt-MGV“ nicht ausgeschöpft, werden aus dem Differenzvolumen Zuschläge nach Nummer 4.2.2 vergütet.

(III) Übersteigen die anerkannten Honoraranforderungen für Leistungen nach Absatz (I) das Honorarvolumen für die Leistungen nach Absatz (I), wird das zur Vergütung erforderliche Volumen den Rückstellungen nach Abschnitt F, Nummer 2.2.2 entnommen. Hierzu erfolgt eine entsprechende Ausgleichszahlung nach den Regelungen einer Vereinbarung der Partner der Gesamtverträge zur Umsetzung des § 87a Absatz 3c Satz 9 SGB V zu Gunsten der Rückstellungen nach Abschnitt F, Nummer 2.2.2.

4.2.2 Sicherstellungszuschlag (Nummer 97009A/B)

(I) Der Sicherstellungszuschlag wird für einen in Teil III, Kapitel 3, Präambel 3.1 Nummer 1 des EBM genannten Arzt (Facharzt für Allgemeinmedizin, Praktischer Arzt, Arzt ohne Gebietsbezeichnung, Facharzt für Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung, der gegenüber dem Zulassungsausschuss seine Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gemäß § 73 Absatz 1a SGB V erklärt hat) unter der nachfolgend genannten Bedingung anerkannt.

(II) Der Sicherstellungszuschlag in Höhe von 5 € wird je Praxis gewährt, wenn aus den Leistungsbereichen

– Kleinchirurgische Eingriffe (GOP 02300 bis 02302, 02310, 02311, 02312, 02313 EBM)

– Hausbesuche (GOP 01410, 01411, 01412 EBM)

– Spirographische Untersuchung (GOP 03330 EBM)

– Sonographische Untersuchungen (GOP 33000 bis 33002, 33010 bis 33012, 33040, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33060 bis 33062, 33076, 33080, 33081 und 33090 bis 33092 EBM)

jeweils mindestens eine der dort genannten Leistungen von Ärzten nach Absatz (I) abgerechnet wurde.

Wurde jeweils mindestens eine Leistung aus drei der in Satz 1 genannten Leistungsbereiche abgerechnet, wird der hausärztliche Sicherstellungszuschlag in Höhe von 3 € gewährt.

Abweichend von den vorgenannten Regelungen ist im Leistungsbereich Hausbesuche eine Mindestzahl von fünf erforderlich.

(III) Der Sicherstellungszuschlag wird, sofern die vorstehenden Bedingungen erfüllt sind, zusätzlich zu der ambulant erbrachten Versichertenpauschale GOP 03000 EBM, zur Versorgungspauschale GOP 03100 EBM oder zum Zuschlag im Folgequartal der Berechnung der GOP 03100 EBM (GOP 03110 EBM) einmal im Behandlungsfall vergütet.

(IV) Der Vorstand kann eine von Absatz (II) abweichende Höhe des Sicherstellungszuschlags festlegen, wenn der Vorwegabzug „Hausarzt-MGV“ nicht für eine Auszahlung zu den in Absatz (II) genannten Werten ausreicht.

(V) Ist der Vorwegabzug „Hausarzt-MGV“ nach Auszahlung mit den Werten nach Absatz (II) nicht ausgeschöpft, kann der Vorstand das verbleibende Volumen zur Verstetigung den Rückstellungen nach Abschnitt F Nummer 2.2.1 zuführen oder die Werte nach Absatz (II) erhöhen.

5. Honorarverteilung im hausärztlichen Grundbetrag nach Vorwegabzügen „Kinderarzt-MGV“ und „Hausarzt-MGV“

5.1 Laborgemeinschaften (Anforderung über Muster 10A der Vordruckvereinbarung)

Laboratoriumsmedizinische Untersuchungen des Abschnitts 32.2 EBM, deren Teil 3 (§ 25 Absatz 1 BMV-Ä) von Hausärzten aus Laborgemeinschaften bezogen und die gemäß § 25 Absatz 3 Satz 2 BMV-Ä von Laborgemeinschaften abgerechnet wurden, werden mit der für Untersuchungen nach Abschnitt 32.2 EBM nach Nummer 3.2 ermittelten Auszahlungsquote vergütet.

5.2 Honorarverteilung übrige Leistungen im hausärztlichen Versorgungsbereich

(I) Die anerkannten Honorarforderungen für Leistungen im hausärztlichen Versorgungsbereich, soweit diese nicht bereits nach der Nummer 3 bis 5.1 honoriert werden, werden aus dem Honorarvolumen gemäß Abschnitt E, Anlage 3b Nummer 3.1 Absatz (II) zu den Preisen der B€GO vergütet.

(II) Für den Fall einer Unterschreitung des Honorarvolumens nach Absatz (I) wird das verbleibende Honorarvolumen zur Vergütung der Leistungszuschläge nach Nummer 5.3 verwendet.

(III) Übersteigen die anerkannten Honorarforderungen für Leistungen nach Absatz (I) das Honorarvolumen nach Absatz (I), werden die angeforderten und anerkannten Leistungen nach Absatz (I) gleichmäßig an alle Leistungserbringer in dem Verhältnis vergütet, das sich aus der Gegenüberstellung des Honorarvolumens zum Anforderungsvolumen ergibt.

5.3 Leistungszuschläge (Nummer 97010A bis 97010H)

(I) Für die Leistungsbereiche Geriatrie, Palliativmedizin, Heimbetreuung, Team, Kinderfrüherkennungsuntersuchungen und Jugendgesundheitsuntersuchung werden einer Praxis nach Maßgabe der folgenden Regelungen Leistungszuschläge aus einem nach Nummer 5.2 Absatz (II) verbleibenden Honorarvolumen gewährt. Den Leistungsbereichen sind dabei folgende Gebührenordnungspositionen des EBM zugeordnet:

- 97010A: Geriatrie (GOP 03360, 03362, 30980, 30988 EBM),
- 97010B: Palliativmedizin (GOP 03370, 03371, 03372, 03373, 04370, 04371, 04372, 04373, 37300, 37302, 37305, 37306, 37314, 37317, 37318, 37320 EBM),
- 97010C: Heimbetreuung (GOP 01415, 01442, 37100, 37102, 37105, 37120 EBM),
- 97010D: Team (GOP 03062, 03063, 38100, 38105, 38200, 38205 EBM),
- 97010E: Kinderfrüherkennungsuntersuchung U3 (GOP 01713 EBM),
- 97010F: Kinderfrüherkennungsuntersuchung U4 (GOP 01714 EBM) und

– 97010G: Jugendgesundheitsuntersuchung J1 (GOP 01720 EBM).

(II) Je Leistungsbereich nach Absatz (I) erhält eine Praxis einen Leistungszuschlag für einen Kontakt, in dem ein in Teil III, Kapitel 3, Präambel 3.1 Nummer 1 oder Kapitel 4, Präambel 4.1 Nummer 1 des EBM genannter Arzt eine oder mehrere Leistungen des jeweiligen Leistungsbereichs abrechnet. Je Leistungsbereich und Kontakt wird höchstens ein Leistungszuschlag gewährt. Rechnen in einem Kontakt mehrere Ärzte Leistungen aus einem Leistungsbereich ab, wird je Bereich nur ein Leistungszuschlag gewährt. Die vorstehenden Regelungen gelten nicht für die GOP 37100, 37102, 37105, 37113, 37302, 37317, 30988 EBM, soweit diese mit dem Buchstaben-Zusatz „H“ gekennzeichnet sind.

(III) Die Leistungszuschläge nach Absatz (I), dritter Spiegelstrich (Heimbetreuung) und vierter Spiegelstrich (Team) werden jeweils höchstens fünf Mal im Behandlungsfall gewährt.

(IV) Die Höhe der Leistungszuschläge beträgt für die Leistungsbereiche

– Geriatrie jeweils 3 € je Kontakt,

– Palliativmedizin jeweils 5 € je Kontakt,

– Heimbetreuung jeweils 5 € je Kontakt,

– Team jeweils 5 € je Kontakt,

– Kinderfrüherkennungsuntersuchung U3 jeweils 5 € je Kontakt,

– Kinderfrüherkennungsuntersuchung U4 jeweils 5 € je Kontakt sowie für

– Jugendgesundheitsuntersuchung J1 jeweils 5 € je Kontakt.

(V) Der Vorstand kann die Werte nach Absatz (IV) davon abweichend gleichmäßig niedriger bestimmen, wenn das dafür zur Verfügung stehende Honorarvolumen nach Nummer 5.2 Absatz (II) nicht für eine Auszahlung zu den in Absatz (IV) genannten Werten ausreicht.

(VI) Für den Fall, dass das Honorarvolumen nach Nummer 5.2 Absatz (II) bei einer Vergütung der Leistungszuschläge mit den Werten nach Absatz (IV) nicht ausgeschöpft wird, kann der Vorstand das verbleibende Volumen zur Verstetigung den Rückstellungen nach Abschnitt F Nummer 2.2.3 zuführen oder die Werte nach Absatz (IV) gleichmäßig erhöhen.

6. Honorarverteilung im fachärztlichen Versorgungsbereich

6.1 Grundbetrag „PFG“

(I) Die Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung gemäß EBM werden aus dem Honorarvolumen, das sich nach Teil B der KBV-Vorgaben für den Grundbetrag „PFG“ ergibt, zu den Preisen der B€GO vergütet.

(II) Wird das Honorarvolumen nach Absatz (I) nicht ausgeschöpft, wird das verbleibende Honorarvolumen den Rückstellungen nach Abschnitt F, Nummer 2.3 zugeführt.

(III) Übersteigen die anerkannten Honoraranforderungen für Leistungen nach Absatz (I) das Honorarvolumen für die Leistungen nach Absatz (I), wird das zur Vergütung dieser Leistungen erforderliche Volumen den Rückstellungen nach Abschnitt F, Nummer 2.3 entnommen.

6.2 Grundbetrag „humangenetisches Labor“

(I) Humangenetische Leistungen, die nach Teil B der KBV-Vorgaben dem Grundbetrag „humangenetisches Labor“ zugeordnet sind, werden aus dem Honorarvolumen vergütet, das sich nach Teil B der KBV-Vorgaben für den Grundbetrag „humangenetisches Labor“ ergibt.

(II) Wird das Honorarvolumen nach Absatz (I) nicht ausgeschöpft, wird das verbleibende Honorarvolumen den Rückstellungen nach Abschnitt F, Nummer 2.3 zugeführt.

(III) Übersteigen die anerkannten Honoraranforderungen für Leistungen nach Absatz (I) das Honorarvolumen für die Leistungen nach Absatz (I), werden die angeforderten und anerkannten Leistungen nach Absatz (I) gleichmäßig an alle Leistungserbringer in dem Verhältnis vergütet, das sich aus der Gegenüberstellung des Honorarvolumens zum Anforderungsvolumen ergibt.

(IV) Unterschreitet das sich aus der Gegenüberstellung nach Absatz (III) ergebende Verhältnis die Mindestquote nach Nummer 2.2.3, werden die angeforderten und anerkannten Leistungen nach Absatz (I) wie folgt vergütet.

a) Die Leistungen nach Abschnitt 11.4 EBM (mit Ausnahme der molekulargenetischen Untersuchungen nach b) und c)) werden nach Maßgabe der Nummer 2.2.3 quotiert vergütet.

b) Molekulargenetische Untersuchungen nach den Unterabschnitten 11.4.2 EBM und 11.4.3 EBM (mit Ausnahme der GOP 11715 bis 11718 und 11722 EBM) werden leistungstagbezogen ab dem Tag, zu dem für die Betriebsstätte, unter deren (N)BSNR die Abrechnung erfolgt, eine aktive Akkreditierung gemäß DIN EN ISO 15189 für das Untersuchungsgebiet Molekulare Humangenetik in der Datenbank der akkreditierten Stellen (bayerische Betriebsstätten) auf der Internetseite der deutschen Akkreditierungsstelle (DAkkS) veröffentlicht ist, nach Maßgabe der Nummer 2.2.3 quotiert vergütet.

c) Molekulargenetische Untersuchungen aus Abschnitt 11.4 EBM, für die leistungstagbezogen keine Akkreditierung nach Buchstabe b) vorliegt, werden mit der Quote nach Absatz (III) vergütet.

(V) Ergibt sich nach Anwendung der Regelungen in Absatz (IV) ein Unterschuss, erfolgt die Finanzierung in Umsetzung der KBV-Vorgaben Teil B Nummer 7.3 aus dem in Abschnitt F, Nummer 2.3 gebildeten Rückstellungsvolumen.

6.3 Grundbetrag „tumorgenetisches Labor“

(I) Pathologische Leistungen, die nach Teil B der KBV-Vorgaben dem Grundbetrag „tumorgenetisches Labor“ zugeordnet sind, werden aus dem Honorarvolumen vergütet, das sich nach Teil B der KBV-Vorgaben für den Grundbetrag „tumorgenetisches Labor“ ergibt.

(II) Wird das Honorarvolumen nach Absatz (I) nicht ausgeschöpft, wird das verbleibende Honorarvolumen den Rückstellungen nach Abschnitt F, Nummer 2.3 zugeführt.

(III) Übersteigen die anerkannten Honoraranforderungen für Leistungen nach Absatz (I) das Honorarvolumen für die Leistungen nach Absatz (I), werden die anerkannten Leistungen nach Absatz (I) nach Maßgabe der Nummer 2.2.3 quotiert vergütet.

6.4 Fachärztlicher Grundbetrag

Im fachärztlichen Grundbetrag werden folgende Leistungsfonds gebildet.

6.4.1 Kardiorespiratorische Polysomnographie (GOP 30901 EBM)

(I) Leistungen der kardiorespiratorischen Polysomnographie der GOP 30901 EBM werden aus dem Honorarvolumen, das sich nach Abschnitt E, Anlage 3b Nummer 3.2 Absatz (I) f) ergibt, vergütet.

(II) Wird das Honorarvolumen nach Absatz (I) nicht ausgeschöpft, wird das verbleibende Honorarvolumen den Rückstellungen nach Abschnitt F, Nummer 2.3 zugeführt.

(III) Übersteigen die anerkannten Honoraranforderungen für Leistungen nach Absatz (I) das Honorarvolumen für die Leistungen nach Absatz (I), werden die angeforderten und anerkannten Leistungen nach Absatz (I) wie folgt quotiert vergütet: die Summe der Leistungen ab dem (patientenbezogen) dritten Ansatz werden mit einem Verhältniswert (Quote) von 10 Prozent vergütet. Können die Leistungen des ersten und zweiten Ansatzes mit einer Quote von 100 Prozent vergütet werden, wird die Mindestquote des dritten Ansatzes nach Satz 1 unter Verwendung des gegebenenfalls verbleibenden Honorarvolumens erhöht. Ergibt sich für Leistungen des ersten und zweiten Ansatzes eine einheitliche Quote von weniger als 75 Prozent, werden die Leistungen des ersten Ansatzes mit einer Quote von 75 Prozent vergütet, die Leistungen des zweiten Ansatzes werden in diesem Fall mit einer Quote von mindestens 60 Prozent vergütet. Das Honorarvolumen für Leistungen nach Absatz (I) erhöht sich aus dem in Abschnitt F, Nummer 2.3 gebildeten Rückstellungsvolumen in dem Umfang, der sich aus der Differenz einer Vergütung des Anforderungsvolumens in Höhe der nach den vorstehenden Sätzen definierten Mindestquoten für die korrespondierenden Leistungen und dem Honorarvolumen nach Absatz (I) ergibt.

(IV) Die nach Absatz (III) erforderliche Zuordnung der GOP 30901 EBM zum ersten, zweiten oder dritten Ansatz beim jeweiligen Patienten erfolgt praxisbezogen und unter Einbeziehung des jeweiligen Vorquartals.

6.4.2 Laboratoriumsmedizinische Untersuchungen

(I) Laborgemeinschaften (Anforderung über Muster 10A der Vordruckvereinbarung)

Laboratoriumsmedizinische Untersuchungen des Abschnitts 32.2 EBM, deren Teil 3 (§ 25 Absatz 1 BMV-Ä) von Fachärzten aus Laborgemeinschaften bezogen und die gemäß § 25 Absatz 3 Satz 2 BMV-Ä von Laborgemeinschaften abgerechnet wurden, werden mit der für Untersuchungen nach Abschnitt 32.2 EBM nach Nummer 3.2 ermittelten Auszahlungsquote vergütet.

(II) Laboratoriumsmedizinische Untersuchungen nach den Abschnitten 32.2 und 32.3 EBM (ohne Muster 10/10A)

a) Laboratoriumsmedizinische Untersuchungen nach den Abschnitten 32.2 und 32.3 EBM, die nicht nach Nummer 3 oder Absatz (I) honoriert werden, werden aus dem Honorarvolumen gemäß Abschnitt E, Anlage 3b Nummer 3.2 Absatz (I), h) vergütet. Die laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen nach Abschnitt 32.3 EBM unterliegen den Budgetierungsregelungen nach Abschnitt E, Anlage 7.

b) Für den Fall einer Unterschreitung des Honorarvolumens für Leistungen nach Buchstabe a) erhöht das verbleibende Honorarvolumen das entsprechende Honorarvolumen im nächstmöglichen Folgequartal.

c) Übersteigen die anerkannten und nach Anwendung der Regelungen nach Abschnitt E, Anlage 7 ggf. budgetierten Honoraranforderungen für Leistungen nach Buchstabe a) das Honorarvolumen für die Leistungen nach Buchstabe a), werden die anerkannten Leistungen nach Absatz (I) nach Maßgabe der Nummer 2.2.3 quotiert vergütet.

6.4.3 Belegärztliche Leistungen innerhalb der MGV

(I) Leistungen in kurativ-stationären Fällen werden aus dem Honorarvolumen gemäß Abschnitt E, Anlage 3b, Nummer 3.2 Absatz (I), i) vergütet, soweit diese nicht nach Nummer 3 oder Nummer 6.1 bis 6.3 honoriert werden.

(II) Wird das Honorarvolumen nach Absatz (I) nicht ausgeschöpft, wird das verbleibende Honorarvolumen den Rückstellungen nach Abschnitt F, Nummer 2.3 zugeführt.

(III) Übersteigen die anerkannten Honoraranforderungen für Leistungen nach Absatz (I) das Honorarvolumen für die Leistungen nach Absatz (I), werden die anerkannten Leistungen nach Absatz (I) nach Maßgabe der Nummer 2.2.3 quotiert vergütet.

6.4.4 Humangenetische Leistungen des Kapitel 11 EBM (ohne Abschnitt 11.4) sowie GOP 01841 und 01842 EBM

(I) Humangenetische Leistungen des Kapitel 11 EBM, die von Nummer 6.2 nicht erfasst sind sowie die GOP 01841 und 01842 EBM werden aus dem Honorarvolumen gemäß Abschnitt E,

Anlage 3b, Nummer 3.2 Absatz (I), j) vergütet, soweit diese nicht nach Nummer 3 oder in einem der vorhergehenden Leistungsfonds honoriert werden.

(II) Wird das Honorarvolumen nach Absatz (I) nicht ausgeschöpft, wird das verbleibende Honorarvolumen den Rückstellungen nach Abschnitt F, Nummer 2.3 zugeführt.

(III) Übersteigen die anerkannten Honoraranforderungen für Leistungen nach Absatz (I) das Honorarvolumen für die Leistungen nach Absatz (I), werden die anerkannten Leistungen nach Absatz (I) nach Maßgabe der Nummer 2.2.3 quotiert vergütet.

6.4.5 Pathologische Leistungen des Kapitels 19 EBM (ohne Leistungen des Abschnitts 19.4 EBM) und der GOP 01826 EBM

(I) Ambulante pathologische Leistungen des Kapitels 19 EBM, die von Nummer 6.3 nicht erfasst sind und die GOP 01826 EBM werden aus dem Honorarvolumen gemäß Abschnitt E, Anlage 3b, Nummer 3.2 Absatz (I), k) vergütet, soweit diese nicht bereits nach Nummer 3 oder in einem der vorhergehenden Leistungsfonds honoriert werden.

(II) Wird das Honorarvolumen nach Absatz (I) nicht ausgeschöpft, wird das verbleibende Honorarvolumen den Rückstellungen nach Abschnitt F, Nummer 2.3 zugeführt.

(III) Übersteigen die anerkannten Honoraranforderungen für Leistungen nach Absatz (I) das Honorarvolumen für die Leistungen nach Absatz (I), werden die anerkannten Leistungen nach Absatz (I) nach Maßgabe der Nummer 2.2.3 quotiert vergütet.

6.4.6 Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM, GOP 38100 und 38105 EBM

(I) Die ambulanten Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM, die GOP 38100 und 38105 EBM werden aus dem Honorarvolumen gemäß Abschnitt E, Anlage 3b, Nummer 3.2 Absatz (I), l) vergütet, soweit diese nicht bereits nach Nummer 3 oder in einem der vorhergehenden Leistungsfonds honoriert werden.

(II) Wird das Honorarvolumen nach Absatz (I) nicht ausgeschöpft, wird das verbleibende Honorarvolumen den Rückstellungen nach Abschnitt F, Nummer 2.3 zugeführt.

(III) Übersteigen die anerkannten Honoraranforderungen für Leistungen nach Absatz (I) das Honorarvolumen für die Leistungen nach Absatz (I), werden die anerkannten Leistungen nach Absatz (I) nach Maßgabe der Nummer 2.2.3 quotiert vergütet.

6.4.7 Leistungen des Kapitels 15 EBM und Leistungen der Fachärzte für Mund-, Kiefer und Gesichtschirurgie, Fachärzte für Kieferchirurgie

(I) Leistungen des Kapitels 15 EBM und die Leistungen der Fachärzte für Mund-, Kiefer und Gesichtschirurgie sowie der Fachärzte für Kieferchirurgie werden aus dem Honorarvolumen gemäß Abschnitt E, Anlage 3b, Nummer 3.2 Absatz (I), n) vergütet, soweit diese nicht bereits nach Nummer 3 oder in einem der vorhergehenden Leistungsfonds honoriert werden.

(II) Wird das Honorarvolumen nach Absatz (I) nicht ausgeschöpft, wird das verbleibende Honorarvolumen den Rückstellungen nach Abschnitt F, Nummer 2.3 zugeführt.

(III) Übersteigen die anerkannten Honoraranforderungen für Leistungen nach Absatz (I) das Honorarvolumen für die Leistungen nach Absatz (I), werden die anerkannten Leistungen nach Absatz (I) nach Maßgabe der Nummer 2.2.3 quotiert vergütet

6.4.8 Ermächtigte Ärzte und Einrichtungen sowie Kuratorien für Dialyse und Nierentransplantation

(I) Die anerkannten Honoraranforderungen ermächtigter Ärzte, Einrichtungen und Kuratorien für Dialyse und Nierentransplantation (Anlage 9.1 BMV-Ä) im fachärztlichen Versorgungsbereich, ausgenommen der in § 24 Absatz 3 Satz 7 der Ärzte-ZV genannten Ärzte, werden aus dem Honorarvolumen gemäß Abschnitt E, Anlage 3b, Nummer 3.2 Absatz (I), o) vergütet, soweit diese nicht nach Nummer 3 oder in einem der vorhergehenden Leistungsfonds honoriert werden. Dabei werden die für Fachärzte für Anästhesiologie in Abschnitt E, Anlage 4a beschriebenen Leistungen sowie die GOP 01320 EBM im Zusammenhang mit Anästhesien/Narkosen bei vertragszahnärztlichen Behandlungen von Patienten mit mangelnder Kooperationsfähigkeit bei geistiger Behinderung oder schwerer Dyskinesie innerhalb dieses Honorarvolumens zu den Preisen der B€GO vergütet, wenn diese mit dem Buchstaben-Zusatz „Z“ abgerechnet werden.

(II) Wird das Honorarvolumen nach Absatz (I) nicht ausgeschöpft, wird das verbleibende Honorarvolumen den Rückstellungen nach Abschnitt F, Nummer 2.3 zugeführt.

(III) Übersteigen die anerkannten Honoraranforderungen für Leistungen nach Absatz (I) das Honorarvolumen für die Leistungen nach Absatz (I), werden die anerkannten Leistungen nach Absatz (I) nach Maßgabe der Nummer 2.2.3 quotiert vergütet.

6.4.9 Restliche Leistungen der Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie

(I) Leistungen der Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie werden aus dem Honorarvolumen vergütet, das sich nach Abschnitt E, Anlage 3b, Nummer 3.2 Absatz (I), p) ergibt, soweit diese nicht bereits nach Nummer 3 oder in einem der vorhergehenden Leistungsfonds honoriert werden.

(II) Wird das Honorarvolumen nach (I) nicht ausgeschöpft, wird das verbleibende Honorarvolumen den Rückstellungen nach Abschnitt F, Nummer 2.3 zugeführt.

(III) Übersteigen die anerkannten Honoraranforderungen für Leistungen nach Absatz (I) das Honorarvolumen für die Leistungen nach Absatz (I), werden die anerkannten Leistungen nach Absatz (I) nach Maßgabe der Nummer 2.2.3 quotiert vergütet.

6.4.10 Sonstige Leistungserbringer

(I) Ambulante Leistungen von fachärztlichen Leistungserbringern, die nicht in Abschnitt E, Anlage 1 Nummer 2 genannt sind sowie ambulante Leistungen der zugelassenen Krankenhäuser im Rahmen einer Inanspruchnahme nach § 76 Absatz 1a SGB V, werden aus dem Honorarvolumen gemäß Abschnitt E, Anlage 3b, Nummer 3.2 Absatz (I) q) vergütet, sofern diese nicht bereits nach Nummer 3 oder in einem der vorhergehenden Leistungsfonds honoriert werden. Dabei werden Leistungen im Rahmen einer Inanspruchnahme nach § 76 Absatz 1a SGB V zu den Preisen der B€GO vergütet.

(II) Wird das Honorarvolumen nach Absatz (I) nicht ausgeschöpft, wird das verbleibende Honorarvolumen den Rückstellungen nach Abschnitt F, Nummer 2.3 zugeführt.

(III) Übersteigen die anerkannten Honoraranforderungen für Leistungen nach Absatz (I) das Honorarvolumen für die Leistungen nach Absatz (I), werden die anerkannten Leistungen nach Absatz (I) nach Maßgabe der Nummer 2.2.3 quotiert vergütet.

6.5 Fachgruppenfonds

Das verbleibende Honorarvolumen wird auf die fachärztlichen Fachgruppenfonds, die sich nach der Einteilung der RLV-Fachgruppen im fachärztlichen Versorgungsbereich nach Abschnitt E, Anlage 1 Nummer 2 ergeben, verteilt. Die Verteilung bestimmt sich nach Abschnitt E, Anlage 3b, Nummer 4.1.

7. Honorierung innerhalb der fachärztlichen Fachgruppenfonds

7.1 Obergrenze (= Summe aus RLV und QZV)

7.1.1 Definition und Zuordnung

Alle Leistungen von Ärzten, die einer in Abschnitt E, Anlage 1, Nummer 2 aufgeführten Fachgruppe zuzuordnen sind, unterliegen einer Obergrenze aus einem RLV sowie ggf. einem oder mehreren QZV.

Die Zuordnung zum RLV bestimmt sich grundsätzlich nach dem Gebiet der Zulassung, soweit in Abschnitt E, Anlage 1, Nummer 1 keine ergänzende oder abweichende Regelung erfolgt. QZV werden je RLV-Fachgruppe definiert (Abschnitt E, Anlage 2).

7.1.2 Umfang des von der Obergrenze aus RLV bzw. QZV umfassten Teils der vertragsärztlichen Vergütung

Der Obergrenze unterliegen alle Leistungen in den für RLV bzw. QZV definierten Fällen (Nummer 7.3.3 bzw. 7.4.3), soweit sie nachfolgend nicht ausgeschlossen sind:

a) Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen, die außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung oder Abschnitt G vergütet werden,

b) Leistungen nach Nummer 3, Nummer 6.1 bis 6.4 sowie

c) Leistungen, die nach Abschnitt E, Anlage 3b Nummer 5.1 a) bis c) fachgruppenspezifisch außerhalb der RLV und QZV geregelt oder fachgruppenspezifisch einer eigenen Regelung unterworfen sind.

7.1.3 Abrechnung

Den für eine Arztpraxis ermittelten RLV und ggf. ermittelten QZV steht die in der Arztpraxis abgerechnete Leistungsmenge gegenüber, d. h. sofern das RLV einer Arztpraxis nicht ausgeschöpft ist, kann das noch zur Verfügung stehende Honorarvolumen mit Leistungen aus den QZV ausgefüllt werden und umgekehrt. Arztfälle und Leistungen von Ärzten, für die kein RLV gebildet wird, bleiben unberücksichtigt.

7.1.4 Vergütung Überschreitungsvolumen

Überschreitet die Summe der Leistungen einer Praxis im Quartal die Summe aus dem geltenden RLV und ggf. geltenden QZV (Obergrenze), werden die überschreitenden Leistungen mit einem abgesenkten Preis (quotiert) vergütet.
Der abgesenkte Preis ergibt sich je Fachgruppe wie folgt:

a) Die Summe der über die Obergrenze aus RLV und QZV hinausgehenden anerkannten Leistungen wird fachgruppenspezifisch festgestellt (Überschreitungsvolumen).

b) Das Honorarvolumen für die abgesenkt zu vergütenden Leistungen gemäß Abschnitt E, Anlage 3b Nummer 5.1 d) wird durch das Überschreitungsvolumen gemäß a) geteilt. Es entsteht eine Quote für die abgesenkt zu vergütenden Leistungen je Fachgruppe. Mit dieser Quote wird die jeweilige Überschreitung nach a) je Arzt multipliziert. Diese Quote muss größer als Null sein.

c) Für das Überschreitungsvolumen von fachübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften, medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten wird das Überschreitungsvolumen je Praxis ermittelt und anteilig gemäß der Obergrenzen-relevanten Leistungsanforderung der einzelnen Ärzte zueinander aufgeteilt. Die auf diese Weise anteilig je Arzt ermittelte Überschreitung wird jeweils nach Multiplikation mit der fachgruppenspezifischen Quote nach b) vergütet.

7.2 Bezugsgrößen – Definitionen – Bestimmungen zu Tätigkeitsvarianten

7.2.1 Quartals- und Arztbezug

RLV und QZV werden für das jeweilige Abrechnungsquartal je Arzt ermittelt und ggf. angepasst.

7.2.2 Tätigkeitsumfang

(I) Bei der Ermittlung der Obergrenze ist jeweils der Umfang der Tätigkeit des Arztes laut Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid sowie nachträgliche, im Abrechnungsquartal wirksame und im Arztregister eingetragene Änderungen des Umfangs, zu berücksichtigen.

(II) Ist ein angestellter Arzt gleichzeitig auch als zugelassener Arzt tätig, ist der Umfang der genehmigten Arbeitszeit als angestellter Arzt mindernd im Rahmen der Obergrenze zu berücksichtigen.

7.2.3 Fachgruppendurchschnitt (Fallzahl)

(I) Soweit im Rahmen der Berechnung der Obergrenze in den nachfolgenden Bestimmungen die durchschnittliche Fallzahl einer Fachgruppe heranzuziehen ist, wird diese auf Basis der Quartale des Jahres 2025 und der Anzahl der Teilnehmer der Fachgruppe unter Berücksichtigung des Tätigkeitsumfangs (Nummer 7.2.2) ermittelt. Der für die RLV-Fachgruppe der Fachärzte für Nervenheilkunde, Mehrfachzulassungen aus der Kombination als Facharzt für Neurologie und als Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie ermittelte Fachgruppendurchschnitt wird auch für die RLV-Fachgruppen der Fachärzte für Neurologie und der Fachärzte für Psychiatrie, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie herangezogen. Für die RLV-Fachgruppe der Fachärzte für Chirurgie, Fachärzte für Herzchirurgie, Fachärzte für Kinderchirurgie, Fachärzte für Kinder- und Jugendchirurgie, Fachärzte für Plastische Chirurgie, Fachärzte für Plastische und Ästhetische Chirurgie, Fachärzte für Thoraxchirurgie, Fachärzte für Visceralchirurgie, Fachärzte für Chirurgie mit Schwerpunkt Gefäßchirurgie, Fachärzte für Gefäßchirurgie, Fachärzte für Orthopädie und Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie wird der für Fachärzte für Orthopädie und für Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie nach Satz 1 ermittelte Wert herangezogen.

(II) Für Ärzte, die außer in ihrer Arztpraxis auch in einer oder mehreren Berufsausübungsgemeinschaften, ggf. in verschiedenen Teilnahmeformen tätig sind, werden ggf. heranzuziehende Durchschnittsfallzahlen anteilig im Verhältnis des Tätigkeitsumfangs am jeweiligen Standort zugeordnet und dürfen in der Summe ein gesamtes RLV (100 Prozent) auf Basis des Fachgruppendurchschnitts nicht überschreiten. Die Tätigkeit an einem oder mehreren weiteren Praxisstandorten begründet keinen Anspruch auf ein zusätzliches RLV bzw. QZV. Sätze 1 und 2 gelten für angestellte Ärzte und Ärzte, die in der gleichen Praxis in verschiedenen Teilnahmeformen tätig sind, entsprechend. Eine abweichende Zuordnung der Durchschnittsfallzahlen ist in den Grenzen der Vorgaben der geltenden Zulassungsverordnung und des Bundesmantelvertrags (insbesondere Mindest-Präsenzpflicht am Stammsitz) nach Mitteilung des Arztes zulässig. Eine Mitteilung nach Satz 4 ist frühestens mit Einreichung der Abrechnung möglich, hat spätestens aber bis zum Ablauf der Widerspruchsfrist gegen den Honorarbescheid, der von der Zuordnung betroffen ist, zu erfolgen.

(III) Wird im Rahmen der Obergrenzenberechnung der Ansatz des Fachgruppendurchschnitts relevant und haben sich Ärzte zu einer Berufsausübungsgemeinschaft zusammengeschlossen, die sich auf die Erbringung einzelner Leistungen beschränkt (Teilberufsausübungsgemeinschaft), werden für diese Leistungen maximal 50 Prozent des für diese Ärzte maßgeblichen Fachgruppendurchschnitts angesetzt. Bei einer Tätigkeit in mehreren Teilberufsausübungsgemeinschaften wird der nach Satz 1 bestimmte Fachgruppendurchschnitt im gleichen Verhältnis auf alle Standorte der Tätigkeit in den Teilberufsausübungsgemeinschaften verteilt. Der Anteil nach Satz 1 für Leistungen in

Teilberufsausübungsgemeinschaften kann abweichend bestimmt werden, Absatz (II) Sätze 4 und 5 gelten entsprechend.

(IV) Für Teilnehmer in überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften, die ihren Sitz außerhalb des Bereichs der KVB haben, werden 50 Prozent der Fachgruppendurchschnittsfallzahl angesetzt. Satz 1 gilt für Ärzte, die aufgrund einer Ermächtigung nach § 24 Absatz 3 Satz 7 Ärzte-ZV im Bereich der KVB-Leistungen erbringen, entsprechend. Werden Ärzte aufgrund mehrerer Ermächtigungen nach § 24 Absatz 3 Satz 7 Ärzte-ZV im Bereich der KVB tätig, gilt Absatz (III) Sätze 2 und 3 entsprechend.

7.2.4 Job-Sharing, Weiterbildungs- und Sicherstellungsassistenten

(I) Die Tätigkeit von im Rahmen des Job-Sharings angestellter Ärzte und von nach § 101 Absatz 1 Nummer 4 SGB V zugelassenen Job-Sharing-Partnern („Job-Sharing-Junior-Partner“) in Job-Sharing-Berufsausübungsgemeinschaften sowie von Sicherstellungsassistenten begründet keine zusätzliche Obergrenze, sondern wird dem anstellenden Arzt bzw. dem Job-Sharing-Partner, der in der Bedarfsplanung berücksichtigt wird („Job-Sharing-Senior-Partner“), zugerechnet.
Ist ein Arzt gleichzeitig in mehreren Job-Sharing-Verhältnissen tätig, wird dessen Tätigkeit entsprechend ihres jeweiligen Umfanges dem jeweiligen anstellenden Arzt bzw. dem jeweiligen „Job-Sharing-Senior-Partner“ anteilig zugerechnet.
Die vorstehenden Regelungen der Sätze 1 und 2 gelten für Berufsausübungsgemeinschaften und medizinische Versorgungszentren entsprechend mit der Maßgabe, dass eine Zurechnung der Tätigkeit des im Job-Sharing angestellten Arztes zu demjenigen fachgebietsgleichen Arzt in der Berufsausübungsgemeinschaft bzw. in dem medizinischen Versorgungszentrum erfolgt, der von der jeweiligen anstellenden Berufsausübungsgemeinschaft bzw. dem jeweils anstellenden medizinischen Versorgungszentrum als der für das betreffende Genehmigungsverfahren vor dem Zulassungsausschuss maßgebliche fachgebietsidentische Arzt angegeben wurde und der im Genehmigungsbescheid genannt ist.

(II) Die Regelung in Absatz (I) Satz 1 gilt für die Anstellung von Weiterbildungsassistenten gemäß § 32 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 Ärzte-ZV entsprechend. In den Fällen des Satzes 1 ist mit dem Ansatz der aktuellen Fallzahl grundsätzlich der Vorgabe in § 32 Absatz 3 Ärzte-ZV Rechnung getragen. Im Übrigen gilt die Regelung in Abschnitt D, Nummer 1.3.

7.2.5 Tätigkeit unter mehreren Gebiets- oder Schwerpunktbezeichnungen

(I) Für einen Arzt, der seine Tätigkeit unter mehreren Gebiets- oder Schwerpunktbezeichnungen ausübt, richtet sich das RLV und ggf. QZV nach dem Versorgungsschwerpunkt, mit dem er zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen ist. Der Versorgungsschwerpunkt richtet sich nach der bei der Zulassung maßgeblichen Erklärung. Änderungen des Versorgungsschwerpunkts im Sinne von Satz 1 sind der KVB spätestens mit Einreichung der Abrechnung mitzuteilen. Abweichend von den vorstehenden Bestimmungen kann die KVB das RLV einer anderen Arztgruppe gemäß Abschnitt E, Anlage 1, Nummer 2

festlegen, wenn sich der Versorgungsschwerpunkt nach dem Zeitpunkt der Erklärung verändert hat. Der betroffene Arzt ist darüber zu informieren.

(II) Bei Fachärzten für Innere Medizin mit mehreren (genehmigten) Schwerpunkten richten sich RLV und QZV nach dem Schwerpunkt, in dem die Grundpauschalen überwiegend (mehr als 50 Prozent) abgerechnet werden.

(III) Bei einer Mehrfachzulassung aus der Kombination als Facharzt für Neurologie und als Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie richten sich RLV und QZV nach der RLV-Fachgruppe der Fachärzte für Nervenheilkunde nach Abschnitt E, Anlage 1, Nummer 2.

(IV) Bei einer Mehrfachzulassung aus der Kombination als Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde und als Facharzt für Phoniatrie und Pädaudiologie bzw. Facharzt für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen richten sich RLV und QZV nach der RLV-Fachgruppe der Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie, Fachärzte für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen nach Abschnitt E, Anlage 1, Nummer 2.

7.2.6 Berechnung je Praxis bei mehreren Teilnehmern

Die Berechnung der Obergrenze aus RLV und QZV erfolgt bei Berufsausübungsgemeinschaften, medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten praxisbezogen. Dabei ergibt sich die Höhe der praxisbezogenen Obergrenze aus der Addition der RLV je Arzt, der in der Praxis tätig ist, sowie ggf. der Addition der QZV je Arzt, der in der Praxis tätig ist.

7.3 Ermittlung RLV

7.3.1 Definition RLV

(I) Das RLV je Arzt einer der in Abschnitt E, Anlage 1 benannten Fachgruppen ist die Summe aus dem jeweiligen Produkt eines nach Altersklassen differenzierten Fallwertes (Nummer 7.3.2) und der damit jeweils korrespondierenden RLV-Fallzahl im Abrechnungsquartal (Nummer 7.3.3), ggf. unter Berücksichtigung der Fallzahlbegrenzung nach Nummer 7.3.4. Maßgeblich für die Zuordnung zu den altersklassenabhängigen Fallwerten ist das Alter des Patienten am Tag der ersten Behandlung im Abrechnungsquartal.

(II) Das praxisbezogene RLV ergibt sich aus der Addition der RLV der Ärzte, die in der Arztpraxis tätig sind, sowie der entsprechenden Zuschläge für Berufsausübungsgemeinschaften, medizinische Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten nach Nummer 7.3.6.

7.3.2 Fallwert(e) RLV

Die für das RLV des Arztes maßgeblichen Fallwerte bestimmen sich nach den Vorgaben in Abschnitt E, Anlage 3a. Die Fallwerte gelten, ggf. unter Berücksichtigung einer Anpassung nach Nummer 2.2.2 für die Quartale eines Kalenderjahres.

7.3.3 Fallzahl

(I) Für das RLV relevante Fälle sind kurativ-ambulante Behandlungsfälle gemäß § 21 Absatz 1 und Absatz 2 BMV-Ä. Ausgenommen sind

a) Notfälle im organisierten Notfalldienst (Muster 19a der Vordruckvereinbarung),

b) Behandlungsfälle zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen oder zur Befundung von dokumentierten Untersuchungsergebnissen, einschließlich der Leistungen des Abschnitts 1.6 EBM sowie der GOP 01701 EBM,

c) Behandlungsfälle, in denen ausschließlich Leistungen und Kostenerstattungen, die gemäß Nummer 7.1.2 nicht dem RLV unterliegen, abgerechnet werden,

d) sowie Behandlungsfälle mit ausschließlicher Abrechnung der GOP 01430, 01435, 01436, 01820 und 05230 EBM als RLV-relevante Leistungen.

(II) Zur Umsetzung des Arztbezuges gemäß Nummer 7.2.1 ist die Ermittlung des RLV mit den RLV-Fällen unter Berücksichtigung der Aufteilung nach Altersklassen vorgegeben.

– In Einzelpraxen entspricht die Zahl der RLV-Fälle der Zahl der Behandlungsfälle gemäß Absatz (I).

– In Berufsausübungsgemeinschaften, medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten entspricht die Zahl der RLV-Fälle eines Arztes der Zahl der Behandlungsfälle gemäß Absatz (I) der Arztpraxis multipliziert mit seinem Anteil an der RLV-relevanten Arztfallzahl der Praxis.

7.3.4 Fallzahlbegrenzung

(I) Ist die Summe aller RLV-Fallzahlen einer der in Abschnitt E, Anlage 1 genannten Fachgruppen im Vergleich zum Vorjahresquartal größer als 97 Prozent des Wertes im Vorjahresquartal, wird abweichend von Nummer 7.3.3 die RLV-Fallzahl derjenigen Ärzte, die eine größere Fallzahl als 97 Prozent der Fallzahl im Vorjahresquartal aufweisen, wie folgt ermittelt. Die RLV-Fallzahl wird auf Basis des Wertes im Vorjahresquartal bestimmt und unter Berücksichtigung der Zuordnung nach Altersklassen im aktuellen Quartal um einen Wert von 3 Prozent gemindert, soweit sich nicht aus den nachstehenden Bestimmungen Ergänzungen oder Abweichungen ergeben. Die Anpassung der Fallzahl nach den vorstehenden Sätzen erhöht sich ggf. nach Absatz (XI).

(II) Die Regelung des Absatzes (I) wird in Berufsausübungsgemeinschaften, medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten nur angewandt, wenn die Summe aller RLV-Fallzahlen der Teilnehmer einer RLV-Fachgruppe in der Berufsausübungsgemeinschaft, dem medizinischen Versorgungszentrum und einer Praxis mit angestellten Ärzten insgesamt den nach Absatz (I) ermittelten Wert überschreitet.
Dabei wird ein ggf. vorhandener Fallzahlrückgang eines Teilnehmers anteilig durch Erhöhung

der RLV-Fallzahl auf die Teilnehmer der gleichen RLV-Fachgruppe verteilt, deren RLV-Fallzahl den Wert nach den Absätzen (I) und (XI) übersteigt.

(III) Die RLV-Fallzahl wird ggf. abweichend festgelegt nach Maßgabe einer Entscheidung gemäß Abschnitt D, Nummer 1.1.

(IV) Neuärzte und Ärzte mit unterdurchschnittlicher RLV-Fallzahl

Bei Ärzten, die im Vorjahresquartal noch nicht niedergelassen waren (Neuärzte), oder deren Fallzahl im Vorjahresquartal den Fachgruppendurchschnitt nach Nummer 7.2.3 nicht erreicht hat, wird im Rahmen ihrer Obergrenze bei der Honorarabrechnung grundsätzlich die eigene RLV-Fallzahl (Nummer 7.3.3) im Abrechnungsquartal angesetzt. Soweit diese die durchschnittliche Fallzahl der Fachgruppe (Nummer 7.2.3) überschreitet, wird der Fachgruppendurchschnitt angesetzt. Erfolgt die Niederlassung nach Quartalsbeginn oder endet die Tätigkeit vor Quartalsende, wird der Fachgruppendurchschnitt im Umfang der verbleibenden Arbeitstage anteilig ermittelt.

(V) Praxisübernahme

a) Wird eine Praxis übernommen, die im Vorjahresquartal tätig war und deren Fallzahl im Vorjahresquartal die durchschnittliche Fallzahl der Fachgruppe überstieg, kann auf Antrag diese höhere Fallzahl unter Berücksichtigung der Anpassung nach Absatz (I) für die Berechnung des RLV herangezogen werden, jedoch maximal die eigene Fallzahl im Abrechnungsquartal.

b) Dem Antrag ist eine schriftliche Einverständniserklärung des Praxisvorgängers auf Übernahme der Vorjahresfallzahl beizulegen, es sei denn, eine solche Erklärung ist aus tatsächlichen Gründen nicht möglich.

c) Ein Antrag nach a) ist nicht zulässig, wenn der Praxisvorgänger die vertragsärztliche Tätigkeit in der näheren Umgebung (20-Kilometer-Umkreis zum bisherigen Praxisstandort) nicht beendet hat.

(VI) Veränderung in Kooperationen

a) Bei personellen Veränderungen in Praxen/Kooperationen (insbesondere Änderung des Status, Tätigkeitsumfangs, Fälle des Ein- und/oder Austritts) erfolgt grundsätzlich eine Anpassung aller RLV der von der Veränderung erfassten Praxen.

b) Veränderungen während eines Abrechnungsquartals werden anteilig (Arbeitstage) berücksichtigt.

(VII) Für den Fall, dass Selektivverträge nach § 140a SGB V, die eine Vollversorgung zum Inhalt haben, enden, insbesondere durch Kündigung, mit der Folge, dass die eingeschriebenen Versicherten im Vorjahresquartal keinen Fall im Sinne von Nummer 7.3.3

ausgelöst haben, gilt für die Ärzte grundsätzlich Absatz (IV). Im Einzelfall kann eine Entscheidung nach Abschnitt D, Nummer 1.1 beantragt werden.

(VIII) Fallzahlbegrenzung bei „Kleinen Arztgruppen“
Wird ein Fachgruppenfonds einer „kleinen Arztgruppe“ im Sinne der Regelung in Abschnitt E, Anlage 3b, Nummer 4.2 prozentual angepasst, wird die Summe aller RLV-Fallzahlen der entsprechenden Arztgruppe im Vorjahresquartal um den gleichen Prozentsatz erhöht, bevor eine mögliche Anpassung nach den Absätzen (I) und (XI) berechnet wird. Prozentuale Erhöhungen aus vorhergehenden Zeiträumen sind in der Berechnung nach Satz 1 (basiswirksam) mindernd zu berücksichtigen.

(IX) Bei der Ermittlung der Summe der RLV-Fallzahlen einer Fachgruppe gemäß Absatz (I) Satz 1 werden die Summen der RLV-Fallzahlen der Arztgruppen der Fachärzte für Nervenheilkunde, Mehrfachzulassungen aus der Kombination als Facharzt für Neurologie und als Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzte für Neurologie und Fachärzte für Psychiatrie, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie zusammengefasst.

(X) Hat der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen einen Beschluss nach § 100 Absatz 1 oder Absatz 3 SGB V getroffen, bleiben RLV-Fälle, die von den betroffenen Ärzten in den betroffenen Planungsbereichen/ Gebieten im aktuellen Quartal erbracht wurden, für diese Ärzte bei der Ermittlung ihrer RLV-Fallzahl nach Absatz (I) unberücksichtigt. Die Regelung beginnt mit der vom Landesausschuss festgestellten (drohenden) Unterversorgung bzw. dem vom Landesausschuss festgestellten lokalen Versorgungsbedarf und endet mit Ablauf des zweiten auf den entsprechenden Aufhebungsbeschluss des Landesausschusses folgenden Quartals.

(XI) Berücksichtigung von ferienbedingten Fallzahlschwankungen
Jedes Quartal wird die prozentuale Veränderung der Anzahl der ferien- und feiertagsfreien Wochentage zwischen Montag und Freitag im Vergleich zum Vorjahresquartal ermittelt. Liegt der Wert nach Satz 1 bei 10 Prozent oder höher, bestimmt sich der maßgebliche Wert nach Absatz (I) für die Fachgruppe bzw. die einzelnen Ärzte nach der Formel gemäß Abschnitt E, Anlage 6.

7.3.5 Fallwertminderung

(I) Die für einen Arzt zutreffenden fachgruppenspezifischen Fallwerte nach Nummer 7.3.2 werden für jeden über 150 Prozent der durchschnittlichen RLV-Fallzahl der Fachgruppe hinausgehenden RLV-Fall wie folgt gemindert:

- um 25 Prozent für RLV-Fälle über 150 Prozent bis 170 Prozent der durchschnittlichen RLV-Fallzahl der Fachgruppe,
- um 50 Prozent für RLV-Fälle über 170 Prozent bis 200 Prozent der durchschnittlichen RLV-Fallzahl der Fachgruppe,

– um 75 Prozent für RLV-Fälle über 200 Prozent der durchschnittlichen RLV-Fallzahl der Fachgruppe.

(II) Die durchschnittliche Fallzahl der Fachgruppe nach Absatz (I) wird nach Nummer 7.2.3 ermittelt.

(III) Im Falle des Abschlusses von Selektivverträgen nach § 140a SGB V kann der Vorstand der KVB die Fallwertminderung nach Absatz (I) für eine RLV-Fachgruppe, deren Mitglieder an dem jeweiligen Selektivvertrag teilnehmen, aussetzen.

(IV) Für den Ansatz der RLV-Fälle des Arztes in Absatz (I) gilt Nummer 7.3.4 Absatz (X) entsprechend.

7.3.6 RLV-Erhöhung für Berufsausübungsgemeinschaften, medizinische Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten (BAG-Zuschlag)

(I) Aufgrund der gewählten Fallzahlbestimmung für das RLV (RLV-relevante Arztfälle entsprechen in einer Einzelpraxis den RLV-relevanten Behandlungsfällen, in einer Berufsausübungsgemeinschaft, medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten ergeben sich die RLV-relevanten Arztfälle aus dem prozentualen Anteil der RLV-relevanten Arztfälle an den RLV-relevanten Behandlungsfällen) wird zum Ausgleich ein BAG-Zuschlag gewährt.
Ein BAG-Zuschlag wird nicht gewährt im Hinblick auf die Tätigkeit von Ärzten, die nach Nummer 7.2.4 kein eigenes RLV erhalten.

(II) Bei Berufsausübungsgemeinschaften, medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten wird angenommen, dass deren Gründung neben Kostenerwägungen auch im Sinne des § 87b Absatz 2 SGB V zur kooperativen Behandlung von Patienten erfolgt(e), um insbesondere eine kontinuierliche Betreuung der Patienten während der Woche / des Quartals / des Jahres zu gewährleisten. Wird die Annahme nach Satz 1 im Einzelfall widerlegt, insbesondere, wenn die jeweilige Kooperationsform zu den üblichen Praxiszeiten keine ununterbrochene Öffnungsdauer im Quartalsverlauf aufweisen kann, kann die RLV-Erhöhung zurückgenommen oder reduziert werden.

(III) In Umsetzung der KBV-Vorgaben, Teil D wird der kooperativen Behandlung von Patienten wie folgt Rechnung getragen:
Soweit im Folgenden der Kooperationsgrad berücksichtigt wird, ist dieser wie folgt definiert:
Kooperationsgrad (KG) je Abrechnungsquartal in Prozent = ((RLV-relevante Arztfallzahl der Arztpraxis im Abrechnungsquartal / Zahl der Behandlungsfälle gemäß Nummer 7.3.3 Absatz [I] im Abrechnungsquartal) – 1) * 100.
Die Ermittlung des Kooperationsgrades erfolgt dabei unter Berücksichtigung der ab Quartal 3/2011 im Bereich der KVB eingeführten Leistungskennzeichnung (GOP 99215).

Das praxisbezogene RLV wird

a) bei standortübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften, medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten einer oder mehrerer Arztgruppen gemäß Abschnitt E, Anlage 1, Nummer 2 um 10 Prozent erhöht, soweit ein Kooperationsgrad von mindestens 10 Prozent erreicht wird,

b) bei nicht standortübergreifenden fach- und schwerpunktgleichen Berufsausübungsgemeinschaften, medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten der gleichen Arztgruppe gemäß Abschnitt E, Anlage 1, Nummer 2 um 10 Prozent erhöht,

c) in nicht standortübergreifenden fach- und schwerpunktübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften, medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten, in denen mehrere Ärzte unterschiedlicher Arztgruppen gemäß Abschnitt E, Anlage 1, Nummer 2 tätig sind, wird das RLV unter Berücksichtigung des Kooperationsgrades der Einrichtung oder Praxis um die in nachstehender Tabelle in Prozent ausgewiesenen Anpassungsfaktoren erhöht.

Tabelle: Anpassungsfaktoren in Prozent

Kooperationsgrad (KG) in Prozent	Anpassungsfaktor in Prozent
0 bis unter 10	0
10 bis unter 15	10
15 bis unter 20	15
20 bis unter 25	20
25 bis unter 30	25
30 und größer	30

Unterschreitet der Kooperationsgrad einer Praxis den Wert von 10 Prozent, so wird bei nicht standortübergreifenden fach- und schwerpunktübergreifenden Praxen ein Anpassungsfaktor in Höhe von 10 Prozent festgelegt, soweit eine der Arztgruppen gemäß Abschnitt E, Anlage 1, Nummer 2 durch mehrere Teilnehmer in der Praxis vertreten ist.

(IV) Eine Berufsausübungsgemeinschaft, ein medizinisches Versorgungszentrum oder eine Praxis mit angestellten Ärzten ist fachübergreifend im Sinne der vorstehenden Bestimmungen, wenn in ihr bzw. ihm jeweils Ärzte mit unterschiedlichen RLV-Arztgruppen/Fachgruppen gemäß Abschnitt E, Anlage 1, Nummer 2 tätig sind. Für die Arztgruppen in Abschnitt E, Anlage 1, Nummer 2, dritter Aufzählungspunkt gilt für die Berechnung des BAG-Zuschlags die RLV-Fachgruppenzuordnung in der Fassung des HVM gültig bis 31.12.2019.
Ärzte mit mehreren Gebiets- und/oder Schwerpunktbezeichnungen werden nur mit einem Gebiet oder Schwerpunkt berücksichtigt; Nummer 7.2.5 gilt entsprechend. Zur Abgrenzung standortübergreifender von nicht standortübergreifender Tätigkeit im Sinne der vorgenannten Regelungen wird auf die Betriebsstätte nach § 1a Nummer 21 BMV-Ä abgestellt.

7.4 Ermittlung QZV

7.4.1 Definition

Jeder Arzt einer Fachgruppe gemäß Abschnitt E, Anlage 1 erhält ein oder mehrere QZV, die für seine Fachgruppe nach Abschnitt E, Anlage 2 bestimmt sind, wenn deren Voraussetzungen gegeben sind. Die Höhe des jeweiligen QZV eines Arztes ergibt sich aus der Multiplikation des fachgruppenspezifischen Fallwertes für das jeweilige QZV gemäß Nummer 7.4.2 und der Anzahl der QZV-Fälle des Arztes gemäß Nummer 7.4.3.

7.4.2 Fallwert(e) QZV

(I) Für die in Abschnitt E, Anlage 2 aufgeführten Leistungsbereiche werden QZV gebildet. Die für das oder mehrere ggf. zu ermittelnde QZV eines Arztes maßgeblichen Fallwerte bestimmen sich nach den Vorgaben in Abschnitt E, Anlage 3a, Nummer 7.2. Die Fallwerte gelten, ggf. unter Berücksichtigung einer Anpassung nach Nummer 2.2.2 für die Quartale eines Kalenderjahres.

(II) Ein Arzt hat Anspruch auf eines oder mehrere arztgruppenspezifische QZV, wenn

- er mindestens eine Leistung des entsprechenden QZV im jeweiligen Abrechnungsquartal erbracht hat und
- er die zutreffende Gebiets- bzw. Schwerpunktbezeichnung führt. Unterliegt die Voraussetzung zur Erbringung von in QZV aufgeführten Leistungen einer Qualifikation nach § 135 Absatz 2 SGB V, § 136 SGB V oder dem Führen einer Zusatzbezeichnung, ist der Nachweis zusätzlich erforderlich.

(III) QZV MRT
Für die RLV-Fachgruppe der Fachärzte für Radiologie, der Fachärzte für Diagnostische Radiologie, der Fachärzte für Strahlentherapie, der Fachärzte für Radioonkologie und Strahlentherapie und für die RLV-Fachgruppe der Fachärzte für Nuklearmedizin gilt: Der für einen Arzt zutreffende fachgruppenspezifische Fallwert nach Absatz (I) für das QZV MRT wird für jeden über 200 Prozent der durchschnittlichen QZV-Fallzahl hinausgehenden QZV-Fall um 75 Prozent gemindert. Als durchschnittliche QZV-Fallzahl nach Satz 1 wird für Ärzte, die dieser Regelung unterliegen, einheitlich die nach Durchführung der Regelung in Nummer 7.4.3 Absatz (II) durchschnittlich anerkannte QZV-Fallzahl der RLV-Fachgruppe der Fachärzte für Radiologie, der Fachärzte für Diagnostische Radiologie, der Fachärzte für Strahlentherapie und der Fachärzte für Radioonkologie und Strahlentherapie auf Basis der Quartale des Jahres 2025 herangezogen. Die durchschnittliche QZV-Fallzahl der RLV-Fachgruppe wird dabei je Arzt abhängig von seinem Tätigkeitsumfang (Nummer 7.2.2 und Nummer 7.2.3) festgelegt. Fälle in Konstellationen nach § 87a Absatz 3 Satz 5 Nummer 3 und 4 SGB V in der bis 29. Juli 2026 geltenden Fassung werden in die Berechnung der durchschnittlichen QZV-Fallzahl in dem Verhältnis einbezogen, das sich aus der Gegenüberstellung der nach Abschnitt E, Anlage 8 anerkannten zur abgerechneten Leistungsfallzahl ergibt.

7.4.3 Fallzahl

(I) Für das QZV relevante Fälle sind alle Fälle eines Arztes im Abrechnungsquartal, in denen wenigstens eine der Leistungen, die dem jeweiligen QZV zugeordnet sind, von dem Arzt abgerechnet und anerkannt wurden (Leistungsfall).

(II) QZV MRT
Die Leistungsfälle des QZV MRT der in Nummer 7.4.2 Absatz (III) genannten RLV-Fachgruppen unterliegen einer Fallzahlbegrenzung wie folgt: Ist die QZV-Fallzahl eines Arztes für das QZV MRT im Vergleich zur anerkannten Leistungsfallzahl des QZV MRT im Vorjahresquartal, größer als 90 Prozent des Wertes im Vorjahresquartal, bestimmt sich die QZV-Fallzahl abweichend von Absatz (I) nach Abschnitt E, Anlage 8. Die anerkannte Leistungsfallzahl nach Satz 2 erhöht sich in den Quartalen 1-4/2027 um die jeweils entsprechende Leistungsfallzahl, die im korrespondierenden Vorjahresquartal in Konstellationen nach § 87a Absatz 3 Satz 5 Nummer 3 und 4 SGB V i. d. F. d. GKV-FinStG erbracht wurde.

7.4.4 Aufschlag für CT-Leistungen in onkologischen Fällen

(I) In jedem Leistungsfall (Nummer 7.4.3 Absatz (I)), in dem CT-Leistungen nach der GOP 34310, 34311, 34320, 34321, 34322, 34330, 34340, 34341, 34342, 34350 und 34351 EBM in Verbindung mit einem ICD-10-GM-Kode C00 bis C97 mit Zusatzkennzeichen für die Diagnosensicherheit „G“ erbracht werden, wird einmalig ab dem zweiten Ansatz einer dieser GOP ein Aufschlag auf die Obergrenze gewährt.

(II) Der Aufschlag nach Absatz (I) beträgt 50 Euro.

(III) Der Vorstand kann den Wert nach Absatz (II) absenken.

8. Bereinigung, Ausdeckelung, Eindeckelung und besondere Anpassungen der MGV

(I) Gemäß Teil B, Nummer 3.5 KBV-Vorgaben sind im aktuellen Abrechnungsquartal in den Vergütungsvolumina der jeweiligen Grundbeträge die notwendigen Bereinigungen, die durch das SGB V vorgesehen sind, sowie Änderungen in der Abgrenzung der MGV und Anpassungen der MGV wegen Anpassungen des EBM oder anderer Vorgaben des Bewertungsausschusses zu berücksichtigen. Die Berücksichtigung gilt für Anpassungen der MGV aufgrund von Empfehlungen des Bewertungsausschusses entsprechend.

(II) Für die Fälle einer Bereinigung nach § 116b SGB V gilt folgende Besonderheit:
In dem Vergütungsvolumen des Grundbetrags „PFG“ erfolgt keine Bereinigung (§ 116b Absatz 6 Satz 14 SGB V).

(III) Der Vorstand kann innerhalb des Vergütungsvolumens des fachärztlichen Grundbetrags über eine weitergehende Berücksichtigung der Bereinigungsvolumen entscheiden. Das gilt

auch für eine ggf. erforderliche praxisindividuelle Bereinigung der Obergrenze. Dabei sind jeweils die KBV-Vorgaben, Teil F zu beachten.

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

Abschnitt C – Vergütungsregelung für Praxisnetze

Gesonderte Vergütungsregelung für Praxisnetze (§ 87b Absatz 2 Satz 3 SGB V)

1. Praxisnetzen, die nach der KVB-Anerkennungsrichtlinie anerkannt sind, wird nach Maßgabe der folgenden Regelungen je Quartal eine Netzpauschale gezahlt. Die Zahlung erfolgt an den durch eine entsprechende Vollmacht ausgewiesenen Vertreter des Praxisnetzes zugunsten der mitgeteilten Netz-Bankverbindung spätestens zum Zeitpunkt der für Ärzte geltenden Restzahlung.

2. Die Höhe der Netzpauschale nach Nummer 1 richtet sich nach der Anerkennungsstufe des jeweiligen Praxisnetzes nach Anlage 1 der KVB-Anerkennungsrichtlinie (Stichtag: letzter Werktag des Quartals).

3. Die Netzpauschale beträgt je Praxisnetz und Quartal für die Basis-Stufe 7.500 Euro, für die Stufe I 10.000 Euro und für die Stufe II 12.500 Euro. Übersteigt das rechnerische Volumen für die Summe der Netzpauschalen den Wert von 400.000 Euro im Quartal, dann reduzieren sich die Netzpauschalen nach Satz 1 gleichmäßig in dem Verhältnis, das sich aus der Gegenüberstellung des Wertes von 400.000 Euro zur rechnerischen Summe der Netzpauschalen ergibt. Die Finanzierung der Zahlungen nach Nummer 1 erfolgt zu gleichen Teilen aus dem hausärztlichen Grundbetrag und dem fachärztlichen Grundbetrag, die sich aus den KBV-Vorgaben ergeben.

4. Die Netzpauschalen nach den vorstehenden Regelungen haben das Ziel, die patientenorientierte vertragsärztliche Versorgung zu verbessern, insbesondere

- durch eine verstärkte Kooperation zwischen Haus- und Fachärzten sowie einer Verkürzung der Wartezeiten unter anderem durch Nutzung der Möglichkeiten der Terminservicestelle und
- durch eine verbesserte Kommunikation und Abstimmung zwischen den Praxen innerhalb des Netzes für eine strukturierte Patientenversorgung.

5. Nach Ablauf von jeweils vier Quartalen informiert das Praxisnetz jährlich über die Verwendung der Netzpauschalen im Sinne von Nummer 4.

6. Die KVB evaluiert die Auswirkungen der Förderung nach Nummer 4 unter Berücksichtigung der Information nach Nummer 5. Werden die Ziele nach Nummer 4 nicht erreicht, entscheidet die Vertreterversammlung der KVB über den Fortbestand oder eine Anpassung der Netzpauschale.

Abschnitt D – Einzelfallregelungen

1. Einzelfallregelungen auf Antrag mit Auswirkung auf die Obergrenze

1.1 Korrektur der Obergrenze mit Bezug zur Fallzahl

(I) Kommt die Regelung in Abschnitt B, Nummer 7.3.4 (Fallzahlbegrenzung) zur Anwendung mit der Folge, dass die für das RLV maßgebliche Fallzahl grundsätzlich auf Basis des Vorjahresquartals ermittelt wird, kann im Einzelfall eine Korrektur der Obergrenze mit Bezug zur Fallzahl nach Maßgabe der nachstehenden Regelungen beantragt werden. Der Ansatz der Fallzahl gemäß Abschnitt B, Nummer 7.3.4 Absatz (I) kann einen Antrag nicht begründen.

(II) Bei einer außergewöhnlich starken Erhöhung der Fallzahl können die Folgen der Regelung nach Abschnitt B, Nummer 7.3.4 ausgesetzt oder angepasst werden, wenn die Erhöhung auf einen der nachfolgenden Tatbestände zurückzuführen ist:

- Urlaubs- und krankheitsbedingte Vertretung eines Arztes der eigenen Berufsausübungsgemeinschaft,
- Urlaubs- und krankheitsbedingte Vertretung eines Arztes einer Praxis in der näheren Umgebung der Praxis,
- Aufgabe einer Zulassung oder genehmigten Tätigkeit eines Arztes der eigenen Berufsausübungsgemeinschaft,
- Aufgabe einer Zulassung oder genehmigten Tätigkeit eines Arztes in der näheren Umgebung der Praxis,
- Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit in einem Planungsbereich, der an einen Planungsbereich grenzt, in dem für die Arztgruppe des Antragstellers ein Beschluss des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen nach § 100 Absatz 1 oder 3 SGB V vorliegt und der Antragsteller Patienten aus dem angrenzenden Planungsbereich in nicht untergeordnetem Umfang versorgt,
- Kündigung von Selektivverträgen nach § 140a SGB V, die eine Vollversorgung zum Inhalt haben, mit der Folge, dass die eingeschriebenen Versicherten im Vorjahresquartal keinen Fall im Sinne von Abschnitt B, Nummer 7.3.3 ausgelöst haben (Abschnitt B, Nr. 7.3.4 Absatz (VII)),
- außergewöhnlicher und durch den Arzt unverschuldeter Grund, der zu einer niedrigeren Fallzahl des Arztes im Vorjahresquartal geführt hat. Hierzu zählt z. B. Krankheit des Arztes.

(III) Voraussetzung für eine Berücksichtigung nach Absatz (II) ist grundsätzlich eine Fallzahlsteigerung von mehr als 10 Prozent. Von der Anwendung des Satzes 1 kann in begründeten Ausnahmefällen abgesehen werden, insbesondere wenn die Ausübung der

vertragsärztlichen Tätigkeit an einen Planungsbereich grenzt, in dem für die Arztgruppe des Antragstellers ein Beschluss des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen nach § 100 Absatz 1 oder 3 SGB V vorliegt.

(IV) Die Korrektur der Obergrenze nach Absatz (II) ist entsprechend der Dauer des für die Korrektur ursächlichen Ereignisses zu befristen und gilt nur für das Quartal, auf das sich der Antrag nach Absatz (I) bezieht.

(V) Kommt die Regelung in Abschnitt B Nummer 7.4.3 Absatz (II) zur Anwendung, kann im Einzelfall eine Korrektur der Obergrenze mit Bezug zur Leistungsfallzahl im QZV MRT beantragt werden. Für Anträge nach Satz 1 gelten die Regelungen nach Absatz (II) Absatz (III) Satz 1 und Absatz (IV) entsprechend.

(VI) Das Nähere regelt der Vorstand in Durchführungsrichtlinien.

1.2 Korrektur der Obergrenze mit Bezug zum Fallwert aufgrund eines besonderen Versorgungsbedarfs

(I) Auf Antrag kann die Obergrenze je Arzt angepasst werden, wenn ein besonderer Versorgungsbedarf festgestellt wird.

(II) Ein besonderer Versorgungsbedarf kann sich ergeben aus einem besonderen Versorgungsauftrag oder einer besonderen, für die Versorgung bedeutsamen fachlichen Spezialisierung.

(III) Ein besonderer Versorgungsbedarf im Sinne einer bedeutsamen fachlichen Spezialisierung kann vorliegen, wenn

a) die Überschreitung der Obergrenze überdurchschnittlich (RLV-Fachgruppe) ist,

b) der Obergrenzenfallwert des Antragstellers im aktuellen Quartal auf Basis des anerkannten Leistungsbedarfs (B€GO) wenigstens 20 Prozent über dem korrespondierenden Obergrenzenfallwert der Fachgruppe liegt,

c) die Leistungen des besonderen Versorgungsbedarfs im Sinne einer bedeutsamen fachlichen Spezialisierung wenigstens 20 Prozent des Gesamtleistungsbedarfs EBM (ohne Kostenpauschalen) des Antragstellers umfassen, und

d) der jeweilige Fallwert des Antragstellers (RLV und/oder QZV) im aktuellen Quartal auf Basis des anerkannten Leistungsbedarfs (B€GO) wenigstens 15 Prozent über dem jeweiligen Fallwert (RLV und/oder QZV) der Fachgruppe liegt,

und die Umstände des Einzelfalles nicht gegen die Anerkennung einer bedeutsamen fachlichen Spezialisierung sprechen.

(IV) Ist bei Ärzten mit Mehrfachzulassungen oder Fachärzten für Innere Medizin mit Tätigkeit in mehreren Schwerpunkten eine Tätigkeit mit eindeutigem Versorgungsschwerpunkt in

einem Gebiet oder Schwerpunkt (Abschnitt B, Nummer 7.2.5 Absatz (I) oder (II)) nicht feststellbar, kann eine bedeutsame fachliche Spezialisierung vorliegen, obwohl eines oder mehrere der Merkmale in Absatz (III) Buchstabe b) bis d) nicht vorliegt bzw. vorliegen. In diesen Fällen erfolgt eine Prüfung im Einzelfall.

(V) Für den Fall der Anerkennung eines besonderen Versorgungsbedarfs wird die Obergrenze des Antragstellers erhöht. Die Erhöhung erfolgt für das Quartal der Antragstellung und die folgenden drei Quartale, solange und soweit die Voraussetzungen für die Anerkennung des besonderen Versorgungsbedarfs fortbestehen. Das Fortbestehen der Voraussetzungen kann quartalsweise überprüft werden und berechtigt im Falle des Wegfalls einer oder mehrerer Voraussetzungen zum Widerruf der Stattgabe ab dem Zeitpunkt, zu dem die Voraussetzungen tatsächlich nicht mehr gegeben waren. Ist der Antragsteller in einer Praxis mit mehreren Teilnehmern tätig, erfolgt eine Erhöhung nur, soweit die Voraussetzung des Absatzes (III) Buchstabe a) für die Praxis gesamt unter Berücksichtigung der vertretenen Fachgruppen und des Tätigkeitsumfangs erfüllt ist.

(VI) Das Nähere regelt der Vorstand in Durchführungsrichtlinien.

1.3 Beschäftigung von Weiterbildungsassistenten (Abschnitt B, Nummer 7.2.4 Absatz (II))

(I) Kommen im Einzelfall die Regelungen der Fallzahlbegrenzung nach Abschnitt B, Nummer 7.3.4 und/oder der Fallwertminderung nach Abschnitt B, Nummer 7.3.5 zur Anwendung, kann der davon betroffene Arzt, der einen Assistenten im Rahmen der Weiterbildung nach § 75a SGB V beschäftigt, in Umsetzung von § 32 Absatz 3 Satz 3 Ärzte-ZV eine Anpassung der Obergrenze beantragen.

(II) Die Anpassung nach Absatz (I) erfolgt durch eine entsprechende Erhöhung der Obergrenze um einen Wert bis zur Höhe des Anhebungsbetrags gemäß § 75a Absatz 1 Satz 4 SGB V.

(III) Honoraranteile außerhalb der Obergrenze, die auf der Tätigkeit des Weiterbildungsassistenten beruhen, sind bei der Erhöhung gemäß Absatz (II) mindernd zu berücksichtigen.

(IV) Das Nähere regelt der Vorstand in Durchführungsrichtlinien.

2. Härtefallregelung

(I) Führt die Anwendung der Bestimmungen zu den RLV bzw. QZV dieses HVM im Einzelfall zu einer unzumutbaren Härte, kann auf Antrag aus Sicherstellungsgründen über die vorstehenden Regelungen hinaus eine Anpassung der Obergrenze erfolgen, wenn die Härte durch Vorlage entsprechender Nachweise (z.B. Einnahmenüberschuss-Rechnung) belegt ist.

(II) Das Nähere regelt der Vorstand in Durchführungsrichtlinien.

3. Fristen – Rechtsbehelf

(I) Über Anträge nach Nummer 1 und 2 entscheidet die KVB.

(II) Antragsfrist

Anträge nach Nummer 2 können frühestens mit Bekanntgabe des Honorarbescheids des Quartals gestellt werden, auf das sich der Antrag bezieht. Anträge nach Nummer 1 und 2 sind spätestens einen Monat nach Bekanntgabe des Honorarbescheids des Quartals zu stellen, auf das sich der Antrag bezieht. Eine darüber hinaus gehende rückwirkende Antragstellung ist ausgeschlossen. Für die Rechtzeitigkeit des Antrags ist der Zugang bei der KVB maßgeblich.

(III) Sind mehrere Anträge nach Nummer 1 und 2 durch den gleichen Arzt für den gleichen Zeitraum gestellt, und werden Entscheidungen dazu unabhängig voneinander mit dem Widerspruch angegriffen, können diese zu einem Verfahren verbunden werden.

(IV) Werden weitere Anträge nach diesem HVM, die sich auf eine Anpassung der Obergrenze richten, gestellt, gilt Absatz (III) entsprechend.

4. Fallwertminderung (Abschnitt B, Nummer 7.3.5 Absatz (I))

Aus Sicherstellungsgründen kann auf Antrag im Einzelfall von der Minderung des Fallwertes abgewichen werden. Das Nähere bestimmt die KVB.

Abschnitt E – Anlagen

Anlage 1 – RLV-Fachgruppen

1. Zuordnung

1.1 Grundsätzlich erfolgt eine Zuordnung nach dem Gebiet der Zulassung.
Für Mehrfachzulassungen gilt Abschnitt B, Nummer 7.2.5.

1.2 In den nachstehenden Fachgruppen gilt ergänzend oder abweichend von Nummer 1.1 ein anderer Zuordnungs-Modus:

1.2.1 Fachärzte für Innere Medizin, die an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen
Die Zuordnung von Fachärzten für Innere Medizin, die an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen, erfolgt grundsätzlich nach den geführten Schwerpunkten; für Fachärzte für Innere Medizin mit mehreren Schwerpunkten gilt Abschnitt B, Nummer 7.2.5 Absatz (II).

1.2.2 Ausschließlich an der fachärztlichen Versorgung teilnehmende Allgemeinärzte
Allgemeinärzte und Ärzte ohne Gebietsbezeichnung, die nach einer Entscheidung des Zulassungsausschusses ausschließlich an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen (§ 73 Absatz 1a Satz 6 SGB V) werden dem Fachgebiet zugeordnet, in dem sie auf Grundlage der Entscheidung des Zulassungsausschusses fachärztlich tätig sind.

2. Für das RLV relevante Arztgruppen / Fachgruppen

- Fachärzte für Anästhesiologie
- Fachärzte für Augenheilkunde
- Fachärzte für Chirurgie, Fachärzte für Herzchirurgie, Fachärzte für Kinderchirurgie, Fachärzte für Kinder- und Jugendchirurgie, Fachärzte für Plastische Chirurgie, Fachärzte für Plastische und Ästhetische Chirurgie, Fachärzte für Thoraxchirurgie, Fachärzte für Visceralchirurgie, Fachärzte für Chirurgie mit Schwerpunkt Gefäßchirurgie, Fachärzte für Gefäßchirurgie, Fachärzte für Orthopädie, Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie
- Fachärzte für Neurochirurgie
- Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- Fachärzte für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
- Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten
- Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie, Fachärzte für Innere Medizin und Angiologie
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Endokrinologie, Fachärzte für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie, Fachärzte für Innere Medizin und Gastroenterologie

- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato- / Onkologie, Fachärzte für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie, Fachärzte für Innere Medizin und Kardiologie
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie, Fachärzte für Lungenheilkunde, Fachärzte für Innere Medizin und Pneumologie
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie, Fachärzte für Innere Medizin und Rheumatologie
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Nephrologie, Fachärzte für Innere Medizin und Nephrologie
- Fachärzte für Nervenheilkunde, Mehrfachzulassungen aus der Kombination als Facharzt für Neurologie und als Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
- Fachärzte für Neurologie
- Fachärzte für Nuklearmedizin
- Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie, Fachärzte für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen, Mehrfachzulassungen aus der Kombination als Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde und als Facharzt für Phoniatrie und Pädaudiologie bzw. Facharzt für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen
- Fachärzte für Psychiatrie, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie
- Fachärzte für Radiologie, Fachärzte für Diagnostische Radiologie, Fachärzte für Strahlentherapie, Fachärzte für Radioonkologie und Strahlentherapie
- Fachärzte für Urologie
- Fachärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin, Fachärzte für Physiologie, Fachärzte für Physiotherapie

Anlage 2 – Zuordnung der QZV

Fachärzte für Anästhesiologie

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Akupunktur	30790, 30791
Dringende Besuche	01411, 01412
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512
Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142
Schmerztherapeutische spezielle Behandlung II	30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30740, 30750, 30751
Plexusanalgesie, Spinal- oder Periduralanalgesie	30731
Infusion Analgetika oder Lokalanästhetika, TENS	30710, 30712
Überwachung nach GOP 30710, 30721, 30722, 30724, 30730 EBM	30760
Schwangerschaftsabbruch (Anästhesie)	01903, 01910, 01913
Besondere Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102

Fachärzte für Augenheilkunde

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Elektroophthalmologie	06312
Fluoreszenzangiographie	06331
Kontaktlinsenversorgung	06340, 06342
Erstanpassung Kontaktlinsen	06341
Anpassung vergrößernder Sehhilfen	06343

Fachärzte für Chirurgie, Fachärzte für Herzchirurgie,
Fachärzte für Kinderchirurgie, Fachärzte für Kinder- und Jugendchirurgie,
Fachärzte für Plastische Chirurgie, Fachärzte für Plastische und Ästhetische Chirurgie,
Fachärzte für Thoraxchirurgie, Fachärzte für Visceralchirurgie,
Fachärzte für Chirurgie mit Schwerpunkt Gefäßchirurgie, Fachärzte für Gefäßchirurgie,
Fachärzte für Orthopädie, Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Akupunktur	30790, 30791
Manuelle Medizin	30200, 30201
Osteodensitometrie	34600
Gastroenterologie I	13400, 13401, 13402, 13410, 13411, 13412
Rheumatologische Funktionsdiagnostik	18320
Rheumatologische Behandlung	18700
Phlebologischer Komplex	30500
Verödung von Varizen	30501
Physikalische Therapie	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421
Proktologie Chirurgie	30600, 30601
Schmerztherapeutische spezielle Behandlung II	30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30740, 30750, 30751
Infusion Analgetika oder Lokalanästhetika, TENS	30710, 30712
Plexusanalgesie, Spinal- oder Periduralanalgesie	30731
Überwachung nach GOP 30710, 30721, 30722, 30724, 30730 EBM	30760
Sonographie Chirurgen, Gefäßchirurgen, Orthopäden	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33046, 33050, 33051, 33052, 33076, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092
Doppler-, Duplex-Sonographien	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072*, 33073, 33074, 33075*
Teilradiologie Chirurgen, Gefäßchirurgen, Orthopäden	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
Intervention an der Wirbelsäule	34503
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120

*soweit nicht in Anlage 4b geregelt

Fachärzte für Neurochirurgie

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Physikalische Therapie Neurochirurgie	30300, 30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421
Schmerztherapeutische spezielle Behandlung II	30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30740, 30750, 30751
Plexusanalgesie, Spinal- oder Periduralanalgesie	30731
Infusion Analgetika oder Lokalanästhetika, TENS	30710, 30712
Überwachung nach GOP 30710, 30721, 30722, 30724, 30730 EBM	30760
Mitbetreuung von Patienten mit neurologischer Erkrankung	16230, 16231
Diagnostik / Behandlung von Wirbelsäulenerkrankungen	16232
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 und Geburtshilfe

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Reproduktionsmedizin	08230
Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142

Fachärzte für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Allergologie HNO	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123
Hyposensibilisierungsbehandlung	30130, 30131, 30133, 30134
Kardiorespiratorische Polygraphie	30900
Phoniatrie, Pädaudiologie	09330, 09331, 09332, 09333, 09335, 09336
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120
Sonographie Ia	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33046, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092
Besondere Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102
Otoneurologischer Komplex / otoakustische Emissionen	09324, 09325, 09326, 09327

Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Phlebologie	30500, 30501

Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Kardiorespiratorische Polygraphie	30900
Kontrolle Herzschrittmacher	13571, 13573, 13574, 13575,13576
Phlebologie	30500, 30501
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510*, 01511*, 01512*
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120
Sonographie IIIa – Fachärztliche Internisten ohne Schwerpunkt	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 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

*soweit nicht in Anlage 4b geregelt

Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie,
Fachärzte für Innere Medizin und Angiologie

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Phlebologie	30500, 30501
Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092
Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040
Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076

Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie
Fachärzte für Innere Medizin und Gastroenterologie

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Duplex-Sonographie Gefäße (Farbduplex) Gastroenterologie	33073 oder Kombination 33073 und 33075
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung Gastroenterologen	01510*, 01511*
Behandlung von Hämorrhoiden	30610, 30611

*soweit nicht in Anlage 4b geregelt

Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato- / Onkologie,
Fachärzte für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Gastroenterologie für (Hämato-)Onkologen	13400, 13402
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120
Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040
Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
Besondere Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102

Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie,
Fachärzte für Innere Medizin und Kardiologie

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Ergospirometrie	13560
Echokardiographie	33020, 33021, 33022 und 33023
Sonographie Gefäße Kardiologie	33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
Röntgen Thorax	34240 und 34241
Nuklearmedizinische Diagnostik Kardiologie (Fachkunde)	17310, 17311, 17320, 17332, 17333, 17360, 17361

Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie,
Fachärzte für Lungenheilkunde,
Fachärzte für Innere Medizin und Pneumologie

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Ergospirometrie	13660
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 (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie,
Fachärzte für Innere Medizin und Rheumatologie

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120
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
Osteodensitometrie	34600
Sonographien	33010, 33011, 33012, 33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040, 33042, 33043, 33044, 33046, 33050, 33052, 33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512
Gelenkpunktionen	02340, 02341
Infusionen	02100, 02101
Rheumatologisches Assessment	13701

Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Nephrologie,
Fachärzte für Innere Medizin und Nephrologie

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Besondere Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102
Echokardiographie Nephrologie	33020, 33021, 33022
Sonographie Abdomen	33042
Sonographie Gefäße Nephrologen	33070, 33072, 33073, 33075

Fachärzte für Nervenheilkunde, Mehrfachzulassungen aus der Kombination als Facharzt für Neurologie und als Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Akupunktur	30790, 30791
Betreuung neurologisch und psychisch Kranker im sozialen Umfeld	16230, 16231, 21230, 21231
Kardiorespiratorische Polygraphie	30900
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120
Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142
Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760
Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
Besondere Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102

Fachärzte für Neurologie

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Akupunktur	30790, 30791
Betreuung neurologisch und psychisch Kranker im sozialen Umfeld	16230, 16231, 21230, 21231
Kardiorespiratorische Polygraphie	30900
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120
Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142
Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760
Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
Besondere Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102

Fachärzte für Nuklearmedizin

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Teilkörperszintigraphie	17310
Ganzkörperszintigraphie	17311
Schilddrüsen-Szintigraphie	17320
Zusatzpauschale Myokard-Szintigraphie unter Belastung/in Ruhe	17330, 17331
Zusatzpauschale nuklearmedizinische Herzfunktionsdiagnostik unter Belastung	17332
Zusatzpauschale nuklearmedizinische Herzfunktionsdiagnostik in Ruhe	17333
Zusatzpauschale Nierenfunktionsdiagnostik und Zuschlag bei Intervention	17340, 17341
Zuschlag Extravasalphasenuntersuchung bei Mehrphasenszintigraphie	17360
Zuschlag sequentielle Aufnahmetechnik	17361
Zuschlag SPECT, Einkopf	17362
Zuschlag SPECT, Zwei- oder Mehrkopf	17363
MRT	34410, 34411, 34420, 34421, 34422, 34430, 34440, 34441, 34442, 34450, 34451, 34452, 34460
MRT-Angiographie	34470, 34475, 34480, 34485, 34486, 34489, 34490, 34492
Sonographie Nuklearmediziner	33010, 33011, 33042, 33043, 33044, 33046, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092
Sonographie Schilddrüse	33012
Inanspruchnahme an Samstagen	01102
CT	34310, 34311, 34312, 34320, 34321, 34322, 34330, 34340, 34341, 34342, 34343, 34344, 34345, 34350, 34351, 34360, 34504, 34505

**Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie,
Fachärzte für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen,
Mehrfachzulassungen aus der Kombination als Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde und als Facharzt für Phoniatrie und Pädaudiologie bzw. Facharzt für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen**

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Allergologie Phoniatrie	30110, 30111, 30120
Hyposensibilisierungsbehandlung	30130, 30131, 30133, 30134
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120
Pädaudiologie	20324, 20327, 20335, 20336
Auditive Verarbeitung und Wahrnehmungsabklärung	20370, 30300, 30301, 35600, 35601
Stimm-, Sprach- und Schluckdiagnostik	20330, 20331, 20332, 20333, 20350, 20351, 20352, 20353, 20371
Videostroboskopie	20314
Stimm-, Sprach- und Schlucktherapie	20360, 20361
Sonographie Phoniater	33010, 33011, 33012

Fachärzte für Psychiatrie, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Akupunktur	30790, 30791
Betreuung neurologisch und psychisch Kranker im sozialen Umfeld	16230, 16231, 21230, 21231
Kardiorespiratorische Polygraphie	30900
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120
Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142
Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760
Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
Besondere Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102

Fachärzte für Radiologie, Fachärzte für Diagnostische Radiologie,
Fachärzte für Strahlentherapie, Fachärzte für Radioonkologie und Strahlentherapie

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
CT (ohne Bestrahlungsplanung)	34310, 34311, 34312, 34320, 34321, 34322, 34330, 34340, 34341, 34342, 34343, 34344, 34345, 34350, 34351, 34504, 34505
CT-Bestrahlungsplanung	34360
MRT	34410, 34411, 34420, 34421, 34422, 34430, 34440, 34441, 34442, 34450, 34451, 34452, 34460
MRT-Angiographie	34470, 34475, 34480, 34485, 34486, 34489, 34490, 34492
Osteodensitometrie	34600
Sonographien	33010, 33011, 33012, 33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040, 33042, 33043, 33044, 33046, 33050, 33052, 33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092
MRT der Mamma	34431
kurative Mammographie und Mamma-Sonographie	34270, 34272, 34273, 34275, 33041
Nuklearmedizin	17310 bis 17373

Fachärzte für Urologie

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Inkontinenzbehandlung	26313
Zusatzpauschale Onkologie	26315
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120
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 Physikalische und Rehabilitative Medizin,
Fachärzte für Physiologie, Fachärzte für Physiotherapie

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Akupunktur	30790, 30791
Neurophysiologische Übungsbehandlung	30300, 30301
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120
Schmerztherapeutische spezielle Behandlung I	30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751
Infusion Analgetika oder Lokalanästhetika, TENS	30710, 30712
Überwachung nach GOP 30710, 30721, 30722, 30724,30730 EBM	30760
Sonographie Ia	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33046, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092
Physikalisch-rehabilitative Diagnostik und Therapie	27332, 27333

Vorbemerkung zu der Anlage 3a

In Anlage 3a wird die Systematik zur Berechnung der Fallwerte für das Jahr 2027 dargestellt.

Anlage 3a – Berechnung der kalkulatorischen Fallwerte für RLV und QZV

1. Grundsatz

Die Berechnungen in Anlage 3a erfolgen auf Grundlage von Jahreswerten 2025, soweit nachfolgend nichts Abweichendes bestimmt ist. Stichtag für deren Feststellung ist der 31. Oktober 2026. Leistungen, die gemäß Honorarvertrag 2025 außerhalb der MGV vergütet werden oder deren Honorierung in Abschnitt B, Nummer 3, 6.1 bis 6.3 geregelt wird, werden nicht herangezogen, soweit nachfolgend nichts Abweichendes bestimmt ist.

2. Vergütungsvolumen des fachärztlichen Grundbetrags

Die Vergütungsvolumen des fachärztlichen Grundbetrags nach den KBV-Vorgaben Teil B, Nummer 6 beschlossen am 10. Dezember 2024 für die Quartale 1 bis 3 und beschlossen am 9. September 2025 für das vierte Quartal bilden die Ausgangsgröße für die Berechnung der Fallwerte. Das Vergütungsvolumen wird nach § 87a Absatz 4 Satz 1 Nummer 2 SGB V in Verbindung mit dem Honorarvertrag für das Jahr 2026 um 0,4979 Prozent abgesenkt sowie um die Steigerungsraten der Orientierungswerte gemäß § 87 Absatz 2e SGB V ab dem Jahr 2026 erhöht. Es werden folgende Anpassungen am Vergütungsvolumen des fachärztlichen Grundbetrags berücksichtigt, wobei jeweils eine Bewertung mit dem aktuellen Orientierungswert gemäß § 87 Absatz 2e SGB V erfolgt:

a) Erhöhung um die bis 2025 fortgeschriebene Bereinigung der MGV für Leistungen aus offenen Sprechstunden gemäß § 87a Absatz 3 Satz 8 SGB V in der bis 29. Juli 2026 geltenden Fassung in den Jahren 2023 bis 2025,

b) Erhöhung um die jeweils bis 2025 fortgeschriebene Bereinigung der MGV für Leistungen nach § 87a Absatz 3 Satz 5 Nummer 3 und 4 SGB V in der bis 29. Juli 2026 geltenden Fassung sowie aus offenen Sprechstunden in den Jahren bis einschließlich 2022,

c) die Eindeckelung der Leistungen im Rahmen der Zweitmeinungsverfahren für die Indikationen Herzuntersuchungen, Herzschrittmacher, Gallenblasenentfernung (GOP 01645G bis 01645I sowie Begleitleistungen),

d) die Höherbewertung der Fluoreszenzangiographie (GOP 06331 und 06332 EBM) zum 1. Oktober 2025 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 807. Sitzung und

e) die Eindeckelung der Leistungen gemäß den GOP 01410K, 01413K, 01833, 13360, 30133, 30134, 32674, 32779, 32816 und 32865 zum 1. Januar 2026 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 788. Sitzung werden jeweils hinzuaddiert.

Bei der Anpassung gemäß e) wird die mittlere Abstaffelungsquote des Jahres 2025 in Höhe von 93,0651 Prozent angewandt. Satz 3 gilt für Nummer 4 bis 7 entsprechend.

Es entsteht ein fachärztliches Vergütungsvolumen für die Fallwertberechnung.

3. Fachärztliches Vergütungsvolumen für die Fallwertberechnung

Das fachärztliche Vergütungsvolumen für die Fallwertberechnung wird um die entsprechend Nummer 2 Satz 2 angepassten jeweiligen Salden der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 75 Absatz 7 und 7a SGB V (Fremdkassenzahlungsausgleich) des Jahres 2025 erhöht. Es entsteht ein fachärztliches Honorarvolumen für die Fallwertberechnung.

4. Fachärztliches Honorarvolumen für die Fallwertberechnung

(I) Im fachärztlichen Honorarvolumen werden für die folgenden Sachverhalte und Leistungen Vorwegabzüge vorgenommen:

a) Sachverhalte entsprechend Abschnitt F,

b) Leistungen der Polysomnographie GOP 30901 EBM,

c) Leistungen von Laborgemeinschaften (Muster 10A),

d) laboratoriumsmedizinische Untersuchungen nach den Abschnitten 32.2 und 32.3 EBM (ohne Muster 10),

e) belegärztliche Leistungen,

f) Leistungen der Humangenetik gemäß Kapitel 11 EBM (ohne Abschnitt 11.4) sowie GOP 01841, 01842,

g) Leistungen der Pathologie gemäß Kapitel 19 EBM (ohne Abschnitt 19.4) sowie GOP 01826,

h) Kostenpauschalen gemäß Kapitel 40 EBM sowie GOP 38100, 38105 EBM,

i) Leistungen gemäß Kapitel 22 und 23 EBM und Leistungen von psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Fachpsychotherapeuten sowie anderen ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzten gemäß den Kriterien der Bedarfsplanungsrichtlinien,

j) Leistungen gemäß Kapitel 15 EBM sowie für sonstige Leistungen von Fachärzten für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie und Fachärzten für Kieferchirurgie,

k) Leistungen von ermächtigten Ärzten und Einrichtungen (ohne Ermächtigte Ärzte nach § 24 Absatz 3 Satz 7 Ärzte-ZV) sowie Kuratorien für Dialyse und Nierentransplantation,

l) restliche Leistungen der Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie,

m) Leistungen von Ärzten, die nicht in Anlage 1 genannt sind,

n) Abzug für die Hygienezuschläge, die im Jahr 2025 Bestandteil der MGV waren, aber zum 1. Januar 2027 entfallen und

o) Abzug für probatorische Leistungen, die im Jahr 2025 Bestandteil der MGV waren, aber zum 1. Januar 2027 gemäß Abschnitt G honoriert werden.

Die Höhe des Vorwegabzugs gemäß a) bestimmt der Vorstand. Basis für die Vorwegabzüge gemäß b) bis o) ist jeweils die Höhe der ausgezahlten Honorare für die genannten Leistungen, sofern sie nicht jeweils bereits in einem der vorhergehenden Abzüge erfasst wurden.
Die Vorwegabzüge werden jeweils entsprechend Nummer 2 angepasst.

(II) Nach Vorwegabzug von a) bis o) entsteht ein arztgruppenübergreifendes Honorarvolumen für die Fallwertberechnung im fachärztlichen Versorgungsbereich.

5. Arztgruppenübergreifende Honorarvolumen für die Fallwertberechnung

(I) Das arztgruppenübergreifende Honorarvolumen für die Fallwertberechnung gemäß Nummer 4 wird anteilig auf die RLV-Fachgruppen aufgeteilt. Die Anteile werden in den folgenden Rechenschritten ermittelt.

a) Grundlage ist die Summe der ausgezahlten Honorare für alle Leistungen, die nicht bereits in den Vorwegabzügen gemäß Nummer 4 enthalten sind.

b) Etwaige Bereinigungsvolumen für Leistungen nach Nummer 2 Satz 3 Buchstabe a) werden hinzuaddiert.

c) Etwaige Bereinigungsvolumen für Leistungen nach Nummer 2 Satz 3 Buchstabe b) werden auf Basis des Jahres 2022 hinzuaddiert.

d) Etwaige Beträge gemäß Anlage 3b, Nummer 5.1.4 Absatz (V) Satz 2 HVM, in der Fassung ab 01.01.2024 sowie ab 01.10.2025 werden subtrahiert, sofern sie aus Quartalen nach dem 01.01.2025 resultieren.

e) Etwaige Beträge gemäß Anlage 3b, Nummer 5.1.4 Absatz (VI) HVM, in der Fassung ab 01.01.2024 sowie ab 01.10.2025 zur Erhöhung des Fachgruppenfonds im Folgequartal werden hinzuaddiert, sofern sie aus Quartalen nach dem 01.01.2025 resultieren.

f) Etwaige Beträge aus Vorquartalen, die gemäß Abschnitt B, Nummer 4.2 Absatz (V) i. V. m. Anlage 3b, Nummer 5.1.4 Absatz (VI) HVM, in der Fassung ab 01.01.2024 sowie

Abschnitt B, Nummer 2.2.2 Absatz (V) i. V. m. Anlage 3b, Nummer 5.1.4 Absatz (VI) HVM, in der Fassung ab 01.10.2025, zu einer Erhöhung der ausgezahlten Honorare gemäß a) geführt haben, werden subtrahiert.

g) Etwaige Beträge aus Vorquartalen, deren Berücksichtigung gemäß Abschnitt B, Nummer 4.2 Absatz (III) Satz 2 i. V. m. Anlage 3b, Nummer 5.1.4 Absatz (V) Satz 3 HVM, in der Fassung ab 01.01.2024 sowie Abschnitt B, Nummer 2.2.2 Absatz (III) Satz 2 i. V. m. Anlage 3b, Nummer 5.1.4 Absatz (V) Satz 3 HVM, in der Fassung ab 01.10.2025, zu einer Absenkung der ausgezahlten Honorare gemäß a) geführt haben, werden hinzuaddiert.

(II) Die Anteile ergeben sich, indem die Ergebnisse von Absatz (I) a) bis g) je RLV-Fachgruppe ins Verhältnis zur Summe der RLV-Fachgruppen gesetzt werden.

(III) Es ergeben sich folgende Anteile:

RLV-Fachgruppe	Anteil in Prozent
Fachärzte für Anästhesiologie	1,5499
Fachärzte für Augenheilkunde	7,5034
Fachärzte für Chirurgie, Fachärzte für Herzchirurgie, Fachärzte für Kinderchirurgie, Fachärzte für Kinder- und Jugendchirurgie, Fachärzte für Plastische Chirurgie, Facharzt für Plastische und Ästhetische Chirurgie, Fachärzte für Thoraxchirurgie, Fachärzte für Visceralchirurgie, Fachärzte für Chirurgie mit Schwerpunkt Gefäßchirurgie, Fachärzte für Gefäßchirurgie, Fachärzte für Orthopädie, Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie	16,4718
Fachärzte für Neurochirurgie	1,1676
Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe	9,1677
Fachärzte für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	7,1540
Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten	4,5797
Fachärzte für Innere Medizin ohne (Versorgungs-) Schwerpunkt, die an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen	2,0166
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie, Fachärzte für Innere Medizin und Angiologie	0,3888
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Endokrionologie, Fachärzte für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	0,3007
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie, Fachärzte für Innere Medizin und Gastroenterologie	2,6312
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato- / Onkologie, Fachärzte für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	2,8628

RLV-Fachgruppe	Anteil in Prozent
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie, Fachärzte für Innere Medizin und Kardiologie	7,8771
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie; Fachärzte für Lungenheilkunde, Fachärzte für Innere Medizin und Pneumologie	3,0705
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie, Fachärzte für Innere Medizin und Rheumatologie	0,8104
Fachärzte für Innere Medizin mit /Versorgungs-) Schwerpunkt Nephrologie, Fachärzte für Innere Medizin und Nephrologie	0,2329
Fachärzte für Nervenheilkunde, Mehrfachzulassungen aus der Kombination als Facharzt für Neurologie und als Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzte für Neurologie, Fachärzte für Psychiatrie, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie (insoweit zusammengefasste Fachgruppen)	10,7987
Fachärzte für Nuklearmedizin	2,6929
Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie, Fachärzte für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen, Mehrfachzulassungen aus der Kombination als Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde und als Facharzt für Phoniatrie und Pädaudiologie bzw. Facharzt für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen	0,4390
Fachärzte für Radiologie, Fachärzte für Diagnostische Radiologie, Fachärzte für Strahlentherapie, Fachärzte für Radioonkologie und Strahlentherapie	13,7755
Fachärzte für Urologie	3,2682
Fachärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin, Fachärzte für Physiologie, Fachärzte für Physiotherapie	1,2406

(IV) Durch Multiplikation des jeweiligen Anteils mit dem arztgruppenübergreifenden Honorarvolumen für die Fallwertberechnung entstehen für alle RLV-Fachgruppen Fachgruppenfonds für die Fallwertberechnung.

6. Fachgruppenfonds für die Fallwertberechnung

6.1 **(I)** In den Fachgruppenfonds für die Fallwertberechnung werden die folgenden Abzüge bzw. Zuführungen vorgenommen.

a) Abzüge für Leistungen in Behandlungsfällen nach Abschnitt B, Nummer 7.3.3 Absatz (I) b) und d),

b) Abzüge für Leistungen gemäß Anlage 4a,

c) Abzüge bzw. Zuführungen zur Berücksichtigung der Regelung gemäß Anlage 3b, Nummer 5.2.2 und

d) Zuführung nach einer Entscheidung gemäß Abschnitt B, Nummer 2.2.2 Absatz (V).

Die Abzüge a) und b) ergeben sich aus den um die entsprechend Nummer 2 angepassten ausgezahlten Honoraren Die Höhe des Abzugs bzw. der Zuführung c) erfolgt auf Basis der quartalsweise kumulierten Werte der Verminderung bzw. der Erhöhung des Fachgruppenfonds beginnend mit dem 1. Quartal 2026 bis einschließlich jener Quartale, die bei der Anpassung der Fallzahlen gemäß Nummer 7.1.1, Satz 6 zugrunde gelegt wurden. Die Höhe der Zuführungen d) wird mit der Maßgabe der Verstetigung der Fallwerte festgelegt.

(II) Nach Abzug von Absatz (I) a) und b), Abzug oder Zuführung von c) und Zuführung von d) entsteht ein arztgruppenspezifisches Honorarvolumen für die „Topf-im-Topf"-Leistungen (Anlage 4b) sowie die obergrenzenrelevanten Leistungen im Rahmen der Fallwertberechnung.

6.2 Sonderregelungen

6.2.1 Nervenärzte, Neurologen, Psychiater

Die RLV-Fachgruppen der „Fachärzte für Nervenheilkunde, Mehrfachzulassungen aus der Kombination als Facharzt für Neurologie und als Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie", „Fachärzte für Neurologie" und „Fachärzte für Psychiatrie, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie" werden zusammengefasst.

6.2.2 unbesetzt

6.3 Topf-im-Topf, RLV- und QZV

Die arztgruppenspezifischen Honorarvolumen nach Nummer 6.1 Absatz (II) werden auf die Bereiche Topf-im-Topf, RLV und QZV in dem Verhältnis der ausgezahlten Honorare der korrespondierenden Leistungen zueinander aufgeteilt. Leistungen nach § 87a Absatz 3 Satz 5 Nummer 3, 4 und 6 SGB V in der bis 29. Juli 2026 geltenden Fassung werden berücksichtigt. Die Zuordnung der Leistungen zum Bereich QZV erfolgt gemäß Anlage 2. Es entsteht je RLV-Gruppe ein Topf-im-Topf sowie ein RLV- und ein QZV-Honorarvolumen für die Fallwertberechnung. Satz 2 gilt einschließlich der jeweiligen Fälle für Nummer 7 entsprechend.

7. Berechnung der Fallwerte

7.1 Berechnung der RLV-Fallwerte

7.1.1 Berechnung der nach Altersklassen differenzierten RLV-Fallwerte

Das je RLV-Fachgruppe gemäß 6.3 gebildete RLV-Honorarvolumen wird zur Honorierung der über die Obergrenze hinausgehenden Leistungen mit dem Faktor 0,99 multipliziert und anschließend verringert um einen Betrag für die erwarteten Zahlungen für BAG-Zuschläge gemäß Abschnitt B, Nummer 7.3.6. Das so verringerte RLV-Honorarvolumen wird auf die Altersklassen AK1, für Versicherte bis zur Vollendung des 5. Lebensjahres; AK2, für

Versicherte ab dem 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr und AK3, für Versicherte ab dem 60. Lebensjahr anteilig aufgeteilt.

Grundlage für die Ermittlung der Anteile ist das je Altersklasse ausgezahlte Honorar. Es entsteht für jede RLV-Fachgruppe (FG) und jede der drei Altersklassen ein RLV-Honorarvolumen:

$RLV_{FG;\,AK1}$ Arztgruppenspezifisches RLV-Honorarvolumen für Leistungen innerhalb der Regelleistungsvolumen für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr,

$RLV_{FG;\,AK2}$ Arztgruppenspezifisches RLV-Honorarvolumen für Leistungen innerhalb der Regelleistungsvolumen für Versicherte ab dem 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr,

$RLV_{FG;\,AK3}$ Arztgruppenspezifisches RLV-Honorarvolumen für Leistungen innerhalb der Regelleistungsvolumen für Versicherte ab dem 60. Lebensjahr.

Die Berechnung der RLV-Fallwerte erfolgt auf der Grundlage folgender Fallzahlen:

$FZ_{FG;\,AK1}$ Anzahl der RLV-Fälle gemäß Abschnitt B, 7.3.3 aller Ärzte einer RLV-Fachgruppe von Versicherten bis zum vollendeten 5. Lebensjahr, für die in RLVFG; AK1 enthaltenen Leistungen,

$FZ_{FG;\,AK2}$ Anzahl der RLV-Fälle gemäß Abschnitt B, 7.3.3 aller Ärzte einer RLV-Fachgruppe von Versicherten ab dem 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr, für die in RLVFG; AK2 enthaltenen Leistungen,

$FZ_{FG;\,AK3}$ Anzahl der RLV-Fälle gemäß Abschnitt B, 7.3.3 aller Ärzte einer RLV-Fachgruppe von Versicherten ab dem 60. Lebensjahr, für die in RLVFG; AK3 enthaltenen Leistungen.

Diese Fallzahlen werden zur Berücksichtigung der seit dem Jahr 2025 erfolgten Fallzahl- und Morbiditätsentwicklungen angepasst. Dabei ist auch die Auswirkung der Regelung gemäß Anlage 3b, Nummer 4.2 zu berücksichtigen. Näheres bestimmt der Vorstand.

Der jeweilige RLV-Fallwert ergibt sich als Quotient aus der Division des RLV-Honorarvolumens und der vorstehenden, angepassten Fallzahl:

$FW_{FG;\,AK1}$ RLV-Fallwert für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr,

$FW_{FG;\,AK2}$ RLV-Fallwert für Versicherte ab dem 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr,

$FW_{FG;\,AK3}$ RLV-Fallwert für Versicherte ab dem 60. Lebensjahr.

Sofern für FZFG; AK1 und/oder FZFG; AK3 weniger als 50 RLV-Fälle aller Ärzte einer RLV-Fachgruppe ermittelbar sind, kommt für diese RLV-Fachgruppe für die betroffene Altersklasse der RLV-Fallwert FWFG; AK2 zur Anwendung.

7.1.2 Sonderregelung Nervenärzte, Neurologen, Psychiater

Das gemeinsame RLV-Honorarvolumen für die RLV-Fachgruppen der „Fachärzte für Nervenheilkunde, Mehrfachzulassungen aus der Kombination als Facharzt für Neurologie und als Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie“, „Fachärzte für Neurologie“ und „Fachärzte für Psychiatrie, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie“ gemäß Nummer 6.2.1 wird vor Durchführung der Schritte in Nummer 7.1.1 auf zwei Gruppen wie folgt aufgeteilt: „Fachärzte für Neurologie“ und die restlichen in Satz 1 genannten RLV-Fachgruppen. Im Rahmen der Anpassung der Fallzahlen gemäß Nummer 7.1.1, Satz 6 wird zusätzlich auch die Entwicklung der Arztzahlen in den RLV-Fachgruppen berücksichtigt.

7.2 Berechnung der QZV-Fallwerte

7.2.1 Das je RLV-Fachgruppe gemäß Nummer 6.3 gebildete QZV-Honorarvolumen für die Fallwertberechnung wird zur Honorierung der über die Obergrenze hinausgehenden Leistungen mit dem Faktor 0,99 multipliziert und anschließend auf die einzelnen QZV innerhalb einer RLV-Fachgruppe anteilig aufgeteilt. Grundlage für die Ermittlung dieser Anteile ist das je RLV-Fachgruppe und Leistungsbereich gemäß Anlage 2 ausgezahlte Honorar. Es entsteht für jede RLV-Fachgruppe und jedes einzelne QZV (i) ein QZV-Honorarvolumen (QZVFG; i):

$QZV_{FG;\,i}$ QZV-Honorarvolumen einer RLV-Fachgruppe für ärztliche Leistungen innerhalb des QZV i, jeweils für alle RLV-Fachgruppen gemäß Anlage 1 sowie alle QZV gemäß Anlage 2.

Die Berechnung der QZV-Fallwerte erfolgt auf der Grundlage folgender Fallzahlen:

$QZV\text{-}FZ_{FG;\,i}$ Anzahl der Leistungsfälle gemäß Abschnitt B, Nummer 7.4.3 aller Ärzte einer RLV-Fachgruppe.

Die Fallzahlen werden entsprechend Nummer 7.1.1 angepasst.

Der jeweilige QZV-Fallwert ergibt sich als Quotient aus der Division von QZV-Honorarvolumen und der vorstehenden, angepassten Fallzahl:

$QZV\text{-}FW_{FG;\,i}$ = QZV-Fallwert.

7.2.2 Sonderregelung Fachärzte für Nuklearmedizin und Fachärzte für Radiologie, Fachärzte für Diagnostische Radiologie, Fachärzte für Strahlentherapie, Fachärzte für Radioonkologie und Strahlentherapie

Die sich nach Nummer 7.2.1 ergebenden QZV-Honorarvolumen für das QZV MRT der RLV-Fachgruppen der Fachärzte für Nuklearmedizin sowie der Fachärzte für Radiologie, der Fachärzte für Diagnostische Radiologie, der Fachärzte für Strahlentherapie und der Fachärzte für Radioonkologie und Strahlentherapie werden in dem Umfang erhöht, der jeweils erforderlich ist, um einen kalkulatorischen Fallwert von 105,08 € zu erreichen. Für das QZV MRT gilt, dass der QZV-Fallwert einer der beiden RLV-Fachgruppen den jeweils niedrigeren

Wert der anderen RLV-Fachgruppe nicht übersteigt, mindestens aber dem Wert nach Satz 1 entspricht. Das durch diese mögliche Begrenzung gegebenenfalls in einer RLV-Fachgruppe frei werdende Honorarvolumen wird gleichmäßig zur Anhebung der restlichen QZV-Fallwerte in dieser RLV-Fachgruppe verwendet.

Das je RLV-Fachgruppe gemäß Nummer 6.3 gebildete QZV-Honorarvolumen für die Fallwertberechnung wird um die erwarteten Aufschläge für CT-Leistungen in onkologischen Fällen gemäß Abschnitt B, Nummer 7.4.4 reduziert.

Anlage 3b – Honorarverteilung in der Quartalsabrechnung

1. Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV)

Gemäß KBV-Vorgaben ergeben sich aus der MGV Vergütungsvolumen auf Basis der Grundbeträge „Bereitschaftsdienst und Notfall“, „Labor“, hausärztlicher Grundbetrag, fachärztlicher Grundbetrag, „humangenetisches Labor“, „tumorgenetisches Labor“ und „PFG“. Minderungen der MGV aufgrund von Versicherten, die gemäß § 13 Absatz 2 oder § 53 Absatz 4 SGB V Kostenerstattung gewählt haben, werden berücksichtigt. Die Berücksichtigung der Bereinigungen und Ausdeckelungen sowie sonstiger Anpassungen erfolgt gemäß Abschnitt B, Nummer 8. Sofern zum ersten Tag des letzten Monats des auf das Abrechnungsquartal folgenden Quartals Informationen über die Höhe der MGV, insbesondere zu Bereinigungen noch nicht vollständig vorliegen, erfolgt die Honorarverteilung anhand der bis zu diesem Zeitpunkt vorliegenden Werte. Differenzen werden grundsätzlich zu Gunsten oder zu Lasten der Rückstellungen nach Abschnitt F ausgeglichen. Der Vorstand kann über eine von Satz 5 abweichende Umsetzung entscheiden.

2. Vergütungsvolumen der Grundbeträge

Die Vergütungsvolumen der Grundbeträge sowie die Vorwegabzüge „Kinderarzt-MGV“ und „Hausarzt-MGV“ werden um die jeweiligen Salden der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 75 Absatz 7 und 7a SGB V (Fremdkassenzahlungsausgleich) des Vorjahresquartals angepasst. In den ersten drei Quartalen des Jahres 2027 erfolgt dabei eine Berücksichtigung der Trennung des Grundbetrags „genetisches Labor“ sowie zur Berücksichtigung der Änderung des EBM gemäß Beschluss des E-BA in seiner 87. Sitzung eine Reduzierung des Saldos für Abschnitt 11.4 EBM um 31 Prozent. Es entsteht jeweils ein Honorarvolumen für die Honorarverteilung. Differenzen zwischen den Salden des Fremdkassenzahlungsausgleichs im Vorjahresquartal und im Abrechnungsquartal werden zu Gunsten oder zu Lasten der Rückstellungen nach Abschnitt F ausgeglichen.

3. Honorarvolumen

3.1 Honorarvolumen des hausärztlichen Grundbetrags

(I) Im Honorarvolumen des hausärztlichen Grundbetrags werden die folgenden Sachverhalte berücksichtigt:

a) Vorwegabzüge gemäß KBV-Vorgaben Teil B, Nummer 1.1,

b) Bildung oder Auflösung von Rückstellungen entsprechend Abschnitt F,

c) Zuführung für Leistungen gemäß KBV-Vorgaben Teil B, Nummer 5.1,

d) Abzug für Netzpauschalen gemäß Abschnitt C und

e) Vorwegabzug für laboratoriumsmedizinische Untersuchungen des Abschnitts 32.2 EBM, deren Teil 3 (§ 25 Absatz 1 BMV-Ä) von Hausärzten aus Laborgemeinschaften bezogen und die gemäß § 25 Absatz 3 Satz 2 BMV-Ä von Laborgemeinschaften abgerechnet wurden.

(II) Nach Berücksichtigung der Sachverhalte a) bis e) entsteht ein Honorarvolumen für die übrigen Leistungen im hausärztlichen Versorgungsbereich.

3.2 Honorarvolumen des fachärztlichen Grundbetrags

(I) Im Honorarvolumen des fachärztlichen Grundbetrags werden die folgenden Sachverhalte berücksichtigt und für die folgenden Leistungen Vorwegabzüge gebildet:

a) Bildung oder Auflösung von Rückstellungen entsprechend Abschnitt F,

b) Abzug für Netzpauschalen gemäß Abschnitt C,

c) Abzug des ausgezahlten Honorars für Leistungen gemäß KBV-Vorgaben Teil B, Nummer 5.1,

d) psychotherapeutische Leistungen nach den Abschnitten 30.11, 35.2, 37.5, 37.6 sowie GOP GOP 22220M/N/Y/Z, 23220M/N/Y/Z, 35150 bis 35152, 35163 bis 35169, 35173 bis 35179 EBM,

e) Leistungen die gemäß § 87a Absatz 3 Satz 7 Nummer 4 und 6 SGB V aus der MGV vergütet werden,

f) Leistungen der kardiorespiratorischen Polysomnographie nach GOP 30901 EBM,

g) laboratoriumsmedizinische Untersuchungen des Abschnitts 32.2 EBM, deren Teil 3 (§ 25 Absatz 1 BMV-Ä) von Fachärzten aus Laborgemeinschaften bezogen und die gemäß § 25 Absatz 3 Satz 2 BMV-Ä von Laborgemeinschaften abgerechnet wurden (Muster 10A),

h) laboratoriumsmedizinische Untersuchungen nach den Abschnitten 32.2 und 32.3 EBM (ohne Muster 10),

i) belegärztliche Leistungen,

j) Leistungen der Humangenetik nach Kapitel 11 EBM (ohne Abschnitt 11.4) sowie GOP 01841 und 01842 EBM,

k) Leistungen der Pathologie nach Kapitel 19 EBM (ohne Abschnitt 19.4) sowie GOP 01826 EBM,

l) Kostenpauschalen gemäß Kapitel 40 EBM sowie GOP 38100 und 38105 EBM,

m) Leistungen gemäß Kapitel 22 und 23 EBM (mit Ausnahme der GOP 22220M/N/Y/Z und 23220M/N/Y/Z) sowie für sonstige Leistungen von Psychologischen Psychotherapeuten,

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Fachpsychotherapeuten sowie anderen ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzten gemäß den Kriterien der Bedarfsplanungsrichtlinien,

n) Leistungen gemäß Kapitel 15 EBM sowie für sonstige Leistungen von Fachärzten für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie und Fachärzte für Kieferchirurgie,

o) Leistungen von ermächtigten Ärzten und Einrichtungen (ohne ermächtigte Ärzte nach § 24 Absatz 3 Satz 7 Ärzte-ZV) sowie Kuratorien für Dialyse und Nierentransplantation,

p) restliche Leistungen der Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und

q) Leistungen von Ärzten, die nicht in Anlage 1 genannt sind sowie der zugelassenen Krankenhäuser im Rahmen einer Inanspruchnahme nach § 76 Absatz 1a SGB V.

Der Vorwegabzug gemäß c) entspricht der Höhe der ausgezahlten Honorare im jeweiligen Abrechnungsquartal für die genannten Leistungen.

Die Vorwegabzüge gemäß d) und e) entsprechen den für diese Leistungen im jeweiligen Quartal des Jahres 2025 ausgezahlten Honoraren angepasst um die Veränderungsraten gemäß § 87a Absatz 3 Satz 12 SGB V, die Veränderungsraten gemäß § 87a Absatz 4 Satz 1 Nummer 1 und 2 SGB V ab dem Jahr 2028 sowie die Veränderungsraten der Orientierungswerte gemäß § 87 Absatz 2e SGB V jeweils ab dem Jahre 2026.

Die Vorwegabzüge gemäß f) bis q) entsprechen den quartalsbezogenen Vorwegabzügen gemäß Anlage 3a, Nummer 4 und angepasst um die Veränderungsraten gemäß § 87a Absatz 4 Satz 1 Nummer 1 SGB V seit dem entsprechenden Quartal des Jahres 2026 und gemäß § 87a Absatz 4 Satz 1 Nummer 2 SGB V für die Jahre ab 2027 („Leistungstöpfe im Versorgungsbereich“).

(II) Nach Berücksichtigung der Sachverhalte von a) bis q) entsteht ein arztgruppenübergreifendes Honorarvolumen für die Honorarverteilung im fachärztlichen Versorgungsbereich.

4. Arztgruppenübergreifendes Honorarvolumen in der Honorarverteilung

4.1 Arztgruppenübergreifendes Honorarvolumen

Das arztgruppenübergreifende Honorarvolumen gemäß Nummer 3.2 Absatz (II) wird durch Multiplikation mit den Anteilen gemäß Anlage 3a, Nummer 5 aufgeteilt. Es entsteht je RLV-Fachgruppe ein Fachgruppenfonds für die Honorarverteilung.

4.2 „Kleine Arztgruppen“

Der Fachgruppenfonds wird bei „kleinen Arztgruppen“ zur Berücksichtigung eines Anstiegs der Arztzahlen wie folgt angepasst:

– Definition: Eine RLV-Fachgruppe gemäß Anlage 1 ist „klein“, wenn die mittlere Anzahl der abrechnenden Ärzte im Jahr 2025 kleiner als der Median der abrechnenden Ärzte aller RLV-Fachgruppen im Jahr 2025 war. Die RLV-Fachgruppen der „Fachärzte für Nervenheilkunde, Mehrfachzulassungen aus der Kombination als Facharzt für Neurologie und als Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie“, „Fachärzte für Neurologie“ und „Fachärzte für Psychiatrie, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie“ werden in Anwendung des Satzes 1 zusammengefasst.

– Kriterium: Wird eine Arztzahlzunahme einer Arztgruppe im aktuellen Quartal im Vergleich zum korrespondierenden Quartal des Jahres 2025 festgestellt, die mehr als 2 Prozent-Punkte über dem entsprechenden mittleren Arztzahlanstieg aller RLV-Fachgruppen liegt, ist das Kriterium für eine Stützung erfüllt, sofern gleichzeitig auch ein Anstieg des fachgruppenfondsbezogenen Leistungsbedarfes im Vergleichszeitraum vorliegt.

– Folge: Sofern ein zu berücksichtigender Arztzahlanstieg in einer Fachgruppe nach vorstehenden Kriterien festgestellt wird, erfolgt eine prozentuale Anpassung des Fachgruppenfonds im Umfang des über den durchschnittlichen Arztzahlanstieg hinausgehenden Prozentsatzes. Ist der prozentuale Leistungsbedarfsanstieg für Leistungen innerhalb des jeweiligen Fachgruppenfonds im aktuellen Quartal im Vergleich zum korrespondierenden Quartal im Jahre 2025 geringer als der über dem Durchschnitt liegende Arztzahlanstieg in Prozent, ist der prozentuale Leistungsbedarfsanstieg maßgeblich. Die Finanzierung erfolgt aus den Rückstellungen gemäß Abschnitt F, Nummer 2.3. Eine Erhöhung des Fachgruppenfonds aufgrund der Regelung nach Nummer 5.2.2 wird dabei mindernd berücksichtigt, soweit der Arztzahlanstieg auf einem der dort genannten Tatbestände beruht.

5. Fachgruppenfonds in der Honorarverteilung

5.1 Honorarvolumen innerhalb der Fachgruppenfonds

In den Fachgruppenfonds werden jeweils ggf. unter Berücksichtigung von Abschnitt B, Nummer 8 Absatz (III) für folgende Leistungen Bereiche mit zugehörigen Honorarvolumen gebildet:

a) Leistungen, die keiner Mengenbegrenzung unterliegen (Anlage 4a),

b) Leistungen in Behandlungsfällen nach Abschnitt B, Nummer 7.3.3 Absatz (I) b) und d),

c) Topf-im-Topf-Leistungen (Anlage 4b),

d) Leistungen, die über die Obergrenze aus RLV und QZV hinaus erbracht wurden und gemäß Abschnitt B, Nummer 7.1.4 mit abgesenktem Preis zu honorieren sind,

e) Leistungen innerhalb der RLV und

f) Leistungen innerhalb der QZV.

5.1.1 Honorarvolumen für Leistungen, die keiner Mengenbegrenzung unterliegen

Die Honorarvolumen nach Nummer 5.1 a) und b) ergeben sich jeweils aus dem insgesamt im aktuellen Quartal angeforderten und anerkannten Leistungsbedarf gemäß B€GO.

5.1.2 Honorarvolumen für Überschreitungsleistungen

Das Honorarvolumen gemäß Nummer 5.1 d) wird gemäß Nummer 5.1.3 Absatz (I) gebildet. Der Vorstand kann einen von Satz 1 abweichenden Wert für einen oder mehrere Fachgruppenfonds bestimmen, wenn der Fall nach Nummer 5.1.3 Absatz (IX) eintritt.

5.1.3 Honorarvolumen Topf-im-Topf, RLV und QZV

(I) Die Fachgruppenfonds gemäß Nummer 4 werden um die Honorarvolumen gemäß Nummer 5.1 a) und b) reduziert. Es entsteht ein arztgruppenspezifisches Honorarvolumen für Topf-im-Topf-Leistungen und Leistungen innerhalb der Obergrenze aus RLV und QZV. Dieses Honorarvolumen wird mit den Anteilen für Topf-im-Topf, RLV und QZV gemäß Anlage 3a, Nummer 6.3 auf die Honorarvolumen gemäß Nummer 5.1 c), e) und f) aufgeteilt. Anschließend werden die Honorarvolumen für RLV und QZV jeweils mit dem Faktor 0,99 multipliziert und das dadurch frei werdende Honorarvolumen bildet das Honorarvolumen für Überschreitungsleistungen gemäß Nummer 5.1.2.

(II) Unterschreitet der abgerechnete und anerkannte Leistungsbedarf (B€GO) für Topf-im-Topf-Leistungen das entsprechende Honorarvolumen in Absatz (I), wird das Honorarvolumen gemäß Nummer 5.1 c) in Höhe des abgerechneten und anerkannten Leistungsbedarfes (B€GO) gebildet.

(III) Ergibt sich durch Gegenüberstellung des gemäß Absatz (I) für Topf-im-Topf-Leistungen gebildeten Volumens und dem abgerechneten und anerkannten Leistungsbedarf (B€GO) ein Verhältniswert unter 75 Prozent, wird das Honorarvolumen nach Nummer 5.1 c) in Höhe des abgerechneten und anerkannten Leistungsbedarfes (B€GO), multipliziert mit 75 Prozent (Mindestquote „Topf im Topf“) gebildet.

(IV) Die anerkannten Honoraranforderungen der Ärzte für Leistungen gemäß Nummer 5.1 c) werden im Rahmen der Honorarabrechnung mit der Quote bewertet und ausgezahlt, die sich aus der Gegenüberstellung des Honorarvolumens gemäß Nummer 5.1 c), gegebenenfalls erhöht oder abgesenkt gemäß Absatz (II) oder (III) oder (VIII) oder (IX) und des abgerechneten und anerkannten Leistungsbedarfes (B€GO) ergibt.

(V) Ergibt sich in einer Fachgruppe im Quartal durch Gegenüberstellung der Honoraranforderungen aller Ärzte für Leistungen bis zur Grenze ihrer RLV gemäß Abschnitt B, Nummer 7.3 unter Berücksichtigung von Einzelfallregelungen gemäß Abschnitt D, Nummer 1 mit dem Volumen gemäß Nummer 5.1 e) ein Fehlbetrag, wird dieser durch gleichmäßige

Quotierung der RLV-Fallwerte unter Berücksichtigung des unteren Grenzwertes 95 Prozent gemäß Abschnitt B, Nummer 2.2.2 ausgeglichen.

(VI) Ergibt sich in einer Fachgruppe im Quartal durch Gegenüberstellung der Honoraranforderungen aller Ärzte für Leistungen bis zur Grenze ihrer QZV gemäß Abschnitt B, Nummer 7.4 unter Berücksichtigung von Einzelfallregelungen gemäß Abschnitt D, Nummer 1 mit dem Volumen gemäß Nummer 5.1 f) ein Fehlbetrag, wird dieser durch gleichmäßige Quotierung der QZV-Fallwerte unter Berücksichtigung des unteren Grenzwertes 85 Prozent gemäß Abschnitt B, Nummer 2.2.2 ausgeglichen.

(VII) Ergibt sich trotz Quotierung gemäß Absatz (V) und (VI) durch die Berücksichtigung der Untergrenzen der Fallwerte gemäß Abschnitt B, Nummer 2.2.2 ein Fehlbetrag innerhalb einer der Honorarvolumen gemäß Nummer 5.1 e) oder f), wird dieser unter Berücksichtigung der Grenzwerte in Abschnitt B, Nummer 2.2.2 durch Reduzierung des jeweils anderen Honorarvolumens ausgeglichen.

(VIII) Ergibt sich trotz Quotierung gemäß Absatz (V) und (VI) sowie trotz Ausgleichs gemäß Absatz (VII) in beiden Honorarvolumen ein Fehlbetrag, wird dieser durch Absenken des Honorarvolumens gemäß Nummer 5.1 c) ausgeglichen, bis der Verhältniswert des abgerechneten und anerkannten Leistungsbedarfes (B€GO) der Leistungen gemäß Anlage 4b und des Honorarvolumens gemäß Nummer 5.1 c) 75 Prozent erreicht. Gegebenenfalls verbleibende Fehlbeträge werden zu Lasten der Rückstellungen gemäß Abschnitt F, Nummer 2.3 ausgeglichen. Ein Ausgleich erfolgt RLV-fachgruppenbezogen im nächstmöglichen Quartal.

(IX) Ergibt sich in einer Fachgruppe im Quartal durch Gegenüberstellung der Honoraranforderungen aller Ärzte für Leistungen bis zu den jeweiligen Obergrenzen gemäß Abschnitt B, Nummer 7.1 unter Berücksichtigung von Einzelfallregelungen gemäß Abschnitt D, Nummer 1 mit dem Volumen gemäß Nummer 5.1 e) und f) eine Unterschreitung, wird dieses Volumen unter Berücksichtigung von Absatz (IV) zur Erhöhung des Honorarvolumens gemäß Nummer 5.1 c) verwendet und führt ggf. anschließend zu einer Erhöhung der RLV- und QZV-Fallwerte oder gemäß Abschnitt B, Nummer 2.2.2 Absatz (V) des Fachgruppenfonds gemäß Nummer 4.1 im Folgequartal. Findet für eine Fachgruppe im Quartal die Regelung nach Nummer 4.2 Anwendung, wird das auf die Stützungsmaßnahme nach Nummer 4.2 entfallende Volumen bis maximal zur Höhe der Unterschreitung nach Satz 1 den Rückstellungen nach Abschnitt F, Nummer 2.3 zugeführt und nur das danach verbleibende Volumen erhöht den Fachgruppenfonds gemäß Nummer 4.1 im Folgequartal. Das Volumen zur Erhöhung des Fachgruppenfonds im Folgequartal ist begrenzt auf zwei Drittel des Fachgruppenfonds gemäß Nummer 4.1. Übersteigt das sich zur Erhöhung des Fachgruppenfonds im Folgequartal ergebende Volumen den Fachgruppenfonds gemäß Nummer 4.1 um mehr als zwei Drittel, wird das über die zwei Drittel hinausgehende Volumen den Rückstellungen nach Abschnitt F, Nummer 2.3 zugeführt.

(X) Übersteigt ein Fachgruppenfonds ohne dessen etwaige Erhöhungen aus Vorquartalen den Leistungsbedarf innerhalb des Fachgruppenfonds oder kommt es zu einem Fall nach Absatz (IX) Satz 4, werden abweichend von Abschnitt B, Nummer 2.2.2 Absatz (V) auch die Leistungen, die über die Obergrenze aus RLV und QZV hinaus erbracht wurden, zu den Preisen der B€GO honoriert. Ein nach Anwendung der Regelung in Satz 1 verbleibendes Honorarvolumen erhöht den Fachgruppenfonds gemäß Nummer 4.1 im Folgequartal.

5.2 Sonderregelungen

5.2.1 Nervenärzte, Neurologen, Psychiater

Die Honorarvolumen der Arztgruppen der „Fachärzte für Nervenheilkunde, Mehrfachzulassungen aus der Kombination als Facharzt für Neurologie und als Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie“, „Fachärzte für Neurologie“ und „Fachärzte für Psychiatrie, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie“ werden zusammengefasst.

5.2.2 Fachärzte für Innere Medizin (fachärztlicher Versorgungsbereich)

Der Fachgruppenfonds einer der RLV-Fachgruppen der Fachärzte für Innere Medizin gemäß Anlage 1 wird erhöht, wenn es zu einer Arztzahlzunahme gegenüber dem korrespondierenden Quartal des Jahres 2025 gekommen ist und diese Zunahme zurückzuführen ist auf

- die vollständige oder teilweise Übernahme eines Sitzes durch einen Arzt mit abweichendem Schwerpunkt bzw. mit entsprechender Facharztbezeichnung seit dem entsprechenden Vorjahresquartal (bei vollständigem oder teilweisem Wegfall der Tätigkeit des bisherigen Sitzinhabers) oder

- die vollständige oder teilweise Änderung der Anstellung eines Arztes mit abweichendem Schwerpunkt bzw. mit entsprechender Facharztbezeichnung seit dem entsprechenden Vorjahresquartal (bei vollständigem oder teilweisem Wegfall der Tätigkeit des bisherigen Sitzinhabers).

Der Fachgruppenfonds erhöht sich in diesen Fällen jeweils um das – unter Berücksichtigung des Tätigkeitsumfangs des Übernehmers – ausgezahlte Arzthonorar des am bisherigen Sitz tätigen Arztes im jeweiligen Quartal des Jahres 2025. Dabei wird nur Honorar herangezogen, das für Leistungen innerhalb des jeweiligen Fachgruppenfonds ausgezahlt wurde. Im Umfang dieser Erhöhung vermindert sich der Fachgruppenfonds derjenigen RLV-Fachgruppe, der die Tätigkeit bislang zugeordnet war.

5.2.3 Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen und Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Gastroenterologie, Fachärzte für Innere Medizin und Gastroenterologie

Für die Vergütung der Ösophago-Gastroduodenoskopie gemäß GOP 13400 EBM gilt für die Arztgruppen der „Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen“, „Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt

Gastroenterologie“ und für „Fachärzte für Innere Medizin und Gastroenterologie“ die folgende Regelung:
Überschreitet die Anzahl der je Arzt abgerechneten Ösophago-Gastroduodenoskopien die Zahl von 300, wird der Leistungsbedarf der über diese Zahl hinausgehenden Ösophago-Gastroduodenoskopien um 30 Prozent reduziert. Nur dieser reduzierte Leistungsbedarf fließt in das anerkannte Anforderungsvolumen gemäß Nummer 5.1.3 Absatz (II) bis (IV) ein. Für diese Ösophago-Gastroduodenoskopien erfolgt die Honorierung unter Berücksichtigung von Satz 1 und Nummer 5.1.3 Absatz (IV).

5.2.4 Fachärzte für Nuklearmedizin und Fachärzte für Radiologie, Fachärzte für Diagnostische Radiologie und Fachärzte für Strahlentherapie, Fachärzte für Radioonkologie und Strahlentherapie

Das sich nach Nummer 5.1.3 Absatz (I) jeweils ergebende Honorarvolumen gemäß Nummer 5.1 f) in den RLV-Fachgruppen der „Fachärzte für Nuklearmedizin“ und „Fachärzte für Radiologie“, „Fachärzte für Diagnostische Radiologie“, „Fachärzte für Strahlentherapie“ und „Fachärzte für Radioonkologie und Strahlentherapie“ wird quartalsweise jeweils um das für dieses Honorarvolumen nach Anlage 3a, Nummer 7.2.2 ermittelte Differenzvolumen, abzüglich des Differenzbetrags, der durch die Anwendung der Fallwertminderung gemäß Abschnitt B, Nummer 7.4.2 Absatz (III) bei einem Fallwert von 105,08 € für das QZV MRT in Summe für die jeweilige RLV-Fachgruppe entsteht, erhöht. Die jeweils erforderlichen Differenzvolumina werden dem in Abschnitt F, Nummer 2.3 gebildeten Rückstellungsvolumen entnommen.

Anlage 4a – Leistungen, die innerhalb eines arztgruppenspezifischen Honorarvolumens keiner Mengenbegrenzung unterliegen

Fachgruppe	**Gebührenordnungspositionen (GOP) des EBM**
Fachärzte für Anästhesiologie	– Folgende Gebührenordnungspositionen im Zusammenhang mit Anästhesien/Narkosen bei vertragszahnärztlichen Behandlungen von Patienten mit mangelnder Kooperationsfähigkeit bei geistiger Behinderung oder schwerer Dyskinesie: Grundpauschalen und Aufwandserstattung für das Aufsuchen eines Kranken GOP 05210, 05211, 05212, 05230, präanästhesiologische Untersuchung GOP 05310 sowie Anästhesien, Narkosen, Überwachung GOP 05330, 05331, 05340, 05341, 05350. Die vorgenannten Gebührenordnungspositionen sind mit dem Buchstaben-Zusatz „Z“ abzurechnen.
Fachgruppen nach Anlage 1 Nummer 2	– Grundpauschale für Vertragsärzte, die zur Versorgung gemäß Kapitel 3 bis 11 oder 13 bis 27 zugelassen sind, für bestimmte Auftragsleistungen: GOP 01437, – Zuschlag für Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 01840 und 01915 für Vertragsärzte, die zur Versorgung gemäß Kapitel 8 zugelassen sind: GOP 01698 – ambulante Leistungen von zugelassenen Krankenhäusern im Rahmen einer Inanspruchnahme nach § 76 Absatz 1a SGB V

Anlage 4b – Leistungen, für die je Fachgruppe ein oder mehrere Vergütungsbereich(e) definiert sind

Zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung kann kurzfristig eine vorläufige Anpassung des nachstehenden Katalogs (insbesondere durch Streichung) durch den Vorstand der KVB erfolgen. Der angepasste Katalog nach Satz 1 ist der Vertreterversammlung der KVB in der nächsten Sitzung vorzulegen.

Fachgruppe[1]	**Gebührenordnungspositionen (GOP) des EBM**
Fachärzte für Anästhesiologie	– Anästhesien, Narkosen, Überwachung: GOP 05315, 05330, 05331, 05340, 05341, 05350, 05360, 05361, 05370, 05371, 05372
Fachärzte für Augenheilkunde	– Behandlung eines Versicherten ausschließlich durch einen konservativ tätigen Augenarzt: GOP 06225 – Zusatzpauschale Schielbehandlung bis 5. Lebensjahr: GOP 06320
Fachärzte für Neurochirurgie	– Überprüfung einer Duodenal-DOPA-Pumpe bei Parkinsonpatienten: GOP 16225
Fachärzte für Chirurgie, Fachärzte für Herzchirurgie, Fachärzte für Kinderchirurgie, Fachärzte für Kinder- und Jugendchirurgie, Fachärzte für Plastische Chirurgie, Fachärzte für Plastische und Ästhetische Chirurgie, Fachärzte für Thoraxchirurgie, Fachärzte für Visceralchirurgie, Fachärzte für Chirurgie mit Schwerpunkt Gefäßchirurgie, Fachärzte für Gefäßchirurgie, Fachärzte für Orthopädie, Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie	– Behandlung des diabetischen Fußes: GOP 02311 – Ulcus cruris, CVI: GOP 02312, 02313 – Intermittierende fibrinolytische Therapie und/oder Prostanoid-Therapie: GOP 13310 – Behandlung von Hämorrhoiden: GOP 30610, 30611 – Sonographie bei gesicherter Diagnose Thrombose (I80.9 und I82.9): GOP 33072 und 33075 – Angiographie und Intervention: GOP 34283 und 34286
Fachärzte für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	– Dringende Besuche: GOP 01411, 01412
Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten	– Balneophototherapie: GOP 10350 – Behandlung von Hämorrhoiden: GOP 30610, 30611

Fachgruppe[1]	**Gebührenordnungspositionen (GOP) des EBM**
Fachärzte für Neurochirurgie	– Besondere Inanspruchnahme: GOP 01100, 01101, 01102 – Manuelle Medizin: GOP 30200, 30201 – Akupunktur: GOP 30790, 30791 – Sonographie III: GOP 33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076 – Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren: GOP 35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120
Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe	– Besondere Inanspruchnahme: GOP 01100, 01101, 01102 – Praxisklinische Beobachtung und Betreuung: GOP 01510, 01511, 01512 – Sterilisation: GOP 01850 bis 01857 – Schwangerschaftsabbruch: GOP 01900 bis 01915 – Ambulante Geburtshilfe: GOP 08231, 08410 bis 08416 – Inkontinenzbehandlung Frauenheilkunde: GOP 08310, 08311 – Stanzbiopsie: GOP 08320 – Onkologische Betreuung: GOP 08345 – Mamma-Sonographie: GOP 33041 – Sonographie III: GOP 33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076 – Kurative Mammographie: GOP 34270, 34271, 34272, 34273, 34275
Fachärzte für Innere Medizin	– Zuschlag zu GOP 13571, 13573 und 13575 (bei Vorliegen einer Genehmigung Herzschrittmacher): GOP 13577

Fachgruppe[1]	Gebührenordnungspositionen (GOP) des EBM
Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen	– Besuche: GOP 01411, 01412, 01414 – Praxisklinische Beobachtung und Betreuung: GOP 01510, 01511, 01512, wenn im Behandlungsfall die GOP 86516 abgerechnet wird – Ulcus cruris, CVI: GOP 02312, 02313 – Ösophago-Gastroduodenoskopie: GOP 13400 – Zusatzpauschale Durchführung einer Kapselendoskopie bei Erkrankungen des Dünndarms: GOP 13425 – Zusatzpauschale Auswertung einer Untersuchung mittels Kapselendoskopie bei Erkrankungen des Dünndarms: GOP 13426 – Behandlung von Hämorrhoiden: GOP 30610, 30611 – Duplex-Echokardiographie (Farbduplex): GOP 33022 – Duplex-Sonographie Gefäße (Farbduplex): GOP 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie, Fachärzte für Innere Medizin und Angiologie	– Besondere Inanspruchnahme: GOP 01100, 01101, 01102 – Praxisklinische Beobachtung und Betreuung: GOP 01510, 01511, 01512 – Behandlung des diabetischen Fußes: GOP 02311 – Ulcus cruris, CVI: GOP 02312, 02313
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie	– Praxisklinische Beobachtung und Betreuung: GOP 01510, 01511, 01512, wenn im Behandlungsfall die GOP 86516 abgerechnet wird – Ösophago-Gastroduodenoskopie: GOP 13400 – Zusatzpauschale Durchführung einer Kapselendoskopie bei Erkrankungen des Dünndarms: GOP 13425 – Zusatzpauschale Auswertung einer Untersuchung mittels Kapselendoskopie bei Erkrankungen des Dünndarms: GOP 13426 – Aderlass mit Entnahme von mindestens 200 ml Blut: GOP 13505

Fachgruppe[1]	Gebührenordnungspositionen (GOP) des EBM
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato- / Onkologie, Fachärzte für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	– Dringende Besuche: GOP 01411, 01412 – Praxisklinische Beobachtung und Betreuung: GOP 01510, 01511, 01512 – Transfusionen: GOP 02110, 02111 – Aplasieinduzierende/Toxiditäts-adaptierte Therapie: GOP 13502 – Aderlass mit Entnahme von mindestens 200 ml Blut: GOP 13505
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie, Fachärzte für Innere Medizin und Kardiologie	– Beobachtung nach LHK: GOP 01520 – Überwachungspauschale nach Angiographie: GOP 01530 – Überwachungspauschale nach PTA: GOP 01531 – Myokardszintigraphie: GOP 17330 und 17331 – SPECT Untersuchung: GOP 17362 und 17363 – Serien-Angiographie: GOP 34283 – Zuschlag Angiographie: GOP 34284, 34285 – Angioplastie: GOP 34286 – Zuschlag Benutzung C Bogen: GOP 34287
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Nephrologie, Fachärzte für Innere Medizin und Nephrologie	– Dringende Besuche: GOP 01411, 01412 – Transfusionen: GOP 02110, 02111 – Behandlung sekundär heilender Wunden/ Decubitalulcus: GOP 02310 – Behandlung des diabetischen Fußes: GOP 02311
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie, Fachärzte für Lungenheilkunde, Fachärzte für Innere Medizin und Pneumologie	– Bronchoskopie: GOP 13662, 13663
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie, Fachärzte für Innere Medizin und Rheumatologie	– Besondere Inanspruchnahme: GOP 01100, 01101, 01102 – Dringende Besuche: GOP 01411, 01412

Fachgruppe[1]	Gebührenordnungspositionen (GOP) des EBM
Fachärzte für Nervenheilkunde, Mehrfachzulassungen aus der Kombination als Facharzt für Neurologie und als Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie	– Besuche: GOP 01411, 01412, 01414 – Lumbalpunktion: GOP 02342 – Überprüfung einer Duodenal-DOPA-Pumpe bei Parkinsonpatienten: GOP 16225
Fachärzte für Neurologie	– Besuche: GOP 01411, 01412, 01414 – Lumbalpunktion: GOP 02342 – Überprüfung einer Duodenal-DOPA-Pumpe bei Parkinsonpatienten: GOP 16225
Fachärzte für Nuklearmedizin	– Zuschlag bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern: GOP 17214 – Nuklearmedizinische Leistungen: GOP 17321, 17350, 17351, 17371, 17372, 17373 – Mamma-Sonographie: GOP 33041 – 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, Mehrfachzulassungen aus der Kombination als Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde und als Facharzt für Phoniatrie und Pädaudiologie bzw. Facharzt für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen	– Hörgeräteversorgung Kinder: GOP 20338, 20339, 20340, 20377 – Postoperative Nachsorge chronische Sinusitis: GOP 20364 – Postoperative Nachsorge Tympanoplastik: GOP 20365 – Hörgeräteversorgung Jugendliche und Erwachsene: GOP 20372, 20373, 20374
Fachärzte für Psychiatrie, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie	– Besuche: GOP 01411, 01412, 01414 – Lumbalpunktion: GOP 02342

Fachgruppe[1]	**Gebührenordnungspositionen (GOP) des EBM**
Fachärzte für Radiologie, Fachärzte für Diagnostische Radiologie, Fachärzte für Strahlentherapie, Fachärzte für Radioonkologie und Strahlentherapie	– Zusatzpauschale für Beobachtung und Betreuung: GOP 01510, 01511, 01512 – Radiologische Leistungen: GOP 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, 34290, 34291, 34292, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503 – Interventionelle Radiologie: GOP 01530, 01531, 34283, 34284, 34285, 34286, 34287 – Zuschlag zur GOP 34270: GOP 34271
Fachärzte für Urologie	– Stoßwellenlithotripsie: GOP 26330
Fachgruppen nach Anlage 1 Nummer 2	– Haus- und Heimbesuche: GOP 01410, 01413, 01415 (mit Ausnahme der Fachärzte für Urologie) – Schmerztherapeutische spezielle Versorgung: GOP 30700, 30702, 30704, 30706, 30708

[1] Quotierungsuntergrenze: 75 Prozent

Anlage 5 – Umsetzung der Bundes-Vorgaben

1. Grundlage für diesen HVM sind neben den gesetzlichen Bestimmungen und den Beschlüssen des (Erweiterten) Bewertungsausschusses die KBV-Vorgaben in der jeweils geltenden Fassung (veröffentlicht auf der Internetseite der Kassenärztlichen Bundesvereinigung unter www.kbv.de). Auf Anforderung eines Mitglieds der KVB kann der Text der KBV-Vorgaben im Einzelfall in Papierform oder per E-Mail durch die KVB zur Verfügung gestellt werden.

2. Sollten die Vorgaben auf Bundesebene zur Honorarverteilung gemäß § 87b SGB V neu gefasst oder geändert werden, gelten diese kraft Gesetzes unmittelbar in der jeweils geltenden Fassung. Bindende Änderungen der Vorgaben nach Satz 1 gelten unmittelbar für diesen HVM. In Zweifelsfällen und bei Ermessensentscheidungen im Rahmen der Umsetzung der Änderungen trifft der Vorstand eine Entscheidung. Die Vertreterversammlung kann diese für die Zukunft bestätigen oder abweichende Regelungen treffen.

Anlage 6 – Berücksichtigung ferienbedingter Fallzahlschwankungen

Bei einer unterschiedlichen Verteilung der Ferientage im Vergleich zum jeweiligen Vorjahresquartal (insbesondere Ostern) kann es von Jahr zu Jahr zu starken Fallzahlschwankungen in den Fachgruppen und Praxen kommen. Dieser Effekt kann dazu führen, dass im Vorjahresquartal deutlich mehr Ferientage lagen und die Praxis genau deshalb im aktuellen Quartal von einer Fallzahlbegrenzung betroffen ist.

Der HVM löst dies, indem zur Fallzahl gemäß Abschnitt B, Nummer 7.3.4 Absatz (l) eine Fallzahlsteigerung zugestanden wird, wenn die Anzahl der ferien– und feiertagsfreien Wochentage zwischen Montag und Freitag in einem Quartal im Vergleich zum Vorjahresquartal um mindestens 10 Prozent gestiegen sind.

Rechnerisch ergeben sich die maßgeblichen Parameter der Fallzahlbegrenzung nach folgender Formel:

$$\text{FZB_FG_neu} = -3\% + \frac{0{,}02 \cdot \sqrt{(100 \cdot \Delta AFF)^3}}{100}$$

$$\text{FZB_Arzt_neu} = -3\% + \frac{0{,}04 \cdot \sqrt{(100 \cdot \Delta AFF)^3}}{100}$$

FZB_FG_neu bezeichnet die Fallgrenze der Fachgruppe, bis zu der keine Fallzahlbegrenzung des einzelnen Arztes einer Fachgruppe durchgeführt wird.

FZB_Arzt_neu bezeichnet sowohl die zulässige Fallzahlgrenze des einzelnen Arztes, der überschritten werden muss, um der Fallzahlbegrenzung zu unterliegen, als auch den maßgeblichen Wert, um den die Fallzahl des Vorjahresquartals eines Arztes angepasst wird, sofern die Fallzahlbegrenzung Anwendung findet.

ΔAFF bezeichnet die prozentuale Veränderung der Anzahl der ferien- und feiertagsfreien Wochentage zwischen Montag und Freitag im aktuellen Quartal im Vergleich zum Vorjahresquartal.

Abweichend davon gilt im 2. Quartal 2027 eine Fallzahlbegrenzung von jeweils Null Prozent für die Fachgruppe und den Arzt.

Anlage 7 – Budgetierung von speziellen Laboratoriumsuntersuchungen

1. Für Ärzte, die zur Abrechnung von Laboratoriumsuntersuchungen berechtigt sind und nicht Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin, ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin sind sowie aufgrund der Arztgruppenzugehörigkeit von nachfolgenden Regelungen erfasst werden, unterliegen die Kostenerstattungen für spezielle Laboratoriumsuntersuchungen des Abschnitts 32.3 EBM (ohne Gebührenordnungspositionen, die dem Grundbetrag „Bereitschaftsdienst und Notfall“ zugeordnet sind sowie ohne Gebührenordnungspositionen 40089 bis 40095 EBM) einer fallwertbezogenen Budgetierung. Die in den Budgets enthaltenen Kostenerstattungen sind je Arztpraxis und Abrechnungsquartal nur bis zu einem begrenzten Gesamthonorarvolumen zu vergüten.

2. Referenz-Fallwerte für die Ermittlung des Budgets

Arztgruppe	**Referenz-Fallwert in Euro**
Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe	4,00 €
Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten	4,00 €
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Endokrinologie, Fachärzte für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	40,00 €
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato- / Onkologie, Fachärzte für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	21,00 €
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie, Fachärzte für Lungenheilkunde, Fachärzte für Innere Medizin und Pneumologie	4,00 €
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie, Fachärzte für Innere Medizin und Rheumatologie	40,00 €
Fachärzte für Nuklearmedizin	21,00 €
Fachärzte für Urologie	4,00 €

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 und 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 Budgetierung nicht unterliegen, werden mit einem Referenz-Fallwert von Null Euro berücksichtigt.

3. Die Höhe der Budgets ergibt sich aus dem Produkt des für die Arztgruppe vorgegebenen Referenz-Fallwertes und der Zahl der Behandlungsfälle gemäß § 21 Absatz 1 BMV-Ä des Abrechnungsquartals der Arztpraxis, ausgenommen der Fälle im ärztlichen Bereitschaftsdienst.

4. Weisen Ärzte der in Nummer 2 genannten Fachgruppen nach, dass sie die Anforderungen der Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen erfüllen, wird das jeweilige Budget nach Nummer 3 ausgesetzt.

Anlage 8 – Fallzahlbegrenzung QZV MRT (Abschnitt B, Nummer 7.4.3 Absatz II)

1. Zulässige Fallzahl

Tritt der Fall der Regelung in Abschnitt B, Nummer 7.4.3 Absatz (II) ein, wird die QZV-Fallzahl eines Arztes im QZV MRT auf Basis der nach Durchführung der Fallzahlbegrenzung für das QZV MRT anerkannten Leistungsfallzahl des Vorjahresquartals bestimmt und für das aktuelle Quartal um 10 Prozent gemindert, soweit sich nicht nachstehend Ergänzungen oder Abweichungen ergeben. Die Fallzahl erhöht sich ggf. nach Nummer 6.

2. Berufsausübungsgemeinschaften, medizinische Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten

Die Regelung der Nummer 1 wird in Berufsausübungsgemeinschaften, medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten nur angewandt, wenn die Summe aller QZV-Fallzahlen des QZV MRT aller Teilnehmer in der jeweiligen Berufsausübungsgemeinschaft, dem medizinischen Versorgungszentrum und einer Praxis mit angestellten Ärzten insgesamt den nach Nummer 1 zulässigen Wert überschreitet. Dabei wird ein ggf. vorhandener Fallzahlrückgang eines Teilnehmers anteilig durch Erhöhung der QZV-Fallzahlen des QZV MRT derjenigen Teilnehmer nach Satz 1 verteilt, deren QZV-Fallzahl des QZV MRT die Fallzahl nach den Nummern 1 und 6 übersteigt. Für Veränderungen gilt Nummer 5.

3. Einzelfälle

Die QZV-Fallzahl im QZV MRT des Arztes kann ggf. abweichend nach Maßgabe einer Entscheidung gemäß Abschnitt D, Nummer 1.1 Absatz (V) festgelegt werden. Für den Fall der Übernahme einer Praxis mit einem Teilnehmer gilt Abschnitt B, Nummer 7.3.4 Absatz (V) entsprechend.

4. Neuärzte und Ärzte mit unterdurchschnittlicher QZV-Fallzahl im QZV MRT

Bei Ärzten, die im Vorjahresquartal noch nicht niedergelassen waren (Neuärzte), oder deren QZV-Fallzahl im QZV MRT im Vorjahresquartal den Fachgruppendurchschnitt nach Abschnitt B, Nummer 7.4.2 Absatz (III) Sätze 2 bis 4 nicht erreicht hat, wird im Rahmen ihrer Obergrenze bei der Honorarabrechnung grundsätzlich die eigene QZV-Fallzahl im Abrechnungsquartal angesetzt. Soweit diese die durchschnittliche QZV-Fallzahl überschreitet, wird der QZV-Fachgruppendurchschnitt für das QZV MRT angesetzt. Erfolgt die Niederlassung nach Quartalsbeginn oder endet die Tätigkeit vor Quartalsende, wird der QZV-Fachgruppendurchschnitt im Umfang der verbleibenden Arbeitstage anteilig ermittelt.

5. Veränderungen zum Vorjahresquartal in Berufsausübungsgemeinschaften, medizinische Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten

Ändern sich gegenüber dem Vorjahresquartal hinsichtlich eines oder mehrerer Teilnehmer, die MRT-Leistungen erbringen, in einer Berufsausübungsgemeinschaft, einem medizinischen Versorgungszentrum oder einer Praxis mit angestellten Ärzten maßgebliche Faktoren (z.B. Status, Tätigkeitsumfang, Ein- oder Austritt), wird das QZV MRT mit Bezug auf die Summe der Tätigkeitsumfänge wie in Nummer 5.1 bis 5.3 vorgegeben berechnet:

5.1 Bleibt die Summe der Tätigkeitsumfänge gleich, werden die ggf. nach Abschnitt D, Nummer 1.1 Absatz (V) erhöhten Fallzahlen des Vorjahresquartals unter Berücksichtigung einer Minderung nach Nummer 1 herangezogen.

5.2 Erhöht sich die Summe der Tätigkeitsumfänge, gilt Nummer 5.1 hinsichtlich der im Vorjahresquartal ermittelten Tätigkeitsumfänge. Für neue zusätzliche Tätigkeitsumfänge sowie für den zusätzlichen Teil solcher Tätigkeitsumfänge, die sich gegenüber dem Vorjahresquartal erhöhen, gilt Nummer 4 je Arzt nach Maßgabe des jeweiligen zusätzlichen Tätigkeitsumfangs entsprechend. Tätigkeitsumfänge im Vorjahresquartal, die entfallen oder sich verringern, werden dabei mindernd berücksichtigt. Eine Verrechnung zwischen diesen gemäß Satz 2 zusätzlichen Tätigkeitsumfängen findet nicht statt.

5.3 Verringert sich die Summe der Tätigkeitsumfänge, wird die auf Basis des Vorjahresquartals ermittelte, anerkannte QZV-Fallzahl unter Berücksichtigung der Minderung nach Nummer 1 um den entsprechenden Anteil verringert.

6. Berücksichtigung von ferienbedingten Fallzahlschwankungen

Jedes Quartal wird die prozentuale Veränderung der Anzahl der ferien- und feiertagsfreien Wochentage zwischen Montag und Freitag im Vergleich zum Vorjahresquartal ermittelt. Liegt der Wert nach Satz 1 bei 10 Prozent oder höher, gilt die Formel gemäß Anlage 6 mit den für das QZV MRT geltenden Fallzahlvorgaben entsprechend für die Berechnung der Leistungsfallzahl des QZV MRT nach Nummer 1.

Abweichend von Nr. 1 gilt im 2. Quartal 2027 eine Fallzahlbegrenzung von minus fünf Prozent für den Arzt.

Abschnitt F – Rückstellungen

1. Sachverhalte zur Bildung von Rückstellungen

In den Vergütungsvolumen des hausärztlichen Grundbetrags und des fachärztlichen Grundbetrags werden Rückstellungen versorgungsbereichsspezifisch verwendet:

a) für Einzelfallregelungen gemäß Abschnitt D,

b) zum Ausgleich eines nach den Regelungen dieses HVM gegebenenfalls erforderlichen Erhöhungsvolumens,

c) für sonstige Verbindlichkeiten (z.B. Widerspruchs- und Gerichtsverfahren, nachträgliche Honorarkorrekturen).

2. Bildung der Rückstellungen

2.1 Grundsatz

Rückstellungen werden je Versorgungsbereich gebildet. Nachträgliche Honorarkorrekturen, die zu Honorarrückzahlungen führen, erhöhen diese Rückstellungen.

2.2 Hausärztlicher Versorgungsbereich

2.2.1 In den Vorwegabzügen „Kinderarzt-MGV“ und „Hausarzt-MGV“ können gemäß Abschnitt B, Nummer 4.1 Absatz (II) und Nummer 4.2.2 Absatz (V) jeweils Rückstellungen gebildet werden, die dann jeweils den Vorwegabzügen „Kinderarzt-MGV“ und „Hausarzt-MGV“ im Folgequartal zugeführt werden. Nach dem ersten Quartal eines Kalenderjahres verbleibende Rückstellungen werden für die „Kinderarzt-MGV“ gemäß Nummer 6 Absatz 2 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 804. Sitzung und für die „Hausarzt-MGV“ gemäß Nummer 5.2 des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 85. Sitzung in Verbindung mit einer entsprechenden Vereinbarung mit den Krankenkassen aufgelöst.

2.2.2 Zur Finanzierung der Regelungen in Abschnitt B, Nummer 4.1 Absatz (III) und Nummer 4.2.1 Absatz (III) wird die nach Maßgabe des Honorarvertrags jeweils berechnete Ausgleichszahlung gemäß § 87a Absatz 3b Satz 13 und Absatz 3c Satz 9 SGB V den Rückstellungen zugeführt.

2.2.3 Von dem Honorarvolumen gemäß Abschnitt E, Anlage 3b Nummer 3.1 werden Rückstellungen nach Nummer 1 gebildet. Die Höhe der Rückstellungen nach Satz 1 bestimmt der Vorstand nach Maßgabe des Bedarfs, der sich aus den Regelungen dieses HVM ergibt.

2.3 Fachärztlicher Versorgungsbereich

Von dem Honorarvolumen gemäß Abschnitt E, Anlage 3b, Nummer 3.2 werden Rückstellungen nach Nummer 1 gebildet. Die Höhe der Rückstellungen nach Satz 1 bestimmt der Vorstand nach Maßgabe des Bedarfs, der sich aus den Regelungen dieses HVM ergibt.

2.4 Über- oder Unterdeckung

Eine Über- oder Unterdeckung wird im nächstmöglichen Quartal berücksichtigt.

Abschnitt G – Sonderregelungen zur Honorarverteilung im fachärztlichen Grundbetrag

1. Abweichende Honorarverteilung

Für folgende Leistungen im fachärztlichen Grundbetrag erfolgt die Honorarverteilung abweichend von Abschnitt B, Nummer 1, 2, 6 und 7 nach den Bestimmungen dieses Abschnitts:

a) Leistungen nach den Abschnitten 30.11, 35.2, 37.5, 37.6 EBM sowie die GOP 35150, 35151, 35152, 35163 bis 35169 sowie 35173 bis 35179 EBM,

b) Leistungen der Kapitel 22 und 23 EBM und sowie alle weiteren in Buchstabe a) nicht genannten Leistungen, die von Psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Fachpsychotherapeuten sowie anderen ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Fachärzten gemäß den Kriterien der Bedarfsplanungsrichtlinien erbracht werden sowie

c) fachärztliche Leistungen, die auf Grund einer Empfehlung des Bewertungsausschusses nach § 87a Absatz 5 Satz 1 Nummer 3 SGB V in der bis zum 29. Juli 2026 geltenden Fassung oder aufgrund von Vereinbarungen zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen bis 31. Dezember 2026 außerhalb der vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung mit den Preisen der regionalen Gebührenordnung vergütet wurden (§ 87a Absatz 3 Satz 7 Nummer 4 und 6 SGB V).

2. Honorarverteilung Psychotherapeutische Leistungen

2.1 Honorarvolumen Psychotherapeutische Leistungen

Psychotherapeutische Leistungen nach Nummer 1a) und b) werden aus dem Honorarvolumen vergütet, das sich aus der Addition der beiden Honorarvolumen gemäß Abschnitt E, Anlage 3b, Nummer 3.2 Buchstaben d) und m) ergibt.

2.2 Vergütung des Strukturzuschlags (GOP 35571 bis 35573 EBM)

Die GOP 35571 bis 35573 EBM werden aus dem Honorarvolumen nach Nummer 2.1 zu den Preisen der B€GO vergütet.

2.3 Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen (KAP-Grenzen)

2.3.1 Fachgruppen

Für die Fachgruppen der Psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Fachpsychotherapeuten sowie andere ausschließlich psychotherapeutisch

tätige Fachärzte gemäß den Kriterien der Bedarfsplanungsrichtlinien werden KAP-Grenzen gebildet.

2.3.2 Leistungen, die der KAP-Grenze zugeordnet sind

Die KAP-Grenze gilt für die GOP 30932 und 30933 EBM sowie die Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM (mit Ausnahme der GOP 35571 bis 35573 EBM) sowie für die GOP 35151 EBM.

2.3.3 Höhe und Ermittlung der KAP-Grenze

(I) Die KAP-Grenze gilt je Psychotherapeut/Arzt und beträgt im Quartal bei einer vollen Zulassung 27.090 Minuten.

(II) Ist ein Psychotherapeut/Arzt nicht in vollem Umfang tätig, ist die Kapazitätsgrenze entsprechend zu reduzieren. Dabei gilt Abschnitt B, Nummer 7.2.2 entsprechend.

(III) Für die Tätigkeit von im Rahmen des Job-Sharings angestellter Psychotherapeuten/Ärzte und von nach § 101 Absatz 1 Nummer 4 SGB V zugelassenen Job-Sharing-Partnern („Job-Sharing-Junior-Partner“) in Job-Sharing-Berufsausübungsgemeinschaften, von Sicherstellungsassistenten sowie von Weiterbildungsassistenten gemäß § 32 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 Ärzte-ZV gilt Abschnitt B, Nummer 7.2.4 Absatz (I) entsprechend.

2.3.4 Vergütung der Leistungen, die der KAP-Grenze zugeordnet sind

(I) Die innerhalb der KAP-Grenze nach Nummer 2.3.3 erbrachten und anerkannten Leistungen werden aus dem Honorarvolumen nach Nummer 2.1 mit den Preisen der B€GO vergütet, sofern nicht der Fall nach Nummer 2.4 Absatz (V) eintritt.

(II) Überschreiten die Leistungen – gemessen nach den Prüfzeiten der Leistungen des Anhangs 3 zum EBM in der jeweils gültigen Fassung – die gemäß Nummer 2.3.3 festgelegte KAP-Grenze je Psychotherapeut/Arzt, wird der Anteil der Leistungen, mit der der Psychotherapeut/Arzt die KAP-Grenze überschreitet, mit der rechnerischen Quote vergütet, die sich gemäß Nummer 2.4 ergibt, soweit nicht die Sonderregelung nach Nummer 2.5 Anwendung findet.

(III) Leistungen nach Nummer 2.3.2, die gemäß § 87d SGB V außerhalb der MGV vergütet werden, werden mit ihren Prüfzeiten auf die KAP-Grenze angerechnet. Dies gilt abweichend von Abschnitt B Nummer 1.4, Satz 2.

2.4 Psychotherapeutische Leistungen außerhalb der KAP-Grenzen

(I) Folgende Leistungen nach Nummer 1a) und b) mit Ausnahme des Strukturzuschlags nach Nummer 2.2 werden außerhalb der Kapazitätsgrenzen vergütet:

a) Leistungen, die als Überschreitungsleistungen der KAP-Grenzen nach Nummer 2.3.4 Absatz (II) erbracht werden,

b) Leistungen der Abschnitte 30.11 (ohne die GOP 30932 und 30933 EBM), 37.5 und 37.6 EBM (soweit nicht außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung) sowie die GOP 35150, 35152, 35163 bis 35169 sowie 35173 bis 35179 EBM,

c) Leistungen nach Nummer 1b) sowie

d) Leistungen nach Abschnitt 35.2 EBM, die GOP 30932 und 30933 EBM sowie die GOP 35151 EBM, soweit sie von Fachgruppen erbracht werden, die nicht in Nummer 2.3.1 genannt sind.

(II) Die Leistungen nach Absatz (I) werden aus dem Honorarvolumen nach Nummer 2.1 vergütet, das nach Berücksichtigung der Vorwegabzüge für die Vergütung der Leistungen nach Nummer 2.2, Nummer 2.3.4 Absatz (I) sowie Nummer 2.5.2 Absatz (II) und (III) verbleibt.

(III) Wird das nach Absatz (II) verbleibende Honorarvolumen nicht ausgeschöpft, wird das verbleibende Honorarvolumen zum Ausgleich möglicher Quartalsschwankungen in das Folgequartal übertragen.

(IV) Übersteigen die anerkannten Honoraranforderungen für Leistungen nach Absatz (I) das für die Leistungen nach Absatz (I) unter Berücksichtigung der Vorwegabzüge nach Absatz (II) verbleibende Honorarvolumen, werden die angeforderten und anerkannten Leistungen nach Absatz (I) gleichmäßig an alle Leistungserbringer in dem Verhältnis vergütet, das sich aus der Gegenüberstellung des Honorarvolumens zum Anforderungsvolumen ergibt (= rechnerische Quote).

(V) Ergibt sich nach Absatz (IV) eine rechnerische Quote von weniger als 50 Prozent, wird die Vergütung des Strukturzuschlags nach Nummer 2.2 sowie die Vergütung für die Leistungen innerhalb der KAP-Grenzen nach 2.3.4 Absatz (I) von 100 Prozent des B€GO-Preises abgesenkt und das hierdurch frei werdende Honorar zur Stützung der rechnerischen Quote auf 50 Prozent verwendet. Eine Stützung der rechnerischen Quote erfolgt dabei nur insoweit, dass für die Honorierung der Leistungen nach Nummer 2.2 und Nummer 2.3.4 Absatz (I) eine Auszahlungsquote von mindestens 85 Prozent des B€GO-Preises gewährleistet bleibt. Liegt auch nach Umsetzung der Sätze 1 und 2 die rechnerische Quote unter 50 Prozent, erfolgt die Vergütung der Leistungen, die nach Absatz (I) nicht den KAP-Grenzen zugeordnet sind, mit diesem Prozentsatz.

2.5 Sonderregelung für am 31. Dezember 2026 noch nicht abgeschlossene Behandlungen mit antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen (§ 87b Absatz 2 Satz 7 SGB V)

2.5.1 Kennzeichnungspflicht

Antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM in bis zum 31. Dezember 2026 noch nicht abgeschlossenen Behandlungen sind verpflichtend in der Abrechnung mit der GOP 80352 zu kennzeichnen. Eine Behandlung gilt dabei als noch nicht

abgeschlossen, wenn für den Patienten im Jahr 2026 bereits eine antrags- und genehmigungspflichtige Leistung des Abschnitt 35.2 EBM von demselben Psychotherapeuten/Arzt abgerechnet wurde.

2.5.2 Vergütung

(I) Antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM nach § 87b Absatz 2 Satz 7 SGB V werden vorrangig auf die KAP-Grenzen nach Nummer 2.3.3 angerechnet, soweit es sich um Leistungen in am 31. Dezember 2026 noch nicht abgeschlossenen Behandlungen handelt und diese Leistungen nach Nummer 2.5.1 gekennzeichnet sind.

(II) Abweichend von Nummer 2.3.4 Absatz (II) werden antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen nach Abschnitt 35.2 EBM nach § 87b Absatz 2 Satz 7 SGB V, die auch nach Berücksichtigung von Absatz (I) die KAP-Grenzen überschreiten, mit den Preisen der B€GO vergütet. Voraussetzung ist, dass es sich dabei um Leistungen in am 31. Dezember 2026 noch nicht abgeschlossenen Behandlungen handelt und diese Leistungen nach Nummer 2.5.1 gekennzeichnet sind.

(III) Absatz (II) gilt für antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM nach § 87b Absatz 2 Satz 7 SGB V entsprechend, soweit sie von Fachgruppen erbracht wurden, die nicht in Nummer 2.3.1 genannt sind, es sich dabei um Leistungen in am 31. Dezember 2026 noch nicht abgeschlossenen Behandlungen handelt und diese Leistungen nach Nummer 2.5.1 gekennzeichnet sind.

3. Honorarverteilung der ehemaligen fachärztlichen EGV-Leistungen (eEGV-Leistungen)

(I) Fachärztliche Leistungen nach Nummer 1c) werden aus dem Honorarvolumen gemäß Abschnitt E, Anlage 3b, Nummer 3.2 Buchstabe e) vergütet.

(II) Wird das Honorarvolumen nach Absatz (I) nicht ausgeschöpft, wird das verbleibende Honorarvolumen zum Ausgleich möglicher Quartalsschwankungen in das Folgequartal übertragen.

(III) Übersteigen die anerkannten Honoraranforderungen für Leistungen nach Absatz (I) das Honorarvolumen für die Leistungen nach Absatz (I), werden die angeforderten und anerkannten Leistungen nach Absatz (I) gleichmäßig an alle Leistungserbringer in dem Verhältnis vergütet, das sich aus der Gegenüberstellung des Honorarvolumens zum Anforderungsvolumen ergibt.

Abschnitt H – Inkrafttreten

Dieser HVM tritt am Tag nach seiner Bekanntmachung gemäß § 27 der Satzung der KVB in Kraft, gilt für die Honorarverteilung ab Quartal 1/2027 und ersetzt damit den HVM gültig seit 01.01.2026 in der Fassung des Beschlusses der Vertreterversammlung vom 21. November 2025. Soweit dieser HVM zu seiner Umsetzung einer weiteren Konkretisierung bedarf, wird der Vorstand ermächtigt, das Nähere zu regeln. Dies gilt insbesondere mit Blick auf zum Zeitpunkt des Beschlusses der Vertreterversammlung am 20. November 2026 noch offene Folgeregelungen des Gesetzgebers zum GKV-BStabG sowie der nachgelagerten Beschlüsse des Bewertungsausschusses.