



Honorarverteilungsmaßstab

der

Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

Beschluss der Vertreterversammlung vom 23.11.2019

(Bayer. Staatsanzeiger Nr. 48 / 29.11.2019)

gültig ab 1. Januar 2020

in der Fassung der Änderungen ab 1. Juli 2021
aufgrund Beschluss der Vertreterversammlung vom 20. November 2021
(Bayer. Staatsanzeiger Nr. 47 / 26. November 2021)

Inhaltsverzeichnis

Abschnitt A – Allgemeine Bestimmungen	4
1. Vorbemerkung	4
2. Geltungsbereich	4
3. Abrechnungsfähige Leistungen	5
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 Honorarverteilung der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV)	6
1.4 Honorarverteilung außerhalb der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV)	6
1.5 Anerkannte Praxisnetze	6
1.6 Maßnahmen bei Beschlüssen des Landesausschusses	7
2. MGV – Getrennte Honorarverteilung	7
3. Honorarverteilung vor Trennung der Versorgungsbereiche	7
3.1 Veranlasste laboratoriumsmedizinische Untersuchungen (Anforderung über Muster 10 der Vordruckvereinbarung) und Wirtschaftlichkeitsbonus (GOP 32001 EBM)	7
3.2 Leistungen des ärztlichen Bereitschaftsdienstes und der Notfallbehandlungen durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser	8
4. Allgemeine Bestimmungen für die Honorarverteilung in den Versorgungsbereichen	9
4.1 Honorarverteilung	9
4.2 Kalkulationssicherheit	9
5. Honorarverteilung im hausärztlichen Versorgungsbereich	10
5.1 Honorarverteilung leistungsbezogen (Vorwegabzüge)	10
5.2 Honorarverteilung übrige Leistungen (Fachgruppenfonds)	15
6. Honorarverteilung im fachärztlichen Versorgungsbereich	15
6.1 Honorarverteilung leistungsbezogen (Vorwegabzüge)	15
6.2 Honorarverteilung übrige Leistungen (Fachgruppenfonds)	23
7. Honorierung innerhalb der arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen	23
7.1 Obergrenze (= Summe aus RLV und QZV)	23
7.2 Bezugsgrößen – Definitionen – Bestimmungen zu Tätigkeitsvarianten	24
7.3 Ermittlung RLV	27
7.4 Ermittlung QZV	34
8. Bereinigung, Ausdeckelung und besondere Anpassungen der Aufsatzwerte	35
Abschnitt C – unbesetzt	37
Abschnitt D – Einzelfallregelungen	38
1. Einzelfallregelungen auf Antrag mit Auswirkung auf die Obergrenze	38
1.1 Korrektur der Obergrenze mit Bezug zur Fallzahl	38
1.2 Korrektur der Obergrenze mit Bezug zum Fallwert aufgrund eines besonderen Versorgungsbedarfs	39
1.3 Beschäftigung von Weiterbildungsassistenten (Abschnitt B, Nr. 7.2.4 Absatz (II))	40
2. Härtefallregelung	40
3. Fristen – Rechtsbehelf	41
4. Fallwertminderung (Abschnitt B, Nr. 7.3.5 Absatz (I))	42
Abschnitt E – Anlagen	43
Anlage 1 – RLV-Fachgruppen	43
Anlage 2 – Zuordnung der QZV	45
Anlage 3a – Berechnung der kalkulatorischen Fallwerte für RLV und QZV	62
Anlage 3b – Honorarverteilung in der Quartalsabrechnung	73
Anlage 4a – Leistungen, die innerhalb eines arztgruppenspezifischen Vergütungsvolumens keiner Mengenbegrenzung unterliegen	83
Anlage 4b – Leistungen, für die je Fachgruppe ein oder mehrere Vergütungsbereich(e) ¹ definiert sind	87
Anlage 5 – Umsetzung der KBV-Vorgaben (§ 87b Absatz 4 SGB V)	89
Anlage 6 – Berücksichtigung ferienbedingter Fallzahlschwankungen	90
Anlage 7 – Budgetierung von speziellen Laboratoriumsuntersuchungen	91
Anlage 8 – Fallzahlzuwachsbegrenzung QZV MRT (Abschnitt B Nr. 7.4.3 Absatz II)	92
Anlage 9 - Ausgleich für Corona-bedingte Honorareinbußen (GKV) gemäß § 87b Absatz 2a SGB V für die Quartale 3/2021 und 4/2021	94
Anlage 9a - Zuschlag SARS-CoV-2 (Nr. 97240)	98
Anlage 9b - Vergütung Bereitschaftsdienst und Notfall in den Quartalen 4/2020 und 1/2021	99
Anlage 10	100

Abschnitt F – Rückstellungen	101
Abschnitt G – Inkrafttreten, Übergangsbestimmung.....	102

Abschnitt A – Allgemeine Bestimmungen

1. Vorbemerkung

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns hat diesen Honorarverteilungsmaßstab (HVM) in Umsetzung von § 87b Absatz 1 Satz 2 SGB V unter Beachtung der Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) in der jeweils geltenden Fassung (vgl. Abschnitt E, Anlage 5) am 23.11.2019 mit Wirkung zum 01.01.2020 festgesetzt.

2. Geltungsbereich

(I) Die Vergütungsregelungen dieses HVM gelten für die im Bereich der KVB zugelassenen Ärzte¹, Psychotherapeuten und medizinischen Versorgungszentren sowie die im Bereich der KVB ermächtigten Ärzte und ermächtigten ärztlich geleiteten Einrichtungen.

In den Fällen, in denen ein zugelassener Arzt oder Psychotherapeut oder eine nach § 33 Ärzte-ZV genehmigte BAG einen Arzt oder Psychotherapeuten nach § 95 Absatz 9 oder 9a SGB V i.V.m. § 32b Absatz 1 Ärzte-ZV angestellt hat oder in einem zugelassenen MVZ ein nach § 95 Absatz 2 Satz 7 i.V.m. § 1 Absatz 3 Nr. 2, § 32b Ärzte-ZV angestellter Arzt oder Psychotherapeut tätig ist sowie in den Fällen, in denen in einer Eigeneinrichtung der KVB nach § 105 Absatz 1c SGB V ein Arzt oder Psychotherapeut von der KVB angestellt ist, ist dies bei der Honorarverteilung für die in Satz 1 Benannten nach Maßgabe von § 15 Absatz 1 BMV-Ä zu berücksichtigen.

(II) Die Bestimmungen des HVM finden auch Anwendung auf die Abrechnung von

- Laborleistungen, deren Teil 3 (§ 25 Absatz 1 BMV-Ä) aus Laborgemeinschaften bezogen und die gemäß § 25 Absatz 3 Satz 2 BMV-Ä abgerechnet wurden,
- Notfalleleistungen, die von Krankenhäusern oder Ärzten, die nicht zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung berechtigt sind, erbracht werden,
- Notfalleleistungen, die von zugelassenen Krankenhäusern und Ärzten, die allein zu diesem Zweck gemäß § 75 Absatz 1b Satz 3 SGB V an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, erbracht werden, sowie
- Leistungen von zugelassenen Krankenhäusern (§ 108 SGB V), die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, soweit diese in den Fällen des § 76 Absatz 1a SGB V in Anspruch genommen werden.

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

¹ Im gesamten HVM gelten alle Bezeichnungen in gleicher Weise geschlechtsunabhängig.

3. Abrechnungsfähige Leistungen

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

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, Nr. 2 Absatz (I) und Absatz (II) Berechtigten verteilt.

1.3 Honorarverteilung der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV)

Die Vergütung der anerkannten Leistungsanforderungen innerhalb der MGV ist begrenzt durch die zur Verfügung stehende MGV. Infolgedessen wird diesen Leistungsanforderungen je Praxis eine Obergrenze aus Regelleistungsvolumen (RLV) und qualifikationsgebundenem Zusatzvolumen (QZV) gegenübergestellt. Bestimmte Leistungen und Fälle sind von dieser Mengenbegrenzung ausgenommen (insbes. solche, die der leistungsbezogenen Vergütung unterliegen oder je Fachgruppe einer eigenen Regelung unterworfen oder ausdrücklich von der Mengenbegrenzung durch eine Obergrenze ausgenommen sind; im Übrigen vgl. Nr. 7.1.2). RLV und QZV ergeben sich jeweils als Produkt aus arztgruppenspezifischen Fallwerten, deren Berechnung sich nach Nr. 7.3.2 (RLV) und Nr. 7.4.2 (QZV) i.V.m. Abschnitt E, Anlage 3a unter Berücksichtigung möglicher Anpassungen nach Nr. 4.2 ergibt, und arzt- bzw. praxisindividuellen Behandlungsfallzahlen (RLV, vgl. Nr. 7.3.3 und 7.3.4) bzw. Leistungsfallzahlen (QZV, vgl. Nr. 7.4.3).

1.4 Honorarverteilung außerhalb der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV)

Die Vergütung der anerkannten Leistungsanforderungen außerhalb der MGV richtet sich nach der Bayerischen Eurogebührenordnung (B€GO) und den Gesamtverträgen mit Geltung für den Bereich der KVB.

1.5 Anerkannte Praxisnetze

Leistungen in anerkannten Praxisnetzen (§ 87b Absatz 2 Satz 3, Absatz 4 Satz 1 SGB V) werden grundsätzlich nach den Bestimmungen dieses HVM so vergütet, wie dies für Ärzte geregelt ist.

Für die Tätigkeit in einem oder mehreren anerkannten Netzen wird nach Maßgabe der Regelung in Nr. 7.3.7 arztbezogen ein Netzaufschlag zur Obergrenze gewährt.

1.6 Maßnahmen bei Beschlüssen des Landesausschusses

Bei Beschlüssen des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen nach § 100 Absatz 1 oder 3 SGB V (Unterversorgung, drohende Unterversorgung, lokaler Versorgungsbedarf) gewährleisten der Ansatz der aktuellen Fallzahl (Nr. 7.3.1 bzw. 7.4.1) in der Honorarverteilung sowie Maßnahmen nach Nr. 7.3.4 Absatz (X) und / oder 7.3.5 Absatz (IV) im Grundsatz eine ausreichende Berücksichtigung des § 87b Absatz 3 SGB V.

2. MGV – Getrennte Honorarverteilung

Grundlage für die Honorarverteilung nach diesem HVM ist die sich für das aktuelle Quartal ergebende unbereinigte vorhersehbare MGV. Die MGV wird auf den haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich gemäß den Vorgaben der KBV gemäß § 87b Absatz 4 SGB V in der jeweils geltenden Fassung (vgl. Abschnitt E, Anlage 5) verteilt. Es entsteht ein haus- bzw. ein fachärztliches (versorgungsbereichsspezifisches) Verteilungsvolumen, das sich jeweils nach Teil B der Vorgabe der KBV gemäß § 87b Absatz 4 SGB V ermittelt (vgl. Abschnitt E, Anlage 5). Je Versorgungsbereich erfolgt die Honorarverteilung unter Berücksichtigung der in Abschnitt E, Anlage 3b definierten Vorwegabzüge leistungsbezogen aus dafür vorgesehenen Honorarvolumen (Leistungsfonds) sowie für die übrigen Leistungen aus Fachgruppenfonds entsprechend den nachstehenden Regelungen. Die MGV ist zugleich Ausgangsgröße für die Ermittlung der individuellen Obergrenze aus RLV und QZV je Arzt und Praxis.

3. Honorarverteilung vor Trennung der Versorgungsbereiche

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

(I) Die Ermittlung des Vergütungsvolumens für

- über Muster 10 veranlasste laboratoriumsmedizinische Untersuchungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM (ohne die Gebührenordnungspositionen, die nach den KBV-Vorgaben nicht dem Grundbetrag „Labor“ zugeordnet sind) 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

ist in Teil B der Vorgaben der KBV gemäß § 87b Absatz 4 SGB V geregelt (vgl. Abschnitt E, Anlage 5). Die laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen nach Abschnitt 32.3 EBM unterliegen den Budgetierungsregelungen nach Abschnitt E, Anlage 7.

(II) Wird das Vergütungsvolumen nach Absatz (I) nicht ausgeschöpft, wird das verbleibende Vergütungsvolumen den Rückstellungen nach Abschnitt F Nr. 2 versorgungsbereichsspezifisch nach Maßgabe der KBV-Vorgabe Teil B Nr. 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 Vergütungsvolumen, werden die anerkannten und nach Anwendung der Regelungen nach Abschnitt E, Anlage 7 ggf. budgetierten Leistungen nach Absatz (I) gleichmäßig an alle Leistungserbringer in dem Verhältnis vergütet, das sich aus der Gegenüberstellung des Vergütungsvolumens zum Anforderungsvolumen ergibt. Unterschreitet das sich aus der Gegenüberstellung nach Satz 1 ergebende Verhältnis den Wert 89% für diese Leistungen, erhöht sich das Vergütungsvolumen für Leistungen nach Absatz (I) aus dem in Abschnitt F Nr. 2 gebildeten Rückstellungsvolumen in dem Umfang, der sich aus der Differenz einer Vergütung des Anforderungsvolumens in Höhe von 89% und dem Vergütungsvolumen nach Absatz (I) ergibt. Ändert sich der Wert der Mindestquote für diese Leistungen in den KBV-Vorgaben, ändert sich der Wert nach Satz 2 entsprechend. Der Ausgleich aus Rückstellungen nach Abschnitt F, Nr. 2 erfolgt dabei versorgungsbereichsspezifisch unter Berücksichtigung der KBV-Vorgabe Teil B Nr. 7.1.

3.2 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 (jeweils einschließlich der Leistungen nach Kapitel 32 EBM) werden aus dem Vergütungsvolumen des Grundbetrags „Bereitschaftsdienst und Notfall“ zu den Preisen der B€GO vergütet, das sich nach Teil B der Vorgaben der KBV gemäß § 87b Absatz 4 SGB V (vgl. Abschnitt E, Anlage 5) ermittelt.

(II) Für den Fall einer Unterschreitung des Vergütungsvolumens nach Absatz (I) wird das verbleibende Vergütungsvolumen den Rückstellungen nach Abschnitt F Nr. 2 versorgungsbereichsspezifisch nach Maßgabe der KBV-Vorgaben Teil B Nr. 7.2 zugeführt. Abweichend von Satz 1 gilt für die Quartale 4/2020 und 1/2021 die Regelung in Abschnitt E, Anlage 9b.

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

4. Allgemeine Bestimmungen für die Honorarverteilung in den Versorgungsbereichen

4.1 Honorarverteilung

Die nach Abzug des Vergütungsvolumens für die Nrn. 3.1 und 3.2 verbleibende MGV wird nach Teil B der Vorgaben der KBV (vgl. Abschnitt E, Anlage 5) auf den hausärztlichen Versorgungsbe-
reich und den fachärztlichen Versorgungsbereich verteilt. Innerhalb eines Versorgungsbereichs
wird das jeweilige Verteilungsvolumen nach einem definierten Katalog von Vorweg-Abzügen
(z.B. für Leistungsfonds oder für Rückstellungen) auf Fachgruppenfonds verteilt, innerhalb derer
die weitere Honorarverteilung an die Ärzte in Umsetzung des § 87b Absatz 2 und 3 SGB V er-
folgt. Die Einzelheiten dieser Honorarverteilung richten sich nach den folgenden Nr. 5 bis 8 in
Verbindung mit den in den Anlagen des Abschnittes E im Detail formulierten Festlegungen und
Regelungen unter Beachtung der Vorgaben der KBV gemäß § 87b Absatz 4 SGB V (vgl. Ab-
schnitt E, Anlage 5).

4.2 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 im Bayerischen Staatsanzeiger veröffentlicht und im mitgliedergeschütz-
ten Bereich auf der Homepage der KVB unter www.kvb.de eingestellt.

(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 mögli-
chen Zunahme von Leistungen innerhalb des jeweiligen arztgruppenspezifischen Verteilungsvol-
lumens, die außerhalb der Obergrenze vergütet werden, kann der Fall eintreten, dass sich die
kalkulatorischen Fallwerte nach Multiplikation mit den in Ansatz gebrachten Fallzahlen gegen-
über dem dafür zur Verfügung stehenden fachgruppenspezifischen Vergütungsvolumen (rechne-
risch) 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%, kommen 95% des kalkulato-
rischen RLV-Fallwerts in der Obergrenze zum Ansatz. Unterschreitet ein rechnerischer QZV-
Fallwert den kalkulatorischen Fallwert nach Satz 1 um mehr als 15%, werden 85% des kalkulato-
rischen QZV-Fallwertes 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 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 im nächstmöglichen Quartal fachgruppenbezogen berücksichtigt. Die veröffentlichten Fallwerte müssen insoweit korrigiert, d.h. durch die neu errechneten Fallwerte ersetzt werden.

(IV) Die kalkulatorischen Fallwerte gelten grundsätzlich für die Dauer eines Jahres, können aber im Bedarfsfall (insbes. 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 /oder QZV-Fallwerte oder das entsprechende Honorarvolumen im nächstmöglichen Folgequartal erhöht werden. Die Entscheidung nach Satz 1 trifft der Vorstand.

(VI) Abweichend von Absatz (II) Satz 1 und Abschnitt E, Anlage 3a gelten für die Quartale des Jahres 2021 die kalkulatorischen Fallwerte nach Maßgabe des Abschnitts E, Anlage 10.

5. Honorarverteilung im hausärztlichen Versorgungsbereich

5.1 Honorarverteilung leistungsbezogen (Vorwegabzüge)

5.1.1 Belegärztliche Leistungen innerhalb der MGV

(I) Leistungen in kurativ-stationären Fällen, soweit diese nicht außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung oder nach Nr. 5.1.7 honoriert werden, werden aus dem Honorarvolumen vergütet, das sich nach Abschnitt E, Anlage 3b Nr. 3.1 Absatz (I), c) ergibt.

(II) Für den Fall einer Unterschreitung des Honorarvolumens für Leistungen nach Absatz (I) wird das verbleibende Honorarvolumen den Rückstellungen nach Abschnitt F Nr. 2.2 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.

Unterschreitet das sich aus der Gegenüberstellung nach Satz 1 ergebende Verhältnis den Wert 85 (%), erhöht sich das Honorarvolumen für Leistungen nach Absatz (I) aus dem in Abschnitt F Nr. 2.2 gebildeten Rückstellungsvolumen in dem Umfang, der sich aus der Differenz einer Vergütung des Anforderungsvolumens in Höhe von 85% und dem Honorarvolumen nach Absatz (I) ergibt. Der Vorstand kann einen von den Regelungen der Sätze 1 und 2 abweichenden Verhältniswert (Quote) festlegen, mit dem die angeforderten und anerkannten Leistungen nach Absatz (I) mindestens vergütet werden.

5.1.2 Kostenpauschalen gemäß Kapitel 40 EBM, GOP 01699, 38100 und 38105 EBM

(I) Die innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanzierten ambulanten Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM, GOP 01699, 38100 und 38105 EBM werden, sofern nicht bereits in Nr. 3. oder Nr. 5.1.1 erfasst, aus dem Honorarvolumen gemäß Abschnitt E, Anlage 3b, Nr. 3.1 Absatz (I), g) vergütet. Dabei werden die GOP 01699, 38100 und 38105 EBM innerhalb dieses Honorarvolumens zu den Preisen der BÉGO vergütet.

(II) Für den Fall einer Unterschreitung des Honorarvolumens für Leistungen nach Absatz (I) wird das verbleibende Honorarvolumen den Rückstellungen nach Abschnitt F Nr. 2.2 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. Unterschreitet das sich aus der Gegenüberstellung nach Satz 1 ergebende Verhältnis den Wert 85 (%), erhöht sich das Honorarvolumen für Leistungen nach Absatz (I) aus dem in Abschnitt F Nr. 2.2 gebildeten Rückstellungsvolumen in dem Umfang, der sich aus der Differenz einer Vergütung des Anforderungsvolumens in Höhe von 85% und dem Honorarvolumen nach Absatz (I) ergibt. Der Vorstand kann einen von den Regelungen der Sätze 1 und 2 abweichenden Verhältniswert (Quote) festlegen, mit dem die angeforderten und anerkannten Leistungen nach Absatz (I) mindestens vergütet werden.

(IV) Die vorstehenden Regelungen die GOP 01699 EBM betreffend gelten in Umsetzung der Beschlüsse des Bewertungsausschusses in der 481. und 549. Sitzung bis einschließlich Quartal 4/2021.

5.1.3 Leistungen von ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Hausärzten

(I) Leistungen von ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Hausärzten, soweit diese nicht außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung bzw. nicht bereits nach der Nr. 3 oder den

Nr. 5.1.1, 5.1.2 oder 5.1.7 honoriert werden, werden aus dem Honorarvolumen vergütet, das sich nach Abschnitt E, Anlage 3b Nr. 3.1 Absatz (I), i) ergibt.

(II) Wird das Honorarvolumen nach Absatz (I) nicht ausgeschöpft, erhöht das verbleibende Honorarvolumen das entsprechende Honorarvolumen im nächstmöglichen Folgequartal.

(III) Übersteigen die anerkannten Honoraranforderungen für Leistungen nach Absatz (I) das dafür nach Absatz (I) gebildete und ggf. nach Absatz (II) erhöhte 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.

Liegt der nach Satz 1 ermittelte Auszahlungswert unter dem für ausschließlich psychotherapeutische tätige Fachärzte ermittelten Auszahlungswert nach Nr. 6.1.5 Absatz (III), so erfolgt die Vergütung zu Lasten der Rückstellungen im hausärztlichen Versorgungsbereich in Höhe des sich nach Nr. 6.1.5 Absatz (III) ergebenden Auszahlungswertes.

5.1.4 Ermächtigte Ärzte und Einrichtungen

(I) Die anerkannten Honoraranforderungen ermächtigter Ärzte und Einrichtungen im hausärztlichen Versorgungsbereich, ausgenommen der in § 24 Absatz 3 Satz 7 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) genannten Vertragsärzte, werden aus dem Honorarvolumen gemäß Abschnitt E, Anlage 3b, Nr. 3.1 Absatz (I), j) vergütet, soweit diese nicht außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung bzw. nicht bereits nach der Nr. 3 oder den Nr. 5.1.1 bis 5.1.3 oder Nr. 5.1.7 honoriert werden.

(II) Für den Fall einer Unterschreitung des Honorarvolumens für Leistungen nach Absatz (I) wird das verbleibende Honorarvolumen den Rückstellungen nach Abschnitt F Nr. 2.2 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. Unterschreitet das sich aus der Gegenüberstellung nach Satz 1 ergebende Verhältnis den Wert 85 (%), erhöht sich das Honorarvolumen für Leistungen nach Absatz (I) aus dem in Abschnitt F Nr. 2.2 gebildeten Rückstellungsvolumen in dem Umfang, der sich aus der Differenz einer Vergütung des Anforderungsvolumens in Höhe von 85% und dem Honorarvolumen nach Absatz (I) ergibt.

5.1.5 Sicherstellungszuschlag (Nr. 97009A/B)

(I) Der Sicherstellungszuschlag wird für einen in Teil III, Kapitel 3, Präambel 3.1 Nr. 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 4 € wird je Praxis gewährt, wenn aus den Leistungsbereichen

- Kleinchirurgische Eingriffe (GOP 02300 bis 02302, 02310, 02311, 02312, 02313 EBM)
- Belastungs-EKG (GOP 03321 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)

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

Wurde mindestens jeweils eine Leistung aus drei der in Satz 1 genannten Leistungsbereiche abgerechnet, wird der hausärztliche Sicherstellungszuschlag in Höhe von 2 € gewährt.

(III) Der Sicherstellungszuschlag wird, sofern die vorstehenden Bedingungen erfüllt sind, zusätzlich zu der Versichertenpauschale GOP 03000 EBM einmal im Behandlungsfall vergütet.

(IV) Der Vorstand kann eine von Absatz (II) abweichende Höhe des Sicherstellungszuschlags festlegen, die Gewährung des Sicherstellungszuschlags im Falle einer konkurrierenden Bundesregelung aussetzen oder im Falle einer EBM-Änderung den Sicherstellungszuschlag absenken oder streichen.

5.1.6 GOP 03060 bis 03065, 03362 und Unterabschnitt 3.2.5, 4.2.5 sowie GOP 04355 EBM

Die ärztlich angeordneten Hilfeleistungen (GOP 03060 bis 03065 EBM), der hausärztlich-geriatrische Betreuungskomplex (GOP 03362 EBM), die palliativmedizinische Versorgung (Unterabschnitte 3.2.5 und 4.2.5 EBM) sowie die sozialpädiatrische Beratung, Erörterung und Abklärung (GOP 04355 EBM) werden zu den Preisen der B€GO vergütet.

5.1.7 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 Hausärzten aus Laborgemeinschaften bezogen und die gemäß § 25 Absatz 3 Satz 2 BMV-Ä von Laborgemeinschaften abgerechnet wurden, werden mit der nach Nr. 3.1 Absatz (III) ermittelten Auszahlungsquote vergütet.

(II) GOP 32025, 32026, 32027, 32035 bis 32039, 32128 und 32150 EBM

Laboratoriumsmedizinische Untersuchungen nach den GOP 32025, 32026, 32027, 32035 bis 32039, 32128 und 32150 EBM werden, soweit sie nicht auf Muster 10 oder Muster 10A erbracht und abgerechnet wurden, zu den Preisen der B€GO vergütet.

(III) Restliche laboratoriumsmedizinische Untersuchungen nach den Abschnitten 32.2 und 32.3 EBM

- a) Laboratoriumsmedizinische Untersuchungen nach den Abschnitten 32.2 und 32.3 EBM, die nicht auf Muster 10 oder Muster 10A erbracht und abgerechnet wurden, werden, soweit sie nicht bereits nach Absatz (II) honoriert werden, aus dem Honorarvolumen gemäß Abschnitt E, Anlage 3b) Nr. 3.1 Absatz (I), f) vergütet.
- b) Für den Fall einer Unterschreitung des Honorarvolumens für Leistungen nach Buchstabe a) wird das verbleibende Honorarvolumen den Rückstellungen nach Abschnitt F Nr. 2.2 zugeführt.
- c) Übersteigen die anerkannten Honoraranforderungen für Leistungen nach Buchstabe a) das Honorarvolumen für die Leistungen nach Buchstabe a), werden die anerkannten Leistungen nach Buchstabe a) gleichmäßig an alle Leistungserbringer in dem Verhältnis vergütet, das sich aus der Gegenüberstellung des Honorarvolumens zum Anforderungsvolumen ergibt. Unterschreitet das sich aus der Gegenüberstellung nach Satz 1 ergebende Verhältnis den Wert 85 (%), erhöht sich das Honorarvolumen für Leistungen nach Buchstabe a) aus dem in Abschnitt F Nr. 2.2 gebildeten Rückstellungsvolumen in dem Umfang, der sich aus der Differenz einer Vergütung des Anforderungsvolumens in Höhe von 85 % und dem Honorarvolumen nach Buchstabe a) ergibt.

5.2 Honorarverteilung übrige Leistungen (Fachgruppenfonds)

Das verbleibende Honorarvolumen wird auf den Fachgruppenfonds Fachärzte für Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen (Hausärzte) sowie den Fachgruppenfonds Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin (Kinder- und Jugendärzte) verteilt. Die Aufteilung ergibt sich nach Abschnitt E, Anlage 3b Nr. 4.1.

6. Honorarverteilung im fachärztlichen Versorgungsbereich

6.1 Honorarverteilung leistungsbezogen (Vorwegabzüge)

6.1.1 Belegärztliche Leistungen innerhalb der MGV

(I) Leistungen in kurativ-stationären Fällen, soweit diese nicht außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, nach Nr. 6.1.9 oder Nr. 6.1.10 honoriert werden, werden aus dem Honorarvolumen vergütet, das sich nach Abschnitt E, Anlage 3b Nr. 3.2 Absatz (I), c) ergibt.

(II) Für den Fall einer Unterschreitung des Honorarvolumens für Leistungen nach Absatz (I) wird das verbleibende Honorarvolumen den Rückstellungen nach Abschnitt F Nr. 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. Unterschreitet das sich aus der Gegenüberstellung nach Satz 1 ergebende Verhältnis den Wert 85 %, erhöht sich das Honorarvolumen für Leistungen nach Absatz (I) aus dem in Abschnitt F Nr. 2.3 gebildeten Rückstellungsvolumen in dem Umfang, der sich aus der Differenz einer Vergütung des Anforderungsvolumens in Höhe von 85 % und dem Honorarvolumen nach Absatz (I) ergibt. Der Vorstand kann einen von den Regelungen der Sätze 1 und 2 abweichenden Verhältniswert (Quote) festlegen, mit dem die angeforderten und anerkannten Leistungen nach Absatz (I) mindestens vergütet werden.

6.1.2 Humangenetische Leistungen

(I) Humangenetische Leistungen nach den GOP 01841, 01842, 11230, 11233 bis 11236, Abschnitt 11.4, Abschnitt 19.4, den GOP 32860 bis 32865 und den GOP 32902, 32904, 32906, 32908, 32931, 32932, 32937, 32945 und 32946 EBM, soweit diese jeweils nicht außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung honoriert werden, werden aus dem Honorarvolumen vergütet, das sich nach Teil B der Vorgaben der KBV für den Grundbetrag „genetisches Labor“ (vgl. Abschnitt E, Anlage 3b, Nr. 1 i.V.m. Abschnitt E, Anlage 5) ergibt. Dabei werden die Leistungen

nach den GOP 11233 bis 11236 EBM innerhalb dieses Honorarvolumens zu den Preisen der BÉGO vergütet, sofern nicht der Fall nach Absatz (IVb) eintritt.

(II) Humangenetische Leistungen des Kapitel 11 EBM, die von Absatz (I) nicht erfasst sind, werden aus dem Honorarvolumen gemäß Abschnitt E, Anlage 3b, Nr. 3.2 Absatz (I), d) vergütet.

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

(IVa) 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. Bei der Bildung des Verhältnisses nach Satz 1 wird das Honorarvolumen für die GOP 11233 bis 11236 EBM jeweils nicht berücksichtigt.

(IVb) Abweichend von Absatz (I) Satz 2 und (IVa) gilt folgendes: Unterschreitet das sich aus der Gegenüberstellung nach Absatz (IVa) Satz 1 ergebende Verhältnis den Wert 85 (%), wird das Verhältnis nach Absatz (IVa) Satz 1 unter Einbezug des Honorarvolumens für die GOP 11233 bis 11236 EBM gebildet. Das danach noch erforderliche Honorarvolumen für Leistungen nach Absatz (I) wird jeweils aus dem in Abschnitt F Nr. 2.3 gebildeten Rückstellungsvolumen in dem Umfang zugeführt, der sich aus der Differenz einer Vergütung des Anforderungsvolumens in Höhe von 85 % und dem Honorarvolumen nach Absatz (I) ergibt.

(V) Für den Fall einer Unterschreitung des Honorarvolumens für Leistungen nach Absatz (II) gilt Absatz (III) entsprechend.

(VI) Übersteigen die anerkannten Honoraranforderungen für Leistungen nach Absatz (II) das Honorarvolumen für die Leistungen nach Absatz (II), werden die angeforderten und anerkannten Leistungen nach Absatz (II) gleichmäßig an alle Leistungserbringer in dem Verhältnis vergütet, das sich aus der Gegenüberstellung des Honorarvolumens zum Anforderungsvolumen ergibt. Unterschreitet das sich aus der Gegenüberstellung nach Satz 1 ergebende Verhältnis den Wert 85 (%), erhöht sich das Honorarvolumen für Leistungen nach Absatz (II) aus dem in Abschnitt F Nr. 2.3 gebildeten Rückstellungsvolumen in dem Umfang, der sich aus der Differenz einer Vergütung des Anforderungsvolumens in Höhe von 85% und dem Honorarvolumen nach Absatz (II) ergibt.

6.1.3 Pathologische Leistungen des Kapitels 19 EBM (ohne Leistungen des Abschnitts 19.4 EBM)

(I) Ambulante pathologische Leistungen des Kapitels 19 EBM (ohne Leistungen des Abschnitts 19.4 EBM) und die GOP 01826 EBM werden, sofern nicht bereits in Nr. 3.2 erfasst, aus dem Honorarvolumen gemäß Abschnitt E, Anlage 3b, Nr. 3.2 Absatz (I), f) vergütet.

(II) Wird das Honorarvolumen nach Absatz (I) nicht ausgeschöpft, erhöht das verbleibende Honorarvolumen das entsprechende Honorarvolumen im nächstmöglichen Folgequartal.

(III) Übersteigen die anerkannten Honoraranforderungen für Leistungen nach Absatz (I) das ggf. nach Absatz (II) erhöhte 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. Unterschreitet das sich aus der Gegenüberstellung nach Satz 1 ergebende Verhältnis den Wert 85 %, erhöht sich das Honorarvolumen für Leistungen nach Absatz (I) aus dem in Abschnitt F Nr. 2.3 gebildeten Rückstellungsvolumen in dem Umfang, der sich aus der Differenz einer Vergütung des Anforderungsvolumens in Höhe von 85 % und dem Honorarvolumen nach Absatz (I) unter Berücksichtigung des Absatzes (II) ergibt.

6.1.4 Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM, GOP 01699, 12230, 38100 und 38105 EBM

(I) Die innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanzierten ambulanten Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM, die GOP 01699, 12230, 38100 und 38105 EBM werden, sofern nicht bereits in Nr. 3 oder Nr. 6.1.1 erfasst, aus dem Honorarvolumen gemäß Abschnitt E, Anlage 3b, Nr. 3.2 Absatz (I), j) vergütet. Dabei werden die GOP 01699, 12230, 38100 und 38105 EBM innerhalb dieses Honorarvolumens zu den Preisen der B€GO vergütet.

(II) Für den Fall einer Unterschreitung des Honorarvolumens für Leistungen nach Absatz (I) wird das verbleibende Honorarvolumen den Rückstellungen nach Abschnitt F Nr. 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. Unterschreitet das sich aus der Gegenüberstellung nach Satz 1 ergebende Verhältnis den Wert 85 %, erhöht sich das Honorarvolumen für Leistungen nach Absatz (I) aus dem in Abschnitt F Nr. 2.3 gebildeten Rückstellungsvolumen in dem Umfang, der sich aus der Differenz einer Vergütung des Anforderungsvolumens in Höhe von 85 % und dem Honorarvolumen nach Absatz (I) ergibt. Der Vorstand kann einen von den Regelungen der Sätze 1 und 2 abweichenden Verhältniswert

(Quote) festlegen, mit dem die angeforderten und anerkannten Leistungen nach Absatz (I) mindestens vergütet werden.

(IV) Die vorstehenden Regelungen die GOP 01699 und 12230 EBM betreffend gelten in Umsetzung der Beschlüsse des Bewertungsausschusses in der 481. und 549. Sitzung bis einschließlich Quartal 4/2021.

6.1.5 Leistungen der Kapitel 22 und 23 EBM und Leistungen von Psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie anderen ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Fachärzten gemäß den Kriterien der Bedarfsplanungsrichtlinien

(I) Leistungen der Kapitel 22 und 23 EBM und Leistungen von Psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie anderen ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Fachärzten gemäß den Kriterien der Bedarfsplanungsrichtlinien, soweit diese nicht außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung bzw. nicht bereits nach der Nr. 3. oder den Nr. 6.1.1 bis 6.1.4 oder Nr. 6.1.9 honoriert werden, werden aus dem Honorarvolumen vergütet, das sich nach Abschnitt E, Anlage 3b, Nr. 3.2 Absatz (I), k) ergibt.

(II) Wird das Honorarvolumen nach Absatz (I) nicht ausgeschöpft, erhöht das verbleibende Honorarvolumen das entsprechende Honorarvolumen im nächstmöglichen Folgequartal.

(III) Übersteigen die anerkannten Honoraranforderungen für Leistungen nach Absatz (I) das dafür nach Absatz (I) gebildete und ggf. nach Absatz (II) erhöhte 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. Unterschreitet das sich aus der Gegenüberstellung nach Satz 1 ergebende Verhältnis den Wert 85 (%), erhöht sich das Honorarvolumen für Leistungen nach Absatz (I) aus dem in Abschnitt F Nr. 2.3 gebildeten Rückstellungsvolumen in dem Umfang, der sich aus der Differenz einer Vergütung des Anforderungsvolumens in Höhe von 85% und dem Honorarvolumen nach Absatz (I) unter Berücksichtigung des Absatzes (II) ergibt.

6.1.6 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 der Ärzte-ZV genannten Vertragsärzte, werden aus dem

Honorarvolumen gemäß Abschnitt E, Anlage 3b, Nr. 3.2 Absatz (I), I) vergütet, soweit diese nicht außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung bzw. nicht bereits nach der Nr. 3. oder den Nr. 6.1.1 bis 6.1.5, Nr. 6.1.9 oder Nr. 6.1.10 honoriert werden. Dabei werden die für Fachärzte für Anästhesiologie in Abschnitt E, Anlage 4a beschriebenen Leistungen sowie die Gebührenordnungsposition 01320 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) Für den Fall einer Unterschreitung des Honorarvolumens für Leistungen nach Absatz (I) wird das verbleibende Honorarvolumen den Rückstellungen nach Abschnitt F Nr. 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. Unterschreitet das sich aus der Gegenüberstellung nach Satz 1 ergebende Verhältnis den Wert 85 (%), erhöht sich das Honorarvolumen für Leistungen nach Absatz (I) aus dem in Abschnitt F Nr. 2.3 gebildeten Rückstellungsvolumen in dem Umfang, der sich aus der Differenz einer Vergütung des Anforderungsvolumens in Höhe von 85% und dem Honorarvolumen nach Absatz (I) ergibt.

6.1.7 Sonstige Leistungserbringer

(I) Ambulante Leistungen von fachärztlichen Leistungserbringern, die nicht in Abschnitt E, Anlage 1 Nr. 2 genannt sind sowie der zugelassenen Krankenhäuser im Rahmen einer Inanspruchnahme nach § 76 Absatz 1a SGB V, werden, sofern nicht bereits in Nr. 3 oder Nr. 6.1.1 bis 6.1.6 oder Nr. 6.1.9 erfasst, aus dem Honorarvolumen gemäß Abschnitt E, Anlage 3b, Nr. 5.1 a) vergütet. Dabei werden Leistungen im Rahmen einer Inanspruchnahme nach § 76 Absatz 1a SGB V zu den Preisen der B€GO vergütet.

(II) Für den Fall einer Unterschreitung des Honorarvolumens für Leistungen nach Absatz (I) wird das verbleibende Honorarvolumen den Rückstellungen nach Abschnitt F Nr. 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) Satz 1 nach Vergütung der Leistungen im Rahmen einer Inanspruchnahme nach § 76 Absatz 1a SGB V gemäß Absatz (I) Satz 2 gleichmäßig an alle Leistungserbringer in dem Verhältnis vergütet, das sich aus der Gegenüberstellung des Honorarvolumens

zum Anforderungsvolumen ergibt. Unterschreitet das sich aus der Gegenüberstellung nach Satz 1 ergebende Verhältnis den Wert 85 (%), erhöht sich das Honorarvolumen für Leistungen nach Absatz (I) aus dem in Abschnitt F Nr. 2.3 gebildeten Rückstellungsvolumen in dem Umfang, der sich aus der Differenz einer Vergütung des Anforderungsvolumens in Höhe von 85% und dem Honorarvolumen nach Absatz (I) ergibt.

6.1.8 Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung (PFG)

(I) Die Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung gemäß EBM in Umsetzung des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 22.10.2012 (288. Sitzung) werden aus dem Honorarvolumen vergütet, das sich nach Abschnitt E, Anlage 3b Nr. 1 in Verbindung mit Abschnitt E, Anlage 5 ergibt.

(II) Wird das Honorarvolumen nach Absatz (I) nicht ausgeschöpft, wird das verbleibende Honorarvolumen den Rückstellungen nach Abschnitt F Nr. 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. Unterschreitet das sich aus der Gegenüberstellung nach Satz 1 ergebende Verhältnis den Wert 85 (%), erhöht sich das Honorarvolumen für Leistungen nach Absatz (I) aus dem in Abschnitt F Nr. 2.3 gebildeten Rückstellungsvolumen in dem Umfang, der sich aus der Differenz einer Vergütung des Anforderungsvolumens in Höhe von 85% und dem Honorarvolumen nach Absatz (I) ergibt. Der Vorstand kann einen von den Regelungen der Sätze 1 und 2 abweichenden Verhältniswert (Quote) festlegen, mit dem die angeforderten und anerkannten Leistungen nach Absatz (I) mindestens vergütet werden.

6.1.9 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 nach Nr. 3.1 Absatz (III) ermittelten Auszahlungsquote vergütet.

(II) Konsiliar- und Grundpauschalen für Labormediziner
Konsiliar- und Grundpauschalen (GOP 12210 und 12220 EBM) von Fachärzten für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin, ermächtigen

Fachwissenschaftlern der Medizin sowie für die Abrechnung von Kostenerstattungen ermächtigten Laborärzten, Einrichtungen, Krankenhäusern und Instituten werden zu den Preisen der B€GO vergütet.

(III) GOP 32025, 32026, 32027, 32035 bis 32039, 32128 und 32150 EBM

Laboratoriumsmedizinische Untersuchungen nach den GOP 32025, 32026, 32027, 32035 bis 32039, 32128 und 32150 EBM werden, soweit sie nicht über Muster 10 oder Muster 10A erbracht und abgerechnet wurden, zu den Preisen der B€GO vergütet.

(IV) Restliche laboratoriumsmedizinische Untersuchungen nach den Abschnitten 32.2 und 32.3 EBM

a) Laboratoriumsmedizinische Untersuchungen nach den Abschnitten 32.2 und 32.3 EBM, die nicht über Muster 10 oder Muster 10A erbracht und abgerechnet wurden, werden, soweit sie nicht bereits nach Absatz (III) honoriert werden, aus dem Honorarvolumen gemäß Abschnitt E, Anlage 3b) Nr. 3.2 Absatz (I), i) 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) wird das verbleibende Honorarvolumen den Rückstellungen nach Abschnitt F Nr. 2.3 zugeführt.

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 und nach Anwendung der Regelungen nach Abschnitt E, Anlage 7 ggf. budgetierten Leistungen nach Buchstabe a) gleichmäßig an alle Leistungserbringer in dem Verhältnis vergütet, das sich aus der Gegenüberstellung des Honorarvolumens zum Anforderungsvolumen ergibt. Unterschreitet das sich aus der Gegenüberstellung nach Satz 1 ergebende Verhältnis den Wert 85 (%), erhöht sich das Honorarvolumen für Leistungen nach Buchstabe a) aus dem in Abschnitt F Nr. 2.3 gebildeten Rückstellungsvolumen in dem Umfang, der sich aus der Differenz einer Vergütung des Anforderungsvolumens in Höhe von 85% und dem Honorarvolumen nach Buchstabe a) ergibt.

6.1.10 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 Nr. 3.2 Absatz (I) n) ergibt, vergütet.

(II) Für den Fall einer Unterschreitung des Honorarvolumens für Leistungen nach Absatz (I) wird das verbleibende Honorarvolumen den Rückstellungen nach Abschnitt F Nr. 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% vergütet. Können die Leistungen des ersten und zweiten Ansatzes mit einer Quote von 100% 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 65%, werden die Leistungen des ersten Ansatzes mit einer Quote von 65% vergütet, die Leistungen des zweiten Ansatzes werden in diesem Fall mit einer Quote von mindestens 50% vergütet. Das Honorarvolumen für Leistungen nach Absatz (I) erhöht sich aus dem in Abschnitt F Nr. 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.

6.1.11 Leistungen der Strahlentherapie (Kapitel 25 EBM)

(I) Leistungen der Strahlentherapie nach Kapitel 25 EBM werden aus dem Honorarvolumen, das sich aus den gesamtvertraglichen Regelungen ergibt, vergütet.

(II) Für den Fall einer Unterschreitung des Honorarvolumens für Leistungen nach Absatz (I) wird das verbleibende Honorarvolumen den Rückstellungen nach Abschnitt F, Nr. 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. Unterschreitet das sich aus der Gegenüberstellung nach Satz 1 ergebende Verhältnis den Wert 85 (%), erhöht sich das Honorarvolumen für Leistungen nach Absatz (I) aus dem in Abschnitt F, Nr. 2.3 gebildeten Rückstellungsvolumen in dem Umfang, der sich aus der Differenz einer Vergütung des Anforderungsvolumens in Höhe von 85% und dem Honorarvolumen nach Absatz (I) ergibt.

6.2 Honorarverteilung übrige Leistungen (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 Nr. 2 ergeben, verteilt. Die Verteilung bestimmt sich nach Abschnitt E, Anlage 3b, Nr. 4.1.

7. Honorierung innerhalb der arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen

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, Nr. 2 aufgeführten Fachgruppe zuzuordnen sind, unterliegen einer Obergrenze aus einem Regelleistungsvolumen (RLV) sowie ggf. einem oder mehreren qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV).

Die Zuordnung zum RLV bestimmt sich grundsätzlich nach dem Gebiet der Zulassung, soweit in Abschnitt E, Anlage 1, Nr. 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 (vgl. Nr. 7.3.3 bzw. 7.4.3), soweit sie nachfolgend nicht ausgeschlossen sind:

- a) Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen, die außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet werden,
- b) Leistungen im Vorwegabzug nach Nr. 3, 5.1 und 6.1,
- c) Leistungen, die nach Abschnitt E, Anlage 3b Nr. 5.1 a) bis c) dieses HVM fachgruppenspezifisch außerhalb der RLV und QZV geregelt oder fachgruppenspezifisch einer eigenen Regelung unterworfen sind sowie
- d) Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen, die sich aus Vereinbarungen der Partner der Gesamtverträge nach § 87a Absatz 3 Satz 6 SGB V ergeben.

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 Nr. 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.
- 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 zu berücksichtigen.

(II) Ist ein angestellter Arzt gleichzeitig auch als Vertragsarzt 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 2016 und der Anzahl der Teilnehmer der Fachgruppe unter Berücksichtigung des Tätigkeitsumfangs (Nr. 7.2.2) in Schritten von 0,25, 0,5, 0,75 und 1,0 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 Plastische Chirurgie, Fachärzte für Plastische Chirurgie 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%) 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 der Bundesmantelverträge (insbes. 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% 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% der Fachgruppendurchschnittsfallzahl angesetzt. Satz 1 gilt für Ärzte, die aufgrund einer Ermächtigung nach § 24 Absatz 3 Ärzte-ZV im Bereich der

KVB Leistungen erbringen, entsprechend. Werden Ärzte aufgrund mehrerer Ermächtigungen nach § 24 Absatz 3 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 Nr. 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 Umfangs 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 Nr. 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 Nr. 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 Nr. 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%) 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 Nr. 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 Nr. 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 (Nr. 7.3.2) und der damit jeweils korrespondierenden RLV-Fallzahl im Abrechnungsquartal (Nr. 7.3.3), ggf. unter Berücksichtigung der Fallzahlzuwachsbeschränkung nach Nr. 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 (vgl. Nr. 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 Nr. 4.2 für die Quartale eines Kalenderjahres. Abweichend von Satz 1 bestimmen sich die Fallwerte für das Kalenderjahr 2021 nach den Regelungen der Nr. 4.2 Absatz (VI).

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,
- c) Fälle, in denen ausschließlich Leistungen und Kostenerstattungen, die gemäß Nr. 7.1.2 nicht dem RLV unterliegen, abgerechnet werden,
- d) sowie Behandlungsfälle mit ausschließlicher Abrechnung der GOP 01430, 01820 und 05230 EBM als RLV-relevante Leistungen.

Die Ausnahme der GOP 05230 EBM nach Satz 2 d) bleibt im Rahmen der Berechnung nach Nr. 7.2.3 Absatz (I) unberücksichtigt.

(II) Zur Umsetzung des Arztbezuges gemäß Nr. 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 Fallzahlzuwachsbegrenzung

(I) Nimmt die Summe aller RLV-Fallzahlen einer der in Abschnitt E, Anlage 1 Nr. 2 genannten Fachgruppen im Vergleich zum Vorjahresquartal um mehr als 3% zu, wird abweichend von Nr. 7.3.3 die RLV-Fallzahl derjenigen Ärzte, die einen Fallzahlzuwachs von mehr als 3% aufweisen, wie folgt ermittelt. Die RLV-Fallzahl wird auf Basis des Vorjahresquartals bestimmt und unter Berücksichtigung der Zuordnung nach Altersklassen im aktuellen Quartal um einen Zuwachs von 3% erhöht, soweit sich nicht aus den nachstehenden Bestimmungen Ergänzungen oder Abweichungen ergeben. Der jeweils zulässige Zuwachs erhöht sich ggf. nach Absatz (XI).

(II) Die Regelung des Absatz (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) zulässigen 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 zulässigen Zuwachs nach den Absätzen (I) und (XI) übersteigt.

(III) Die RLV-Fallzahl wird ggf. abweichend festgelegt nach Maßgabe einer Entscheidung gemäß Abschnitt D, Nr. 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 (vgl. Nr. 7.2.3) nicht erreicht hat, wird im Rahmen ihrer Obergrenze bei der Honorarabrechnung grundsätzlich die eigene RLV-Fallzahl (Nr. 7.3.3) im Abrechnungsquartal angesetzt. Soweit diese die durchschnittliche Fallzahl der Fachgruppe (Nr. 7.2.3) überschreitet, wird der Fachgruppendurchschnitt angesetzt, mindestens jedoch die um den zulässigen Zuwachs nach den Absätzen (I) und (XI) erhöhte RLV-Fallzahl im Vorjahresquartal. 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 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 (insbes. 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.

(VIIa) Gelten im Vorjahresquartal Selektivverträge nach § 73b SGB V, die eine Vollversorgung zum Gegenstand haben, wird die Fallzahl des aktuellen Quartals herangezogen.

(VIIb) Für den Fall, dass Selektivverträge nach § 140a SGB V, die eine Vollversorgung zum Inhalt haben, enden, insbes. durch Kündigung, mit der Folge, dass die eingeschriebenen Versicherten im Vorjahresquartal keinen Fall im Sinne von Abschnitt B, Nr. 7.3.3 ausgelöst haben, unterbleibt für die Ärzte, die an diesem Selektivvertrag teilgenommen haben, für die vier auf die rechtswirksame Beendigung des Selektivvertrages folgenden Quartale die Anwendung der Regelung in Teil B, Nr. 7.3.4 Absatz (I) bis (VI).

(VIII) Fallzahlzuwachsbegrenzung bei „Kleinen Arztgruppen“

Wird das arztgruppenspezifische Verteilungsvolumen einer „kleinen Arztgruppe“ im Sinne der Regelung in Abschnitt E, Anlage 3b Nr. 4.2 prozentual angepasst, wird die Summe aller RLV-Fallzahlen der entsprechenden Arztgruppe im Vorjahresquartal um den gleichen Prozentsatz erhöht, bevor eine mögliche Zunahme nach den Absätzen (I) und (XI) berechnet wird.

(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 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% oder höher, bestimmt sich der jeweils zulässige Zuwachs nach Absatz (I) für die Fachgruppe bzw. die einzelnen Ärzte nach der Formel gemäß Abschnitt E, Anlage 6.

(XII) Die vorstehenden Regelungen zur Fallzahlzuwachsbegrenzung werden aufgrund der Covid19-Pandemie für das Jahr 2021 ausgesetzt.

7.3.5 Fallwertminderung

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

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

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

(III) Im Falle des Abschlusses von Selektivverträgen nach §§ 73b, 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 Nr. 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 Nr. 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 insbes. 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 Vorgaben der KBV, Teil D (vgl. Anlage 5 zu Abschnitt E) 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 = $((\text{RLV-relevante Arztfallzahl der Arztpraxis im Abrechnungsquartal} / \text{Zahl der Behandlungsfälle gemäß 7.3.3 Absatz [I] im Abrechnungsquartal}) - 1) * 100$. 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, Nr. 2 um 10 Prozent erhöht, soweit ein Kooperationsgrad von mindestens 10% 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, Nr. 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, Nr. 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 bis unter 35	30
35 bis unter 40	35
40 und größer	40

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 Nr. 2 durch mehrere Teilnehmer in der Praxis vertreten ist.

- d) In fachgleichen hausärztlichen (Teil-) Berufsausübungsgemeinschaften zwischen Ärzten gemäß Nr. 1 der Präambel 3.1 des EBM und in fachgleichen Praxen von Ärzten gemäß Nr. 1 der Präambel 3.1 des EBM mit angestelltem Arzt/Ärztinnen gemäß Nr. 1 der Präambel 3.1 des EBM wird das RLV um 22,5 Prozent erhöht. Satz 1 gilt für Ärzte gemäß Nr. 1 der Präambel 4.1 des EBM entsprechend. Satz 1 gilt für fachgleiche hausärztliche Medizinische Versorgungszentren entsprechend.

(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 Nr. 2 tätig sind. Für die Arztgruppen in Abschnitt E Anlage 1 Nr. 2, fünfter 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; Nr. 7.2.5 gilt entsprechend. Zur Abgrenzung standortübergreifender von nicht standortübergreifender Tätigkeit im Sinne der vorgenannten Regelungen wird auf die Betriebsstätte abgestellt (vgl. § 1a Nr. 21 BMV-Ärzte).

7.3.7 Netzaufschlag

(I) Jeder in einem oder mehreren anerkannten Netz(en) nach Nr. 1.5 tätige Arzt erhält nach Anwendung der Regelungen in Nr. 7.3.5 und 7.3.6 einen Netzaufschlag zur Obergrenze.

(II) Die Höhe des Netzaufschlags nach Absatz (I) ergibt sich aus Absatz (III) für einen vollen Tätigkeitsumfang und verringert sich in entsprechender Anwendung der Nr. 7.2.2.

(III) Der Netzaufschlag beträgt 125,00 Euro je Arzt und Quartal. Übersteigt das rechnerische Volumen für den Netzaufschlag (Anzahl Netzärzte multipliziert mit 125 Euro unter Berücksichtigung Absatz II) den Wert von 400.000 Euro im Quartal, dann reduziert sich der Netzaufschlag nach Satz 1 auf den sich nach folgender Berechnung ergebenden Wert: 400.000 Euro dividiert durch die entsprechende Anzahl der Netzteilnehmer im Abrechnungsquartal unter Berücksichtigung der Nr. 7.2.2.

(IV) Der Netzaufschlag nach Absatz (I) gilt für Praxisnetze, die nach der Richtlinie der KVB gemäß § 87b Absatz 4 SGB V anerkannt sind.

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 7.4.2 und der Anzahl der QZV-Fälle des Arztes gemäß Nr. 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 Nr. 7.2. Die Fallwerte gelten, ggf. unter Berücksichtigung einer Anpassung nach Nr. 4.2 für die Quartale eines Kalenderjahres. Abweichend von Satz 2 bestimmen sich die Fallwerte für das Kalenderjahr 2021 nach den Regelungen der Nr. 4.2 Absatz (VI).

(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, § 137 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 und der Fachärzte für 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% der durchschnittlichen QZV-Fallzahl hinausgehenden QZV-Fall um 75% gemindert. Als durchschnittliche QZV-Fallzahl nach Satz 1 wird für Ärzte, die dieser Regelung unterliegen, einheitlich die durchschnittliche QZV-Fallzahl der RLV-Fachgruppe der Fachärzte für Radiologie, der Fachärzte für Diagnostische Radiologie und der Fachärzte für Strahlentherapie herangezogen. Die durchschnittliche QZV-Fallzahl der RLV-Fachgruppe (Nr. 7.2.3) wird dabei je Arzt abhängig von seinem Tätigkeitsumfang (Nr. 7.2.2) festgelegt.

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 Nr. 7.4.2 Absatz (III) genannten RLV-Fachgruppen unterliegen einer Fallzahlzuwachsbeschränkung wie folgt: Nimmt die QZV-Fallzahl eines Arztes für das QZV MRT im Vergleich zur anerkannten Leistungsfallzahl des QZV MRT bzw. QZV MRT ohne Mamma im Vorjahresquartal, ggf. nach Durchführung der für dieses QZV geltenden Fallzahlzuwachsbeschränkung, um mehr als 3% zu, bestimmt sich die QZV-Fallzahl abweichend von Absatz (I) nach Abschnitt E Anlage 8.

8. **Bereinigung, Ausdeckelung und besondere Anpassungen der Aufsatzwerte**

(I) Gem. Teil B, Nr. 3.5 der Vorgaben der KBV zur Honorarverteilung (§ 87b Absatz 4 SGB V) sind im aktuellen Abrechnungsquartal in den Vergütungsvolumina die notwendigen Bereinigungen, die durch das SGB V vorgesehen sind, sowie Änderungen in der Abgrenzung der MGV zu berücksichtigen. Die Berücksichtigung gilt für besondere Anpassungen der Aufsatzwerte gem. § 87a Absatz 4 Satz 1 SGB V (vgl. die einmalige und basiswirksame Erhöhung des Behandlungsbedarfs gem. § 87a Absatz 5 Satz 10 SGB V ab 01.01.2016) entsprechend.

(II) Im Vergütungsvolumen des PFG-Grundbetrags erfolgt keine Bereinigung aufgrund einer Vereinbarung nach § 116b SGB V.

(III) Im Vergütungsvolumen des hausärztlichen und des fachärztlichen Grundbetrags erfolgt die Berücksichtigung grundsätzlich dort, wo die entsprechende Leistung zuzuordnen ist, das heißt, in den leistungsbezogenen Vorwegabzügen gem. Nr. 5.1 bzw. 6.1 oder den Fachgruppenfonds gem. Nr. 5.2 bzw. 6.2 unter Berücksichtigung des Fremdkassenzahlungsausgleichs.

(IV) Innerhalb der Fachgruppenfonds gem. Nr. 5.2 bzw. 6.2 erfolgt für die entsprechend zuzuordnenden Leistungen eine weitergehende Berücksichtigung für folgende Sachverhalte:

a) Selektivverträge/Modellvorhaben

Nach Abschluss von Selektivverträgen nach §§ 73b, 140a SGB V (gilt auch für Verträge nach § 73c, § 140 a ff. SGB V i.d.F. bis 22.07.2015) entscheidet der Vorstand über eine ggf. erforderliche praxisindividuelle Bereinigung der RLV und ggf. der QZV, soweit dies nicht durch Ansatz der Fallzahlen nach Nr. 7.3.3 und 7.4.3 berücksichtigt wird. Dabei sind die Vorgaben der KBV, Teil F zu berücksichtigen. Satz 1 gilt entsprechend in den Fällen des § 64 Absatz 3 Sätze 5 bis 7 SGB V.

b) § 116b SGB V

Kommt es aufgrund einer Vereinbarung nach § 116b Absatz 6 Satz 2 SGB V zu einer Bereinigung der MGV nach Maßgabe einer Vorgabe des Bewertungsausschusses (§ 116b Absatz 6 Satz 13 SGB V) und deren landesrechtlicher vertraglicher Umsetzung, wird der Bereinigungsbetrag anteilig auf die Honorarvolumen nach Abschnitt E, Anlage 3b Nr. 5.1 a) bis c) sowie e) und f) aufgeteilt.

Für Ärzte, die der Obergrenze unterliegen und gleichzeitig an der ambulant spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V teilnehmen, erfolgt eine Bereinigung der Obergrenze für RLV-relevante Leistungen auf Grundlage der von den Krankenkassen nach § 87 Absatz 3f SGB V übermittelten spezialfachärztlichen Patientenzahlen.

c) Überführung sonstiger Leistungen aus der MGV in die Einzelleistungsvergütung

Kommt es zu einer Honorarvereinbarung, die zu einer Überführung von Leistungen aus der MGV in den Bereich der Einzelleistungsvergütung führt, wird der entsprechende Ausdeckungsbetrag anteilig auf die Honorarvolumen nach Abschnitt E, Anlage 3b Nr. 5.1 a) bis c) sowie e) und f) aufgeteilt. Für Ärzte, die RLV-relevante Leistungen abrechnen, die von der Ausdeckung nach Satz 1 betroffen sind, erfolgt eine Bereinigung der Obergrenze. Der Anteil entspricht dabei dem Anteil des vom jeweiligen Arzt im jeweiligen Quartal außerhalb der MGV abgerechneten Honorars am Gesamthonorar für diese Leistungen.

d) Erhöhung der MGV zur Finanzierung eines erwarteten Mehrbedarfs

Kommt es zu einer Honorarvereinbarung, die eine Erhöhung der MGV insbesondere zur Finanzierung eines erwarteten Mehrbedarfs einer Leistung (z.B. Höherbewertung einer GOP, Rückführung einer GOP in die MGV) vorsieht, werden die entsprechenden Finanzmittel anteilig auf die Honorarvolumen nach Abschnitt E, Anlage 3b Nr. 5.1 a) bis c) sowie e) und f) aufgeteilt.

(V) Für die arztbezogene Bereinigung gilt jeweils, dass die Obergrenze den Wert Null nicht unterschreiten darf und der Vorstand generell oder für einen der unter Absatz (IV) a)-c) genannten Fälle eine Geringfügigkeitsgrenze festlegen kann.

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

Abschnitt C – unbesetzt

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, Nr. 7.3.4 (Fallzahlzuwachsbeschränkung) 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.

(II) Bei einer außergewöhnlich starken Erhöhung der Fallzahl kann die Regelung nach Abschnitt B, Nr. 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,
- 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, die den durchschnittlichen prozentualen Fallzahlanstieg der Fachgruppe nominal um mehr als 10 Prozentpunkte übersteigt. 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 (II) bezieht.

(V) Kommt die Regelung in Abschnitt B Nr. 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), Spiegelstriche 1 bis 4 und 6, 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% über dem korrespondierenden Obergrenzenfallwert der Fachgruppe liegt,
- c) die Leistungen des besonderen Versorgungsbedarfs im Sinne einer bedeutsamen fachlichen Spezialisierung wenigstens 20% 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% 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 Ge-

biet oder Schwerpunkt (Abschnitt B Nr. 7.2.5 Absatz 1 oder 2) nicht feststellbar, kann eine bedeutsame fachliche Spezialisierung vorliegen, obwohl eines oder mehrere der Merkmale in Absatz (III) Buchst. 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, Nr. 7.2.4 Absatz (II))

(I) Kommen im Einzelfall die Regelungen der Fallzahlzuwachsbeschränkung nach Abschnitt B Nr. 7.3.4 und/oder der Fallwertminderung nach Abschnitt B Nr. 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 2 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.

(III) Corona-Ausgleichsregelung für die Quartale 3/2021 und 4/2021

a) Bei einem Rückgang des Gesamthonorars GKV um mehr als 10% sowie einem Rückgang der Fallzahl (bezogen auf MGV-Leistungen und Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gemäß § 87a Absatz 3 Satz 5 Nummern 1, 3, 4, 5 und 6 und Satz 6 SGB V) einer Arztpraxis jeweils im Quartal 3/2021 oder im Quartal 4/2021 gegenüber den korrespondierenden Werten im Vorvorjahresquartal 3/2019 oder 4/2019 kann im begründeten Einzelfall auf Antrag für das jeweilige Quartal 3/2021 oder 4/2021 ein Ausgleich erfolgen. Ist in dem Vergleich die Fallzahl gleich oder größer als im korrespondierenden Vorvorjahresquartal, kann der Antrag bei Vorliegen der weiteren Voraussetzungen stattdessen auch auf einen Rückgang des Fallwertes im Quartal 3/2021 oder im Quartal 4/2021 von mehr als 10% im Vergleich zum korrespondierenden Vorvorjahresquartal gestützt werden. Für die Einzelheiten gelten die Bestimmungen in Abschnitt E, Anlage 9.

b) Zahlungen aus dieser Regelung sind bei nachträglichen Einzelfallentscheidungen nach diesem HVM mindernd zu berücksichtigen.

c) Die Finanzierung eines Ausgleichs nach den vorstehenden Bestimmungen erfolgt versorgungsbereichsspezifisch gemäß Abschnitt F Nr. 1. c) i.V.m. Nr. 2.

3. Fristen – Rechtsbehelf

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

(II) Antragsfrist

Anträge nach Nr. 2 können frühestens mit Bekanntgabe des Honorarbescheids des Quartals gestellt werden, auf das sich der Antrag bezieht. Anträge nach Nr. 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 Nr. 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, Nr. 7.3.5 Absatz (I))

Aus Sicherstellungsgründen kann 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 (bzw. Ermächtigung). Für Mehrfachzulassungen gilt Abschnitt B, Nr. 7.2.5.
- 1.2 In den nachstehenden Fachgruppen gilt ergänzend oder abweichend von Nr. 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 Nr. 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 5 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 Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen
- Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin
- Fachärzte für Anästhesiologie
- Fachärzte für Augenheilkunde
- Fachärzte für Chirurgie, Fachärzte für Herzchirurgie, Fachärzte für Kinderchirurgie, Fachärzte für Plastische Chirurgie, Fachärzte für Plastische Chirurgie 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 Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie
- Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Fachärzte für Kieferchirurgie
- 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 Urologie
- Fachärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin, Fachärzte für Physiologie, Fachärzte für Physiotherapie

Anlage 2 – Zuordnung der QZV

Fachärzte für Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Akupunktur	30790, 30791
Allergologie	30100, 30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123
Behandlung des diabetischen Fußes	02311
Behandlung von Hämorrhoiden	30610, 30611
Chirotherapie	30200, 30201
Ergometrie	03321
Hyposensibilisierungsbehandlung	30130, 30131
Kardiorespiratorische Polygraphie	30900
Kleinchirurgie	02300, 02301, 02302, 02310
Langzeit-Blutdruckmessung	03324
Langzeit-EKG	03241, 03322
Phlebologie	30500, 30501
Physikalische Therapie	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421
Proktologie Hausärzte	03331, 30600, 30601
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120
Richtlinienpsychotherapie I, probatorische Sitzung	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150
Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760
Sonographie Ia	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33046, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092
Sonographie III Hausärzte	33060, 33061, 33062
Spirometrie	03330
Besondere Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102

**Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin ohne Schwerpunkt und
fachärztlich tätige Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin**

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Allergologie	30100, 30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123
Hyposensibilisierungsbehandlung	30130, 30131
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120
Richtlinienpsychotherapie I, probatorische Sitzung	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150
Spirometrie Kinder- und Jugendärzte	04330
Sonographie 4 – fach-/hausärztlich	33010, 33011, 33012, 33040, 33041, 33042, 33043, 33044, 33046, 33050, 33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33076, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092, 33100
Sonographie offene Fontanelle	33052
Sonographie Säuglingshöften	33051
Kinderkardiologie	04410, 04411, 04413, 04414, 04415, 04416, 04419, 04420
Neuropädiatrie	04430, 04431, 04433, 04434, 04435, 04436, 04437, 04439
Hämatologie/Onkologie	04441, 04442, 04443
Gastroenterologie	04511, 04512, 04513, 04516, 04517, 04521, 04523, 04525, 04527
Pneumologie	04530, 04532, 04534, 04535, 04536, 04537
Rheumatologie	04550, 04551
Endokrinologie	04580
Ergometrie Kinder- und Jugendärzte	04321
Langzeit-EKG / Langzeit-Blutdruck	04241, 04322, 04324
Duplex-Sonographie Gefäße (Farbduplex)	33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075

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, probatorische Sitzung	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150
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
Orthoptik	06320

**Fachärzte für Chirurgie, Fachärzte für Herzchirurgie, Fachärzte für Kinderchirurgie,
 Fachärzte für Plastische Chirurgie, Fachärzte für Plastische Chirurgie 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
Chirotherapie	30200, 30201
Osteodensitometrie	34600
Intermittierende fibrinolytische Therapie und/oder Prostanoid-Therapie	13310
Gastroenterologie I	13400, 13401, 13402, 13410, 13411, 13412
Rheumatologische Funktionsdiagnostik	18320
Rheumatologische Behandlung	18700
Phlebologischer Komplex	30500
Verödung von Varizen	30501
Physikalische Therapie Chirurgen und Orthopäden	30400, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421
Intermittierende apparative Kompressionstherapie	30401
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

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, probatorische Sitzung	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150

Fachärzte für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Allergologie	30100, 30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123
Bronchoskopie HNO-Heilkunde	09315, 09316
Chirotherapie	30200, 30201
Dringende Besuche	01411, 01412
Hyposensibilisierungsbehandlung	30130, 30131
Kardiorespiratorische Polygraphie	30900
Phoniatrie, Pädaudiologie	09330, 09331, 09332, 09333, 09335, 09336
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120
Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760
Sonographie Ia	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33046, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092
Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503
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
Behandlung von Hämorrhoiden	30610, 30611
Kardiorespiratorische Polygraphie	30900
Kleinchirurgie	02300, 02301, 02302, 02310
Kontrolle Herzschrittmacher	13571, 13573, 13574, 13575, 13576
Langzeit-EKG Internisten	13252, 13253
Nuklearmedizinische Diagnostik (Fachkunde)	17310, 17311, 17312, 17320, 17330, 17331, 17332, 17333, 17360, 17361, 17362, 17363
Phlebologie	30500, 30501
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510*, 01511*, 01512*
Proktologie	13257, 13260, 30600, 30601
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120
Richtlinienpsychotherapie I, probatorische Sitzung	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150
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
Ulcus cruris, CVI	02312, 02313

*soweit nicht in Anlage 4a geregelt

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

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Behandlung des diabetischen Fußes	02311
Phlebologie	30500, 30501
Physikalische Therapie	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512
Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092
Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040
Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503
Ulcus cruris, CVI	02312, 02313
Besondere Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102
Nuklearmedizinische Diagnostik (Fachkunde)	17310, 17311, 17312, 17320, 17330, 17331, 17332, 17333, 17360, 17361, 17362, 17363

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

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Nuklearmedizinische Diagnostik (Fachkunde)	17310, 17311, 17312, 17320, 17330, 17331, 17332, 17333, 17360, 17361, 17362, 17363

**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 4a geregelt

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

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Dringende Besuche	01411, 01412
Gastroenterologie für (Hämato-)Onkologen	13400, 13402
Labor- Grundpauschale	12225
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120
Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760
Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040
Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
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
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, 17312, 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
Akupunktur	30790, 30791
Chirotherapie	30200, 30201
Dringende Besuche	01411, 01412
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
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
Besondere Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102
Sonographie Ia	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33046, 33050, 33052, 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
Behandlung des diabetischen Fußes	02311
Dringende Besuche	01411, 01412
Besondere Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102
Transfusionen	02110, 02111
Behandlung sekundär heilender Wunden / Decubitalulcus	02310
Ergometrie Nephrologie	13251
Echokardiographie Nephrologie	33020, 33021, 33022
Sonographie Abdomen	33042
Sonographie Gefäße Nephrologen	33070, 33072, 33073, 33075

**Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie**

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Dringende Besuche	01411, 01412
Neurophysiologische Übungsbehandlung	30300, 30301
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120
Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142
Unvorhergesehene Inanspruchnahme ohne Samstag	01100, 01101
Inanspruchnahme an Samstagen	01102
Kinder- und jugendpsychiatrische Gruppenbehandlung	14221
Funktionelle Entwicklungstherapie Gruppenbehandlung	14311
Mitbetreuung von Patienten mit psychiatrischer Erkrankung	14313, 14314
Elektroenzephalogramm	14320
Neurophysiologische Untersuchung (SEP, VEP, AEP, MEP)	14331

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
Lumbalpunktion	02342

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
Lumbalpunktion	02342

Fachärzte für Nuklearmedizin

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Labor- Grundpauschale	12225
Teilkörperszintigraphie	17310
Ganzkörperszintigraphie und Zuschlag Ganzkörperzusatz	17311, 17312
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 Mehrphasenzintigraphie	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
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
Inanspruchnahme an Samstagen	01102
Mamma-Sonographie	33041
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	30100, 30110, 30111, 30120
Hyposensibilisierungsbehandlung	30130, 30131
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
Lumbalpunktion	02342

Fachärzte für Radiologie, Fachärzte für Diagnostische Radiologie, Fachärzte für 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
Interventionelle Radiologie	01530, 01531, 34283, 34284, 34285, 34286, 34287
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
Sonographie Ia	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33046, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092
Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040
Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
MRT der Mamma	34431
kurative Mammographie und Mammasonographie	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
Richtlinienpsychotherapie I, probatorische Sitzung	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150
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 den Anlagen 3a und 3b:

In Anlage 3a wird die Systematik zur Berechnung der RLV- und QZV-Fallwerte dargestellt.

In Anlage 3b wird die Systematik zur finanziellen Steuerung der Fachgruppenfonds in der Quartalsabrechnung dargestellt.

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

1. Grundsatz

Die Berechnungen in Anlage 3a erfolgen auf Grundlage von Jahreswerten 2016, soweit nachfolgend nichts Abweichendes bestimmt ist. Stichtag für deren Feststellung ist der 31. Oktober 2017. Leistungen, die gem. Honorarvertrag 2016 außerhalb der MGV vergütet werden oder deren Honorierung in Abschnitt B, Nr. 3, 5.1.7, 6.1.2 Abs. (I), 6.1.8 oder 6.1.9 geregelt wird, werden nicht herangezogen, soweit nachfolgend nichts Abweichendes bestimmt ist.

2. Vergütungsvolumen der haus- und fachärztlichen Grundbeträge

Die Vergütungsvolumen der haus- und fachärztlichen Grundbeträge nach den Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß § 87b Abs. 4 SGB V zur Honorarverteilung (KBV-Vorgaben) Teil B, Nr. 6 beschlossen am 13. Juni 2017 bilden die beiden Ausgangsgrößen für die Berechnung der Fallwerte in den Versorgungsbereichen. Hinsichtlich §§ 73b, 116b und 140a SGB V (gilt auch für Verträge nach §§ 73c und 140a SGB V ff. i. d. F. bis 22.07.2015) werden unbereinigte Vergütungsvolumen erstellt, wobei Vergütungen im Rahmen einer nicht vertragskonformen Inanspruchnahme mindernd berücksichtigt werden. Diese unbereinigten Vergütungsvolumen werden nach § 87a Abs. 4 Satz 1 Nummer 2 SGB V i. V. m. dem Honorarvertrag für das Jahr 2017 um 0,5474% sowie um die Steigerungsraten der Orientierungswerte gem. § 87 Abs. 2e SGB V ab dem Jahr 2017 erhöht. Es werden folgende Änderungen und Anpassungen an den Vergütungsvolumen der Grundbeträge berücksichtigt, wobei jeweils eine Bewertung mit dem aktuellen Orientierungswert gem. § 87 Abs. 2e SGB V erfolgt:

- a) die Aufwertung der Hörgeräteversorgung (GOP 09372-09374 und 20372-20374 EBM) zum 1. Januar 2018 gem. Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 411. Sitzung,
- b) die Aufwertung der Versichertenpauschale (GOP 03000 und 04000 EBM) für die Altersklasse ab Beginn des 76. Lebensjahres (umgesetzt in GOP 03005 und 04005) zum 1. Januar 2019 gem. Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 430. Sitzung,
- c) die Aufwertung der Koronarangiographie (GOP 34291 EBM) zum 1. Oktober 2016 gem. Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 378. Sitzung,

- d) die Aufwertung der Osteodensitometrie (GOP 34600 EBM) zum 1. Januar 2019 gem. Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 430. Sitzung,
- e) die Aufwertung der augenärztlichen Grundpauschale (GOP 06211 EBM) zum 1. April 2019 gem. Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 435. Sitzung,
- f) die Ausdeckelung der Verordnung medizinischer Rehabilitationen (GOP 01611 EBM) zum 1. April 2018 gem. den Honorarverträgen 2018 und 2019 sowie der soziotherapeutischen Leistungen (GOP 30810 und 30811 EBM) zum 1. April 2016 gem. den Honorarverträgen 2016 und 2017,
- g) die Überführung der humangenetischen Leistungen (GOP 01835 bis 01839 EBM) in den Grundbetrag „genetisches Labor“ gem. der am 27. März 2019 beschlossenen Änderung der KBV-Vorgaben Teil B zum 1. April 2019,
- h) die Eindeckelung der Hinzuziehung soziotherapeutischer Leistungserbringer (GOP 30800 EBM) zum 1. April 2018 gem. den Honorarverträgen 2018 und 2019 sowie
- i) die Aufnahme der Verordnung medizinischer Vorsorge für Mütter oder Väter (GOP 01624 EBM) in den EBM zum 1. Oktober 2018 gem. Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 417. Sitzung.

Es entsteht jeweils ein versorgungsbereichsspezifisches Vergütungsvolumen für die Fallwertberechnung.

3. Versorgungsbereichsspezifische Vergütungsvolumen für die Fallwertberechnung

Die versorgungsbereichsspezifischen Vergütungsvolumen für die Fallwertberechnung werden um die entsprechend Nr. 2 Satz 3 angepassten jeweiligen Salden der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gem. § 75 Abs. 7 und 7a SGB V (Fremdkassenzahlungsausgleich) erhöht. Es entsteht jeweils ein versorgungsbereichsspezifisches Honorarvolumen für die Fallwertberechnung.

4. Versorgungsbereichsspezifische Honorarvolumen für die Fallwertberechnung

4.1 Hausärztliches Honorarvolumen für die Fallwertberechnung

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

- a) Sachverhalte entsprechend Abschnitt F,
- b) belegärztliche Leistungen,
- c) Kostenpauschalen gem. Kap. 40 EBM, GOP 38100, 38105 EBM sowie 86902 bis 86905,
- d) den Sicherstellungszuschlag gem. Abschnitt B, Nr. 5.1.5,
- e) Leistungen von ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Hausärzten,

- f) Leistungen von ermächtigten Ärzten und Einrichtungen (ohne ermächtigte Ärzte nach § 24 Abs. 3 Ärzte-ZV) und
- g) Leistungen der geriatrischen, sozialpädiatrischen und palliativmedizinischen Versorgung gem. GOP 03362 und 04355 sowie Abschnitt 3.2.5 und 4.2.5 EBM.

Die Höhe des Vorwegabzugs gem. a) bestimmt der Vorstand. Basis für die Vorwegabzüge gem. b) bis h) ist jeweils die Höhe der ausgezahlten Honorare für die genannten Leistungen, sofern sie nicht jeweils bereits in einem der vorhergehenden Abzüge erfasst wurden. Sie werden erhöht um etwaige Bereinigungen hinsichtlich §§ 73b, 116b und 140a SGB V (gilt auch für Verträge nach 73c und 140a ff. i. d. F. bis 22.07.2015) für die genannten Leistungen und vermindert um Zahlungen im Rahmen einer nicht vertragskonformen Inanspruchnahme. Die Anpassungen gem. Nr. 5 Abs. (I) i) werden berücksichtigt. Die Vorwegabzüge werden jeweils entsprechend Nr. 2 Satz 3 angepasst. Für den Vorwegabzug gem. d) kann der Vorstand eine abweichende Höhe festlegen.

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

4.2 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 gem. GOP 30901 EBM,
- c) belegärztliche Leistungen,
- d) Leistungen der Humangenetik gem. GOP 11210-11212 EBM,
- e) Leistungen der Pathologie gem. GOP 01826, Kap. 19.1 bis 19.3 EBM,
- f) Kostenpauschalen gem. Kap. 40 EBM, GOP 38100, 38105 EBM sowie 86902 bis 86905,
- g) Leistungen gem. Kap 22 und 23 EBM und Leistungen von psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie anderen ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Vertragsärzten gem. den Kriterien der Bedarfsplanungsrichtlinien,
- h) Leistungen von ermächtigten Ärzten und Einrichtungen (ohne Ermächtigte Ärzte nach § 24 Abs. 3 Ärzte-ZV) sowie Kuratorien für Dialyse und Nierentransplantation und
- i) Leistungen von Ärzten, die nicht in Abschnitt E, Anlage 1 genannt sind.

Die Höhe des Vorwegabzugs gem. a) bestimmt der Vorstand. Basis für die Vorwegabzüge gem. b) bis i) ist jeweils die Höhe der ausgezahlten Honorare für die genannten Leistungen, sofern sie nicht jeweils bereits in einem der vorhergehenden Abzüge erfasst wurden. Sie werden erhöht um

etwaige Bereinigungen hinsichtlich §§ 116b und 140a SGB V (gilt auch für Verträge nach §§ 73c und 140a ff. SGB V i. d. F. bis 22.07.2015) für die genannten Leistungen und vermindert um Zahlungen im Rahmen einer nicht vertragskonformen Inanspruchnahme. Die Anpassungen gem. Nr. 5 Abs. (I) h) bis p) werden berücksichtigt. Das auf die Polysomnographie (GOP 30901 EBM) entfallende Fördervolumen gem. Anlage A zu den Gesamtverträgen 2016 wird nicht herangezogen. Die Vorwegabzüge werden jeweils entsprechend Nr. 2 Satz 3 angepasst.

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

5. Arztgruppenübergreifende Honorarvolumen für die Fallwertberechnung

(I) Die arztgruppenübergreifenden Honorarvolumen für die Fallwertberechnung gem. Nr. 4.1 und 4.2 werden in den Versorgungsbereichen jeweils 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 gem. Nr. 4.1 bzw. Nr. 4.2 enthalten sind.
- b) Etwaige Bereinigungen für die unter a) genannten Leistungen für Verträge gem. § 73b, 116b und 140a SGB V (gilt auch für Verträge nach 73c und 140a ff. i. d. F. bis 22.07.2015) werden hinzuaddiert, wobei Zahlungen im Rahmen einer nicht vertragskonformen Inanspruchnahme mindernd berücksichtigt werden.
- c) Etwaige Beträge gem. Anlage 3b Nr. 4.1.4 Abs. (V) HVM, gültig ab 01.01.2016 werden subtrahiert, sofern sie nicht aus Quartalen vor dem 01.01.2016 resultieren,
- d) Etwaige Beträge gem. Anlage 3b Nr. 4.1.4 Abs. (VI) Satz 2 HVM, gültig ab 01.01.2016 werden hinzuaddiert, sofern sie nicht aus Quartalen vor dem 01.01.2016 resultieren,
- e) Etwaige Beträge aus Vorquartalen, deren Berücksichtigung gem. Abschnitt B, Nr. 4.2 Abs. (III) Satz 2 i. V. m. Abschnitt E, Anlage 3b Nr. 4.1.4 Abs. (V) Satz 2 HVM, gültig ab 01.01.2016, zu einer Absenkung der ausgezahlten Honorare gem. a) geführt haben, werden hinzuaddiert.
- f) Etwaige Beträge aus Vorquartalen, die gem. Abschnitt B, Nr. 4.2 Abs. (V) i. V. m. Abschnitt E, Anlage 3b, Nr. 4.1.4 Abs. (VI) HVM, gültig ab 01.01.2016, zu einer Erhöhung der ausgezahlten Honorare gem. a) geführt haben, werden subtrahiert.
- g) Etwaige Honorarzahungen aus Honorarbescheiden der Quartale des Jahres 2016, die auf Basis der Ausgleichsregelung bzw. der Übergangsregelung gem. HVM Abschnitt D, Nr. 2 Abs. (II), erfolgt sind und die nach c) bzw. Satz 4 (a. F.) dieser Regelungen aus den Rückstellungen gem. Abschnitt F Nr. 1 c) finanziert wurden, werden hinzuaddiert.

- h) Die Aufwertung der Hörgeräteversorgung (GOPvgl. Nr. 2 a) wird berücksichtigt, indem die Honorare für diese Leistungen um die Prozentsätze angehoben werden, die der jeweiligen Aufwertung im EBM entspricht.
- i) Die Aufwertung der Versichertenpauschale für die Altersklasse ab Beginn des 76. Lebensjahres (vgl. Nr. 2 b) wird berücksichtigt, indem die Honorare je Leistung um 10,4361 Cent erhöht werden.
- j) Die Aufwertung der Koronarangiographie (vgl. Nr. 2 c) wird berücksichtigt, indem die Honorare in den Quartalen 1/2016 bis 3/2016 je Leistung um 9,60 € erhöht werden.
- k) Die Aufwertung der Osteodensitometrie (vgl. Nr. 2 d) wird berücksichtigt, indem die Honorare je Leistung um 11,17 € erhöht werden.
- l) Die Aufwertung der augenärztlichen Grundpauschale (vgl. Nr. 2 e) wird berücksichtigt, indem die Honorare je Leistung um 20,8722 Cent erhöht werden.
- m) Die Honorare für die Verordnung medizinischer Rehabilitationen sowie soziotherapeutischen Leistungen (vgl. Nr. 2 f) werden abgezogen.
- n) Die Honorare für humangenetische Leistungen (vgl. Nr. 2 g) werden abgezogen.
- o) Die Honorare für die Hinzuziehung soziotherapeutischer Leistungserbringer (vgl. Nr. 2 h) werden abweichend von Nr. 1 Satz 2 hinzuaddiert.
- p) Die Aufnahme der Verordnung medizinischer Vorsorge für Mütter oder Väter (vgl. Nr. 2 i) in den EBM wird berücksichtigt, indem der Wert von 709.164 multipliziert mit 10,4361 Cent und 4 im Verhältnis der abgerechneten Leistungen im 1. Quartal 2019 aufgeteilt wird.

Die Schritte h) bis p) gelten für Nr. 4.1, 4.2, 6.1, 6.3 und 7 entsprechend.

(II) Die Anteile ergeben sich, indem die Ergebnisse von Abs. (I) a) bis p) je RLV-Fachgruppe ins Verhältnis zur Summe des Versorgungsbereichs gesetzt werden.

(III) Es ergeben sich im hausärztlichen Versorgungsbereich folgende Anteile:

RLV-Fachgruppe	Anteil in %
Fachärzte für Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen	90,6794%
Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	9,3206%

(IV) Es ergeben sich im fachärztlichen Versorgungsbereich folgende Anteile:

RLV-Fachgruppe	Anteil in %
Fachärzte für Anästhesiologie	1,4337%
Fachärzte für Augenheilkunde	7,5362%
Fachärzte für Chirurgie, Fachärzte für Herzchirurgie, Fachärzte für Kinderchirurgie, Fachärzte für Plastische Chirurgie, Facharzt für Plastische Chirurgie 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	16,4014%
Fachärzte für Neurochirurgie	1,1015%
Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe	8,9272%
Fachärzte für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	7,0445%
Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten	4,3974%
Fachärzte für Innere Medizin ohne (Versorgungs-) Schwerpunkt, die an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen	2,8744%
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie, Fachärzte für Innere Medizin und Angiologie	0,5102%
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Endokrinologie, Fachärzte für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	0,2429%
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie, Fachärzte für Innere Medizin und Gastroenterologie	2,5241%
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämatologie / Onkologie, Fachärzte für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	2,6242%
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie, Fachärzte für Innere Medizin und Kardiologie	7,3721%
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie; Fachärzte für Lungenheilkunde, Fachärzte für Innere Medizin und Pneumologie	3,0415%
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie, Fachärzte für Innere Medizin und Rheumatologie	0,6836%
Fachärzte für Innere Medizin mit /Versorgungs-) Schwerpunkt Nephrologie, Fachärzte für Innere Medizin und Nephrologie	0,2288%
Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie, Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie	1,9538%
Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Fachärzte für Kieferchirurgie	0,0479%
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)	10,5864%
Fachärzte für Nuklearmedizin	2,6094%
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	0,3926%
Fachärzte für Radiologie, Fachärzte für Diagnostische Radiologie, Fachärzte für Strahlentherapie	12,5752%

Fachärzte für Urologie	3,5639%
Fachärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin, Fachärzte für Physiologie, Fachärzte für Physiotherapie	1,3271%

(V) Durch Multiplikation des jeweiligen Anteils mit dem arztgruppenübergreifenden Honorarvolumen für die Fallwertberechnung entstehen in den Versorgungsbereichen für alle RLV-Fachgruppen unbereinigte Fachgruppenfonds für die Fallwertberechnung.

6. Fachgruppenfonds für die Fallwertberechnung

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

- a) Abzüge für abgesenkt (quotiert) zu vergütende Leistungen, die über die Obergrenze aus RLV und QZV hinaus erbracht werden,
- b) Abzüge für Leistungen in Behandlungsfällen zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen oder zur Befundung von dokumentierten Untersuchungsergebnissen sowie mit ausschließlicher Abrechnung der GOP 01430 und 01820 EBM (vgl. Abschnitt B, Nr. 7.3.3 Abs. (I) Satz 2 und 3),
- c) Abzüge für Leistungen gem. Anlage 4a,
- d) Abzüge für Leistungen gem. Anlage 4b, unter Berücksichtigung von Nr. 6.2.2,
- e) Abzüge zur Berücksichtigung von Bereinigungen,
- f) Abzüge bzw. Zuführungen zur Berücksichtigung der Regelung gem. Anlage 3b Nr. 5.2.2 und
- g) Zuführung von Beträgen gem. Anlage 3b Nr. 4.1.4 Abs. (V) HVM, gültig ab 01.01.2016, die aus Quartalen vor dem 01.01.2016 resultieren und
- h) Zuführung nach einer Entscheidung gem. Abschnitt B, Nr. 4.2 Abs. (V).

Der Abzug a) wird in Höhe von 2% des Fachgruppenfonds für die Fallwertberechnung gem. Nr. 5 Abs. (V) gebildet. Die Abzüge b) bis d) ergeben sich aus den um die entsprechend Nr. 2 Satz 3 angepassten ausgezahlten Honoraren. Die Höhe des Abzugs e) wird auf Basis des entsprechend Nr. 2 Satz 3 angepassten Wertes aus Nr. 5 Abs. (I) b) bestimmt, der um die Summe der arztbezogenen Bereinigungen der Obergrenzen für RLV-relevante Leistungen gem. Abschnitt B, Nr. 8 Abs. (IV) c) HVM, gültig ab 01.01.2016 gemindert wird. Die Höhe des Abzugs bzw. der Zuführung f) erfolgt auf Basis der Verminderung bzw. der Erhöhung des Fachgruppenfonds in den Quartalen, die bei der Anpassung der Fallzahlen gem. Nr. 7.1.1, Satz 6 zugrunde gelegt wurden, hochgerechnet auf ein Jahr. Die Höhe der Zuführungen g) und h) wird mit der Maßgabe der Verstetigung der Fallwerte festgelegt.

(II) Nach Abzug von a) bis e), Abzug bzw. Zuführung von f) und Zuführung von g) und h) entsteht ein arztgruppenspezifisches Honorarvolumen für die Leistungen innerhalb der Obergrenze 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 Fachärzte für Anästhesiologie

Der Leistungsbedarf der Fachärzte für Anästhesiologie gemäß Nr. 6.1 Abs. (I) d) wird mit dem Faktor 0,97 multipliziert.

6.3 RLV- und QZV

Die arztgruppenspezifischen Honorarvolumen für die Leistungen innerhalb der Obergrenze im Rahmen der Fallwertberechnung werden auf die Bereiche RLV und QZV in dem Verhältnis der ausgezahlten Honorare der korrespondierenden Leistungen zueinander aufgeteilt. Die Zuordnung der Leistungen zum Bereich QZV erfolgt gem. Anlage 2. Es entsteht je RLV-Gruppe ein RLV- und ein QZV-Honorarvolumen für die Fallwertberechnung.

7. Berechnung der Fallwerte

7.1 Berechnung der RLV-Fallwerte

7.1.1 Berechnung der nach Altersklassen differenzierten RLV-Fallwerte

Das je RLV-Fachgruppe gem. 6.3 gebildete RLV-Honorarvolumen wird verringert um einen Betrag für die erwarteten Zahlungen für BAG-Zuschläge gem. Abschnitt B, Nr. 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 $RLV_{FG; AK1}$ 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 $RLV_{FG; AK2}$ 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 $RLV_{FG; AK3}$ enthaltenen Leistungen.

Diese Fallzahlen werden zur Berücksichtigung der seit dem Jahr 2016 erfolgten Fallzahl- und Morbiditätsentwicklungen angepasst.

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 $FZ_{FG; AK1}$ und/oder $FZ_{FG; AK3}$ weniger als 50 RLV-Fälle aller Ärzte einer RLV-Fachgruppe ermittelbar sind, kommt für diese RLV-Fachgruppe für die betroffene Altersklasse der RLV-Fallwert $FW_{FG; AK2}$ zur Anwendung.

Für die RLV-Gruppen im hausärztlichen Versorgungsbereich werden die Altersklassen AK1 bis AK5 entsprechend der Altersklasseneinteilung unter Berücksichtigung der Bewertung für die Versichertenpauschalen (GOP 03000 bzw. 04000 EBM) gebildet.

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“ gem. Nr. 6.2.1 wird vor Durchführung der Schritte in Nr. 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 gem. Nr. 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 gem. Nr. 6.3 gebildete QZV-Honorarvolumen für die Fallwertberechnung wird auf die einzelnen QZV innerhalb einer RLV-Fachgruppe anteilig aufgeteilt. Grundlage für die Ermittlung dieser Anteile ist das je RLV-Fachgruppe und Leistungsbereich gem. Anlage 2 ausgezahlte Honorar. Es entsteht für jede RLV-Fachgruppe und jedes einzelne QZV (i) ein QZV-Honorarvolumen ($QZV_{FG; i}$):

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

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

$QZV-FZ_{FG; i}$ Anzahl der Leistungsfälle gem. Abschnitt B, Nr. 7.4.3 aller Ärzte einer RLV-Fachgruppe.

Diese Fallzahlen werden zur Berücksichtigung der seit dem Jahr 2016 erfolgten Fallzahlentwicklungen angepasst.

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

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

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

Die sich nach Nr. 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 und der Fachärzte für Strahlentherapie werden in dem Umfang erhöht, der jeweils erforderlich ist, um den für die RLV-Fachgruppe der Fachärzte für Radiologie, der Fachärzte für Diagnostische Radiologie und der Fachärzte für Strahlentherapie für das Jahr 2016 ermittelten kalkulatorischen Fallwert (103,78 €) zu erreichen.

Anlage 3b – Honorarverteilung in der Quartalsabrechnung

1. Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV)

Gem. KBV-Vorgaben Teil B, Nr. 6 (vgl. Abschnitt E, Anlage 5) ergeben sich aus der MGV Vergütungsvolumen auf Basis der Grundbeträge „Labor“, „Bereitschaftsdienst und Notfall“, „hausärztliche Versorgung“, „fachärztliche Versorgung“, „Genetisches Labor“ und „PFG“. Hinsichtlich §§ 73b, 116b und 140a SGB V (gilt auch für Verträge nach §§ 73c und 140a ff. SGB V i. d. F. bis 22.07.2015) sowie Leistungen, deren initiale Ausdeckelung nach dem 01.01.2020 erfolgt, werden zunächst unbereinigte Vergütungsvolumen generiert. Die Berücksichtigung der Bereinigungen und Ausdeckelungen sowie sonstiger Anpassungen erfolgt gem. Abschnitt B, Nr. 8.

2. Unbereinigte Vergütungsvolumen der Grundbeträge

Die unbereinigten Vergütungsvolumen der Grundbeträge werden um die jeweiligen Salden der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gem. § 75 Abs. 7 und 7a SGB V (Fremdkassenzahlungsausgleich) angepasst. Es entsteht jeweils ein Honorarvolumen für die Honorarverteilung.

3. Honorarvolumen

3.1 Honorarvolumen des hausärztlichen Versorgungsbereichs

(I) Im Honorarvolumen des hausärztlichen Versorgungsbereichs werden die folgenden Sachverhalte und Vorwegabzüge berücksichtigt:

- a) Sachverhalte entsprechend Abschnitt F,
- b) Zuführung für Leistungen gem. KBV-Vorgaben Teil B, Nr. 5.1,
- c) belegärztliche Leistungen,
- d) laboratoriumsmedizinische Untersuchungen des Abschnitts 32.2 EBM, deren Teil 3 (§ 25 Abs. 1 BMV-Ä) von Hausärzten aus Laborgemeinschaften bezogen und die gemäß § 25 Abs. 3 Satz 2 BMV-Ä von Laborgemeinschaften abgerechnet wurden,
- e) laboratoriumsmedizinische Untersuchungen nach den GOP 32025, 32026, 32027, 32035 bis 32039, 32128 und 32150 EBM,
- f) restliche laboratoriumsmedizinische Untersuchungen nach den Abschnitten 32.2 und 32.3 EBM,
- g) Kostenpauschalen gem. Kapitel 40 EBM, GOP 01699, 38100 und 38105 EBM,
- h) den Sicherstellungszuschlag gem. Abschnitt B, Nr. 5.1.5,
- i) Leistungen von ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Hausärzten,
- j) Leistungen von ermächtigten Ärzten und Einrichtungen (ohne ermächtigte Ärzte nach § 24 Abs. 3 Ärzte-ZV),

- k) Leistungen der ärztlich angeordneten Hilfeleistungen gem. GOP 03060 bis 03065 EBM, der geriatrischen und sozialpädiatrischen Versorgung gem. GOP 03362 und 04355 EBM sowie der palliativmedizinischen Versorgung gem. Abschnitt 3.2.5 und 4.2.5 EBM.

Basis für die Vorwegabzüge gem. d), e), h) und k) ist jeweils die Höhe der nach Maßgabe der Regelungen in Abschnitt B ausgezahlten Honorare im jeweiligen Abrechnungsquartal für die genannten Leistungen, sofern sie nicht jeweils bereits in einem der vorhergehenden Abzüge erfasst wurden. Sie werden erhöht um etwaige Bereinigungen hinsichtlich Abschnitt B, Nr. 8 Abs. (III) für die genannten Leistungen, wobei Zahlungen im Rahmen einer nicht vertragskonformen Inanspruchnahme mindernd berücksichtigt werden.

Die Vorwegabzüge gem. c), g), i) und j) entsprechen den quartalsbezogenen Vorwegabzügen gem. Anlage 3a, Nr. 4.1 angepasst um die Veränderungsdaten gem. § 87a Abs. 4 Satz 1 Nummer 2 SGB V für die Jahre ab 2018.

Sofern sich die Anzahl der ermächtigten Ärzte des hausärztlichen Versorgungsbereiches im aktuellen Quartal um mehr als 10% gegenüber dem jeweiligen Quartal des Jahres 2016 verringert, wird der Vorwegabzug j) um den Prozentsatz verringert, der sich aus der Differenz zwischen den Prozentpunkten des tatsächlichen Rückgangs und denen der 10% ergibt.

Basis für den Vorwegabzug gem. f) ist im Zeitraum 2. Quartal 2018 bis 1. Quartal 2019 der im jeweiligen Vorjahresquartal angeforderte und anerkannte Leistungsbedarf gem. Bayerischer Euro-Gebührenordnung für diese Leistungen multipliziert mit der sich für dieses Vorjahresquartal ergebenden „rechnerischen Quote Labor“ gem. Anlage zu den KBV-Vorgaben Teil B zur Umsetzung der Anpassung des Grundbetrags „Labor“, mindestens jedoch mit 89%. Ab dem 2. Quartal 2019 wird der Vorwegabzug des Vorjahresquartals weiterentwickelt mit dem im jeweiligen Abrechnungsquartal gültigen Anpassungsfaktor des Behandlungsbedarfes gem. § 87a Abs. 4 Satz 1 Nummer 2 SGB V sowie mit dem entsprechenden Veränderungsfaktor des regionalen Punktwertes gem. § 87a Abs. 2 SGB V. Er wird jeweils erhöht um etwaige Bereinigungen hinsichtlich Abschnitt B, Nr. 8 Abs. (III) für die genannten Leistungen, wobei Zahlungen im Rahmen einer nicht vertragskonformen Inanspruchnahme mindernd berücksichtigt werden.

(II) Nach Berücksichtigung der Sachverhalte a) und b) sowie Vorwegabzug von c) bis k) entsteht ein arztgruppenübergreifendes Honorarvolumen für die Honorarverteilung im hausärztlichen Versorgungsbereich.

3.2 Honorarvolumen des fachärztlichen Versorgungsbereichs

(I) Im Honorarvolumen des fachärztlichen Versorgungsbereichs werden die folgenden Sachverhalte und Vorwegabzüge berücksichtigt:

- a) Sachverhalte entsprechend Abschnitt F,
- b) Abzug des ausgezahlten Honorars für Leistungen gem. KBV-Vorgaben Teil B, Nr. 5.1,
- c) belegärztliche Leistungen (ohne Leistungen nach h), i), und n)),
- d) Leistungen der Humangenetik gem. GOP 11210-11212 EBM,
- e) Laborgrundpauschalen gem. GOP 12210 und 12220 EBM,
- f) Leistungen der Pathologie gem. GOP 01826 und Abschnitt 19.1 bis 19.3 EBM,
- g) laboratoriumsmedizinische Untersuchungen des Abschnitts 32.2 EBM, deren Teil 3 (§ 25 Abs. 1 BMV-Ä) von Fachärzten aus Laborgemeinschaften bezogen und die gemäß § 25 Abs. 3 Satz 2 BMV-Ä von Laborgemeinschaften abgerechnet wurden,
- h) laboratoriumsmedizinische Untersuchungen nach den GOP 32025, 32026, 32027, 32035 bis 32039, 32128 und 32150 EBM,
- i) restliche laboratoriumsmedizinische Untersuchungen nach den Abschnitten 32.2 und 32.3 EBM,
- j) Kostenpauschalen gem. Kapitel 40 EBM, GOP 01699, 12230, 38100 und 38105 EBM,
- k) Leistungen gem. Kapitel 22 und 23 EBM sowie für sonstige Leistungen von psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie anderen ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Vertragsärzten gem. den Kriterien der Bedarfsplanungsrichtlinien,
- l) Leistungen von ermächtigten Ärzten und Einrichtungen (ohne Leistungen nach n) und ohne ermächtigte Ärzte nach § 24 Abs. 3 Ärzte-ZV) sowie Kuratorien für Dialyse und Nierentransplantation,
- m) Leistungen von Ärzten, die nicht in Abschnitt E, Anlage 1 genannt sind und
- n) Leistungen der kardiorespiratorischen Polysomnographie nach GOP 30901 EBM.

Basis für die Vorwegabzüge gem. e), g) und h) ist jeweils die Höhe der ausgezahlten Honorare im jeweiligen Abrechnungsquartal für die genannten Leistungen, sofern sie nicht jeweils bereits in einem der vorhergehenden Abzüge erfasst wurden. Sie werden erhöht um etwaige Bereinigungen hinsichtlich Abschnitt B, Nr. 8 Abs. (III) für die genannten Leistungen, wobei Zahlungen im Rahmen einer nicht vertragskonformen Inanspruchnahme mindernd berücksichtigt werden.

Die Vorwegabzüge gem. c), d), f) sowie j) bis n) entsprechen den quartalsbezogenen Vorwegabzügen gem. Anlage 3a, Nr. 4.2 und angepasst um die Veränderungsdaten gem. § 87a Abs. 4 Satz 1 Nummer 2 SGB V für die Jahre ab 2018.

Sofern sich die Anzahl der ermächtigten Ärzte des fachärztlichen Versorgungsbereiches im aktuellen Quartal um mehr als 10% gegenüber dem jeweiligen Quartal des Jahres 2016 verringert, wird der Vorwegabzug I) um den Prozentsatz verringert, der sich aus der Differenz zwischen den Prozentpunkten des tatsächlichen Rückgangs und denen der 10% ergibt. Kuratorien für Dialyse und Nierentransplantation und die in ihnen tätigen Ärzte werden jeweils nicht mitgezählt.

Basis für den Vorwegabzug gem. i) ist im Zeitraum 2. Quartal 2018 bis 1. Quartal 2019 der im jeweiligen Vorjahresquartal angeforderte und anerkannte ggf. auch nach Anwendung der Steuerung von speziellen Laboratoriumsuntersuchungen für Nicht-Laborärzte anerkannte Leistungsbedarf gem. Bayerischer Euro-Gebührenordnung für diese Leistungen multipliziert mit der sich für dieses Vorjahresquartal ergebenden „rechnerischen Quote Labor“ gem. Anlage zu den KBV-Vorgaben Teil B zur Umsetzung der Anpassung des Grundbetrags „Labor“, mindestens jedoch mit 89%. Ab dem 2. Quartal 2019 wird der Vorwegabzug des Vorjahresquartals weiterentwickelt mit dem im jeweiligen Abrechnungsquartal gültigen Anpassungsfaktor des Behandlungsbedarfes gem. § 87a Abs. 4 Satz 1 Nummer 2 SGB V sowie mit dem entsprechenden Veränderungsfaktor des regionalen Punktwertes gem. § 87a Abs. 2 SGB V. Er wird jeweils erhöht um etwaige Bereinigungen hinsichtlich Abschnitt B, Nr. 8 Abs. (III) für die genannten Leistungen, wobei Zahlungen im Rahmen einer nicht vertragskonformen Inanspruchnahme mindernd berücksichtigt werden.

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

4. Arztgruppenübergreifendes Honorarvolumen in der Honorarverteilung

4.1 Arztgruppenübergreifendes Honorarvolumen je Versorgungsbereich

Die arztgruppenübergreifenden Honorarvolumen gem. Nr. 3.1 Abs. (II) und Nr. 3.2 (II) werden in den Versorgungsbereichen jeweils durch Multiplikation mit den Anteilen gem. Anlage 3a, Nr. 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 gem. Abschnitt E, Anlage 1 ist „klein“, wenn die mittlere Anzahl der abrechnenden Ärzte im Jahr 2016 kleiner als der Median der abrechnenden Ärzte aller Arztgruppen im jeweiligen Versorgungsbereich im Jahr 2016 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 2016 festgestellt, die mehr als 2%-Punkte über dem entsprechenden mittleren Arztzahlanstieg im Versorgungsbereich liegt, ist das Kriterium für eine Stützung erfüllt, sofern gleichzeitig auch ein Anstieg des 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 unter Berücksichtigung der Leistungen nach § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 3 bis 6 SGB V für Leistungen innerhalb des jeweiligen Fachgruppenfonds im aktuellen Quartal im Vergleich zum korrespondierenden Quartal im Jahre 2016 geringer, als der über dem Durchschnitt liegende Arztzahlanstieg in Prozent, ist der prozentuale Leistungsbedarfsanstieg maßgeblich. Die Finanzierung erfolgt aus den Rückstellungen gem. Abschnitt F Nr. 2.2 und 2.3. Eine Erhöhung des Fachgruppenfonds aufgrund der Regelung nach Nr. 5.2.2 wird dabei mindernd berücksichtigt, soweit der Arztzahlanstieg auf einem der dort genannten Tatbestände beruht.

4.3 Fachgruppenausgleich

(I) Der Fachgruppenfonds wird erhöht, wenn folgende zwei Voraussetzungen kumulativ erfüllt sind:

- a) Das Verhältnis aus der Summe der ausgezahlten Honorare aller Ärzte einer RLV-Fachgruppe für Leistungen innerhalb und außerhalb der MGV und der Summe des zugrundeliegenden anerkannten Leistungsbedarfs (B€GO) im Jahr 2019 (Auszahlungsquote GKV) ist kleiner als 85% und
- b) das Verhältnis aus der Summe der ausgezahlten Honorare aller Ärzte einer RLV-Fachgruppe für Leistungen innerhalb des Fachgruppenfonds und der Summe des zugrundeliegenden anerkannten Leistungsbedarfs (B€GO) im Jahr 2019 (Auszahlungsquote FG) unterschreitet die durchschnittliche Auszahlungsquote FG der RLV-Fachgruppen des jeweiligen Versorgungsbereichs um mehr als 10%.

(II) Die Erhöhung erfolgt in dem Umfang, der im Jahr 2019 erforderlich gewesen wäre, um für den Fachgruppenfonds eine Auszahlungsquote FG in Höhe der durchschnittlichen Auszahlungsquote FG der RLV-Fachgruppen des jeweiligen Versorgungsbereichs abzüglich 10% zu erzielen. Die Finanzierung erfolgt aus den Rückstellungen gem. Abschnitt F Nr. 2.2 und 2.3.

5. Fachgruppenfonds in der Honorarverteilung

5.1 Honorarvolumen innerhalb der Fachgruppenfonds

In den Fachgruppenfonds werden jeweils unter Berücksichtigung von Abschnitt B, Nr. 8 Abs. (IV) für folgende Leistungen Bereiche mit zugehörigen Honorarvolumen gebildet:

- a) Leistungen, die keiner Mengenbegrenzung unterliegen (Anlage 4a),
- b) Leistungen in Behandlungsfällen zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen oder zur Befundung von dokumentierten Untersuchungsergebnissen sowie mit ausschließlicher Abrechnung der GOP 01430 und 01820 EBM (vgl. Abschnitt B, Nr. 7.3.3 Abs. (I) Satz 2 und 3),
- c) Topf-im-Topf-Leistungen (Anlage 4b),
- d) Leistungen, die über die Obergrenze aus RLV und QZV hinaus erbracht wurden und mit abgesenktem Preis zu honorieren sind (vgl. Abschnitt B, Nr. 7.1.4),
- e) Leistungen innerhalb der RLV und
- f) Leistungen innerhalb der QZV.

5.1.1 Honorarvolumen für Leistungen, die keiner Mengenbegrenzung unterliegen

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

5.1.2 Honorarvolumen „Topf im Topf“

(I) Die Honorarvolumen gem. Nr. 5.1 c) entsprechen grundsätzlich den quartalsbezogenen Abzügen gem. Anlage 3a, Nr. 6.1 Abs. (I) d), erhöht um die vereinbarten Anpassungsfaktoren des Behandlungsbedarfes gem. § 87a Abs. 4 Satz 1 Nummer 2 SGB V für die Jahre ab 2018.

(II) Unterschreitet der abgerechnete und anerkannte Leistungsbedarf (B€GO) das Honorarvolumen in (I), wird das Honorarvolumen gem. Nr. 5.1 c) in Höhe des abgerechneten und anerkannten Leistungsbedarfes (B€GO) gebildet.

(III) Ergibt sich durch Gegenüberstellung des gem. (I) gebildeten Volumens und dem abgerechneten und anerkannten Leistungsbedarf (B€GO) ein Verhältniswert unter 85%, wird das Honorarvolumen nach Nr. 5.1 c) in Höhe des abgerechneten und anerkannten Leistungsbedarf (B€GO) multipliziert mit 85% gebildet.

(IV) Die anerkannten Honoraranforderungen der Ärzte für Leistungen gem. Nr. 5.1 c) werden im Rahmen der Honorarabrechnung mit der Quote bewertet und ausgezahlt, die sich aus der Gegenüberstellung des Honorarvolumens gem. Nr. 5.1 c) ggf. erhöht gem. 5.1.4 und des abgerechneten und anerkannten Leistungsbedarfes (B€GO) ergibt.

(V) Es ergibt sich als Folge der vorstehenden Regelungen eine Quote zwischen 85% und 100%.

5.1.3 Honorarvolumen für Überschreitungsleistungen

Das Honorarvolumen gem. Nr. 5.1 d) wird in Höhe von 2% des Fachgruppenfonds nach Nr. 4 gebildet.

5.1.4 Honorarvolumen RLV und QZV

(I) Die Fachgruppenfonds gem. Nr. 4 werden um die Honorarvolumen gem. Nr. 5.1 a) bis d) reduziert. Es entsteht ein arztgruppenspezifisches Honorarvolumen für Leistungen innerhalb der Obergrenze aus RLV und QZV. Dieses Honorarvolumen wird mit den Anteilen für RLV und QZV gem. Anlage 3a, Nr. 6.3 auf die Honorarvolumen gem. Nr. 5.1 e) und f) aufgeteilt.

(II) Ergibt sich in einer Fachgruppe im Quartal durch Gegenüberstellung der Honoraranforderungen aller Ärzte für Leistungen bis zur Grenze ihrer RLV gem. Abschnitt B, Nr. 7.3 unter Berücksichtigung von Einzelfallregelungen gem. Abschnitt D, Nr. 1 mit dem Volumen gem. Nr. 5.1 e) ein Fehlbetrag, wird dieser durch gleichmäßige Quotierung der RLV-Fallwerte unter Berücksichtigung des unteren Grenzwertes (95%) gemäß Abschnitt B, Nr. 4.2 ausgeglichen.

(III) Ergibt sich in einer Fachgruppe im Quartal durch Gegenüberstellung der Honoraranforderungen aller Ärzte für Leistungen bis zur Grenze ihrer QZV gem. Abschnitt B, Nr. 7.4 unter Berücksichtigung von Einzelfallregelungen gem. Abschnitt D, Nr. 1 mit dem Volumen gem. Nr. 5.1 f) ein Fehlbetrag, wird dieser durch gleichmäßige Quotierung der QZV-Fallwerte unter Berücksichtigung des unteren Grenzwertes (85%) gemäß Abschnitt B, Nr. 4.2 ausgeglichen.

(IV) Ergibt sich trotz Quotierung gem. Absatz (II) und (III) durch die Berücksichtigung der Untergrenzen der Fallwerte gem. Abschnitt B, Nr. 4.2 ein Fehlbetrag innerhalb einer der Honorarvolumen gem. Nr. 5.1 e) oder f), wird dieser unter Berücksichtigung der Grenzwerte in Abschnitt B, Nr. 4.2 durch Reduzierung des jeweils anderen Honorarvolumens ausgeglichen.

(V) Ergibt sich trotz Quotierung gem. Absatz (II) und (III) sowie trotz Ausgleichs gem. Absatz (IV) in beiden Honorarvolumen ein Fehlbetrag, wird dieser zu Lasten der Rückstellungen gem. Abschnitt F, Nr. 2.2 bzw. 2.3 des betreffenden Versorgungsbereiches ausgeglichen. Ein Ausgleich erfolgt RLV-fachgruppenbezogen im nächstmöglichen Quartal.

(VI) Ergibt sich in einer Fachgruppe im Quartal durch Gegenüberstellung der Honoraranforderungen aller Ärzte für Leistungen bis zu den jeweiligen Obergrenzen gem. Abschnitt B, Nr. 7.1 unter Berücksichtigung von Einzelfallregelungen gem. Abschnitt D, Nr. 1 mit dem Volumen gem. Nr. 5.1 e) und f) eine Unterschreitung, wird dieses Volumen unter Berücksichtigung von Nr. 5.1.2 Abs. (IV) zur Erhöhung des Honorarvolumens gem. Nr. 5.1 c) verwendet und führt ggf. anschließend zu einer Erhöhung des Fachgruppenfonds gem. Nr. 4 im Folgequartal. Findet für eine Fachgruppe im Quartal die Regelung nach Nr. 4.2 Anwendung, wird das auf die Stützungsmaßnahme nach Nr. 4.2 entfallende Volumen bis maximal zur Höhe der Unterschreitung nach Satz 1 den Rückstellungen nach Abschnitt F, Nr. 2 zugeführt und nur das danach verbleibende Volumen erhöht den Fachgruppenfonds gem. Nr. 4 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 Nr. 2 wird erhöht, wenn es zu einer Arztzahlzunahme gegenüber dem korrespondierenden Quartal des Jahres 2016 gekommen ist und diese Zunahme zurückzuführen ist auf

- die vollständige oder teilweise Übernahme eines Sitzes durch einen Vertragsarzt 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 Vertragsarztes mit abweichendem Schwerpunkt bzw. mit entsprechender Facharztbezeichnung seit dem entsprechenden Vorjahresquartal (bei vollständigem oder teilweise 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 2016. 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 gem. 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% reduziert. Nur dieser reduzierte Leistungsbedarf fließt in das anerkannte Anforderungsvolumen gemäß Nr. 5.1.2 Absatz (I) bis (III) und (IV) ein. Für diese Ösophago-Gastroduodenoskopien erfolgt die Honorierung unter Berücksichtigung von Satz 1 und Nr. 5.1.2 Absatz (IV) Satz 1.

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

Das sich nach Nr. 5.1.4 Abs. (I) jeweils ergebende Honorarvolumen gem. Nr. 5.1 f) in den RLV-Fachgruppen der Fachärzte für Nuklearmedizin und Fachärzte für Radiologie, Fachärzte für Diagnostische Radiologie und Fachärzte für Strahlentherapie wird quartalsweise jeweils um das für dieses Honorarvolumen nach Anlage 3a, Nr. 7.2.2 ermittelte Differenzvolumen, abzüglich des Differenzbetrags, der durch die Anwendung der Fallwertminderung gem. Abschnitt B Nr. 7.4.2 Abs. (III) bei einem Fallwert von 103,78 € für das QZV MRT in Summe für die jeweilige RLV-Fachgruppe entsteht, erhöht. Die jeweils erforderlichen Differenzvolumina werden dem in Abschnitt F, Nr. 2.3 gebildeten Rückstellungsvolumen entnommen.

5.2.5 Fachärzte für Anästhesiologie

Die Regelung gem. Nr. 5.1.4 Abs. (III) gilt für die RLV-Fachgruppe der Fachärzte für Anästhesiologie unter Berücksichtigung eines unteren Grenzwertes von 95%.

5.2.6 Fachärzte für Augenheilkunde

Abweichend von Nr. 5.1.2 Abs. (III) und (V) gilt für die RLV-Fachgruppe der Fachärzte für Augenheilkunde ein Verhältniswert von 65 %. Die Erhöhung des Honorarvolumens gem. Nr. 5.1 c) nach der Regelung Nr. 5.1.4 Abs. (VI) gilt nicht für die RLV-Fachgruppe der Augenärzte (in Umsetzung des Beschlusses des Bewertungsausschusses in der 262. Sitzung vom 31.08.2011).

5.2.7 Verstetigung der Fallwertquotierung

Kommt es im Falle von Abschnitt B Nr. 7.3.4 (XI) Satz 2 im Folgequartal zu einem prozentualen Rückgang gem. Abschnitt B Nr. 7.3.4 (XI) Satz 1 von mehr als 5%, kann der Vorstand zur Verstetigung der Quotierung gem. Nr. 5.1.4 (II) und/oder (III) alle oder einzelne Fachgruppenfonds gem. Nr. 4 zulasten der Rückstellungsvolumen gem. Abschnitt F, Nr. 2.2 und 2.3 anheben. Ein Ausgleich erfolgt RLV-fachgruppenbezogen im Folgequartal.

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

Zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung kann kurzfristig eine vorläufige Anpassung des nachstehenden Katalogs (insbes. 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	Gebührenordnungspositionen (GOP) des EBM
Fachärzte für Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen	<ul style="list-style-type: none"> - Besuche: GOP 01411, 01412, 01414 - Pauschale für den hausärztlichen Versorgungsauftrag Hausärzte: GOP 03040 - Chronikerpauschale Hausärzte: GOP 03220, 03221 - Gespräch Hausärzte: GOP 03230 Hausärztlich geriatrisches Basisassessment: GOP 03360
Fachärzte für Anästhesiologie	<ul style="list-style-type: none"> - Folgende Gebührenordnungspositionen im Zusammenhang mit Anästhesien/Narkosen bei vertragszahnärztlichen Behandlungen von Patienten mit mangelnder Kooperationsfähigkeit bei geistiger Behinderung oder schwerer Dyskinesie: Grundpauschalen und Aufwandsersatzung 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.
Fachärzte für Neurochirurgie	<ul style="list-style-type: none"> - Überprüfung einer Duodenal-DOPA-Pumpe bei Parkinsonpatienten: GOP 16225

Fachgruppe	Gebührenordnungspositionen (GOP) des EBM
<p>Fachärzte für Chirurgie, Fachärzte für Herzchirurgie, Fachärzte für Kinderchirurgie, Fachärzte für Plastische Chirurgie, Fachärzte für Plastische Chirurgie 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</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Behandlung des diabetischen Fußes: GOP 02311 - Ulcus cruris, CVI: GOP 02312, 02313 - 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
<p>Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Besuche: GOP 01411, 01412, 01414 - Pauschale für den hausärztlichen Versorgungsauftrag Kinder- und Jugendärzte: GOP 04040 - Chronikerpauschale Kinder- und Jugendärzte: GOP 04220, 04221 - Gespräch Kinder- und Jugendärzte: GOP 04230, 04231 - Zuschlag zu GOP 04411, 04413 und 04415 (bei Vorliegen einer Genehmigung Herzschrittmacher): GOP 04417
<p>Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ambulante Geburtshilfe: GOP 08231, 08410 bis 08416 - Inkontinenzbehandlung Frauenheilkunde: GOP 08310, 08311 - Stanzbiopsie: GOP 08320 - Onkologische Betreuung: GOP 08345 - Kurative Mammographie: GOP 34270, 34271, 34272, 34273, 34275
<p>Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Behandlung von Hämorrhoiden: GOP 30610, 30611
<p>Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Besuche: GOP 01411, 01412, 01414 - Praxisklinische Beobachtung und Betreuung: GOP 01510, 01511, 01512, wenn im Behandlungsfall die GOP 86516 abgerechnet wird

Fachgruppe	Gebührenordnungspositionen (GOP) des EBM
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie, Fachärzte für Innere Medizin und Gastroenterologie	<ul style="list-style-type: none"> - Praxisklinische Beobachtung und Betreuung: GOP 01510, 01511, 01512, wenn im Behandlungsfall die GOP 86516 abgerechnet wird
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie, Fachärzte für Innere Medizin und Kardiologie	<ul style="list-style-type: none"> - Serien-Angiographie: GOP 34283 - Zuschlag Angiographie: GOP 34284, 34285 - Angioplastie: GOP 34286 - Zuschlag Benutzung C Bogen: GOP 34287 - Überwachungspauschale nach Angiographie: GOP 01530 - Überwachungspauschale nach PTA: GOP 01531 - Myokardszintigraphie: GOP 17330 und 17331 - SPECT Untersuchung: GOP 17362 und 17363 - Beobachtung nach LHK: GOP 01520 - Beobachtung nach Intervention: GOP 01521
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie, Fachärzte für Lungenheilkunde, Fachärzte für Innere Medizin und Pneumologie	<ul style="list-style-type: none"> - Bronchoskopie: GOP 13662, 13663
Fachärzte für Nervenheilkunde, Mehrfachzulassungen aus der Kombination als Facharzt für Neurologie und als Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie	<ul style="list-style-type: none"> - Besuche: GOP 01411, 01412, 01414 - Überprüfung einer Duodenal-DOPA-Pumpe bei Parkinsonpatienten: GOP 16225
Fachärzte für Neurologie	<ul style="list-style-type: none"> - Besuche: GOP 01411, 01412, 01414 - Probatorische Sitzung: GOP 35150 - Überprüfung einer Duodenal-DOPA-Pumpe bei Parkinsonpatienten: GOP 16225
Fachärzte für Nuklearmedizin	<ul style="list-style-type: none"> - Zuschlag bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern: GOP 17214

Fachgruppe	Gebührenordnungspositionen (GOP) des EBM
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	<ul style="list-style-type: none"> - 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	<ul style="list-style-type: none"> - Besuche: GOP 01411, 01412, 01414
Fachärzte für Radiologie, Fachärzte für Diagnostische Radiologie, Fachärzte für Strahlentherapie	<ul style="list-style-type: none"> - Zusatzpauschale für Beobachtung und Betreuung: GOP 01510, 01511, 01512 - Zuschlag zur GOP 34270: GOP 34271
Fachärzte für Innere Medizin	<ul style="list-style-type: none"> - Zuschlag zu GOP 13571, 13573 und 13575 (bei Vorliegen einer Genehmigung Herzschrittmacher): GOP 13577
Fachgruppen nach Anlage 1 Nr. 2	<ul style="list-style-type: none"> - Haus- und Heimbesuche: GOP 01410, 01413, 01415 (mit Ausnahme der Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe und der Fachärzte für Urologie) - Schmerztherapeutische spezielle Versorgung: GOP 30700, 30702, 30704, 30706, 30708 - 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)¹ definiert sind

Zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung kann kurzfristig eine vorläufige Anpassung des nachstehenden Katalogs (insbes. 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	Gebührenordnungspositionen (GOP) des EBM
Fachärzte für Anästhesiologie	<ul style="list-style-type: none"> - Anästhesien, Narkosen, Überwachung: GOP 05315, 05330, 05331, 05340, 05341, 05350, 05360, 05361, 05370, 05371, 05372
Fachärzte für Augenheilkunde	<ul style="list-style-type: none"> - Behandlung eines Versicherten ausschließlich durch einen konservativ tätigen Augenarzt: GOP 06225²
Fachärzte für Neurochirurgie	<ul style="list-style-type: none"> - Besondere Inanspruchnahme: GOP 01100, 01101, 01102 - Chirotherapie: 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	<ul style="list-style-type: none"> - Besondere Inanspruchnahme: GOP 01100, 01101, 01102 - Haus- und Heimbesuche: GOP 01410, 01413, 01415 - Praxisklinische Beobachtung und Betreuung: GOP 01510, 01511, 01512 - Sterilisation: GOP 01850 bis 01857 - Schwangerschaftsabbruch: GOP 01900 bis 01915 - Mamma-Sonographie: GOP 33041 - Sonographie III: GOP 33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076

Fachgruppe	Gebührenordnungspositionen (GOP) des EBM
Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen	<ul style="list-style-type: none"> - Ösophago-Gastroduodenoskopie: GOP 13400 - Duplex-Echokardiographie (Farbduplex): GOP 33022 - Duplex-Sonographie Gefäße (Farbduplex): GOP 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie	<ul style="list-style-type: none"> - Ösophago-Gastroduodenoskopie: GOP 13400
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato- / Onkologie, Fachärzte für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	<ul style="list-style-type: none"> - 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	<ul style="list-style-type: none"> - Linksherzkatheter (LHK): GOP 34291 - Intervention zu LHK: GOP 34292
Fachärzte für Nuklearmedizin	<ul style="list-style-type: none"> - Nuklearmedizinische Leistungen: GOP 17321, 17350, 17351, 17371, 17372, 17373
Fachärzte für Radiologie, Fachärzte für Diagnostische Radiologie, Fachärzte für Strahlentherapie	<ul style="list-style-type: none"> - 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
Fachärzte für Urologie	<ul style="list-style-type: none"> - Stoßwellenlithotripsie: GOP 26330

¹ Quotierungsuntergrenze: 85%

² vgl. Anlage 3b, Nr. 5.2.6

Anlage 5 – Umsetzung der KBV-Vorgaben (§ 87b Absatz 4 SGB V)

1. Grundlage für diesen HVM sind neben den gesetzlichen Bestimmungen und den Beschlüssen des (Erweiterten) Bewertungsausschusses die Vorgaben der KBV zur Honorarverteilung gemäß § 87b Absatz 4 SGB V in der jeweils geltenden Fassung (veröffentlicht auf der Internetseite der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vgl. 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 der KBV geändert werden, gelten diese kraft Gesetzes unmittelbar in der jeweils geltenden Fassung. Bindende Änderungen der Vorgaben 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 für die Praxen zum Problem werden, wenn im Vorjahresquartal deutlich mehr Ferientage lagen und die Praxis genau deshalb im aktuellen Quartal von einer Fallzahlzuwachsbeschränkung betroffen ist.

Der HVM löst dieses Problem, indem zusätzlich zur der 3%-igen Fallzahlsteigerung gem. Abschnitt B, Nr. 7.3.4 Absatz (I) eine weitere 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% gestiegen sind.

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

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

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

FZZB_FG_neu bezeichnet den zulässigen Fallzahlzuwachs der Fachgruppe, bis zu dem keine Fallzahlzuwachsbeschränkung des einzelnen Arztes einer Fachgruppe durchgeführt wird.

FZZB_Arzt_neu bezeichnet sowohl den zulässigen Fallzahlzuwachs des einzelnen Arztes, der überschritten werden muss, um der Fallzahlzuwachsbeschränkung zu unterliegen, als auch den Zuwachs, um den die Fallzahl des Vorjahresquartals eines Arztes erhöht wird, sofern die Fallzahlzuwachsbeschränkung 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.

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“ und dem Grundbetrag „genetisches Labor“ zugeordnet sind) einer fallwertbezogenen Budgetierung. Die in den Budgets enthaltenen Kostenerstattungen sind je Arztpraxis und Abrechnungsquartal nur bis zu einem begrenzten Gesamthonorarvolumen zu vergüten.
2. 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-Ärzte des Abrechnungsquartals der Arztpraxis, ausgenommen der Fälle im ärztlichen Bereitschaftsdienst.
3. Referenz-Fallwerte für die Ermittlung des Budgets nach Nr. 2

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 0 Euro berücksichtigt.

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

Anlage 8 – Fallzahlzuwachsbegrenzung QZV MRT (Abschnitt B Nr. 7.4.3 Absatz II)

1. Zulässiger Fallzahlzuwachs

Tritt der Fall der Regelung in Abschnitt B Nr. 7.4.3 Absatz (II) ein, wird die QZV-Fallzahl eines Arztes im QZV MRT auf Basis der nach Durchführung der Fallzahlzuwachsbegrenzung für das QZV MRT anerkannten Leistungsfallzahl des Vorjahresquartals bestimmt und für das aktuelle Quartal um einen Zuwachs von 3% erhöht, soweit sich nicht nachstehend Ergänzungen oder Abweichungen ergeben. Der jeweils zulässige Zuwachs erhöht sich ggf. nach Nr. 6.

2. Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinische Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten

Die Regelung der Nr. 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 Nr. 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 den zulässigen Zuwachs nach den Nrn. 1 und 6 übersteigt. Für Veränderungen gilt Nr. 5.

3. Einzelfälle

Die QZV-Fallzahl im QZV MRT des Arztes kann ggf. abweichend nach Maßgabe einer Entscheidung gemäß Abschnitt D, Nr. 1.1 Absatz (V) festgelegt werden. Für den Fall der Übernahme einer Praxis mit einem Teilnehmer gilt Abschnitt B Nr. 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 Nr. 7.4.2 Absatz (III) Satz 3 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, mindestens jedoch die um den zulässigen Zuwachs nach Nr. 1 und ggf. nach Nr. 6 erhöhte QZV-Fallzahl im QZV MRT im Vorjahresquartal. 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 Nr. 5.1 bis 5.3 vorgegeben berechnet:

5.1 Bleibt die Summe der Tätigkeitsumfänge gleich, werden die, ggf. um den zulässigen Zuwachs bzw. nach Abschnitt D Nr. 1.1 Absatz (V) erhöhten Fallzahlen des Vorjahresquartals herangezogen.

5.2 Erhöht sich die Summe der Tätigkeitsumfänge, gilt Nr. 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 Nr. 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 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% oder höher, gilt die Formel gemäß Abschnitt E, Anlage 6 entsprechend für die Berechnung des jeweils zulässigen Zuwachses der Leistungsfallzahl des QZV MRT nach Nr. 1.

Anlage 9 - Ausgleich für Corona-bedingte Honorareinbußen (GKV) gemäß § 87b Absatz 2a SGB V für die Quartale 3/2021 und 4/2021

Präambel

Der Gesetzgeber hat für den Fall von Corona-bedingten Fallzahlrückgängen in Arztpraxen mit § 87b Absatz 2a SGB V eine neue Grundlage für einen finanziellen Ausgleich für Leistungen innerhalb und außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung geschaffen. In Umsetzung dieser Regelung hat sich die KVB dazu entschieden, Honorarmaßnahmen aus Gründen der Kontinuität einschließlich des Honorars aus Leistungen gemäß § 87a Absatz 3 Satz 5 Nummern 1, 3, 4, 5 und 6 und Satz 6 SGB V zu treffen. Zudem sollen Benachteiligungen vermieden werden, die dadurch entstehen können, dass Arztpraxen einen größeren Teil im Bereich des Honorars außerhalb der MGV haben. Die nachstehenden Bestimmungen sind auf die Quartale 3/2021 und 4/2021 beschränkt.

1. Geltungszeitraum

Ein finanzieller Ausgleich wird gemäß den nachstehenden Regelungen und Voraussetzungen für die Quartale 3/2021 und 4/2021 gewährt.

2. Anwendungsbereich

Die Ausgleichsregelung nach den folgenden Bestimmungen gilt für alle an der vertragsärztlichen Versorgung nach § 95 Absatz 1 Satz 1 SGB V genannten Teilnehmer mit Betriebsstätte und/oder Nebenbetriebsstätte im Bereich der KVB. Anspruchsberechtigt für eine Ausgleichszahlung ist die Arztpraxis (BSNR).

3. Voraussetzungen

Eine Arztpraxis kann im begründeten Einzelfall einen Honorarausgleich für Leistungen in der GKV beantragen, wenn die nachstehend unter Nr. 3.1 bis 3.5 definierten Voraussetzungen erfüllt sind. Änderungen in Arztpraxen zwischen Abrechnungs- und Vorvorjahresquartal, insbesondere soweit diese für die Berechnung der Vergleichswerte in Nr. 3.1 und 3.2 maßgeblich sind, werden im Antragsverfahren grundsätzlich berücksichtigt. Die Einzelheiten regelt der Vorstand, soweit in Nr. 4.2 keine Festlegungen getroffen sind.

3.1 Rückgang des Gesamthonorars GKV um mehr als 10%

Das Gesamthonorar GKV muss im Vergleich zum korrespondierenden Vorvorjahresquartal um mehr als 10% zurückgegangen sein. Als Gesamthonorar wird dabei das im jeweiligen Honorarbescheid festgesetzte Honorar GKV abzüglich nicht ausgleichsfähiger Bestandteile herangezogen.

Nicht ausgleichsfähig sind:

- Sprechstundenbedarf/PC-Bedarf,
- Kontrastmittelpauschalen,
- Zuzahlungen für Heil- und Hilfsmittel nach §§ 32 und 33 SGB V,
- Kostenpauschalen gem. Kapitel 40 EBM sowie regional vereinbarte Kostenpauschalen,
- Leistungen im Rahmen von Modellvorhaben gemäß §§ 63, 64 SGB V, Leistungen im Rahmen von Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73b SGB V, Leistungen im Rahmen von Verträgen über eine besondere ambulante ärztliche Versorgung gemäß § 73c

- SGB V a.F., Leistungen im Rahmen von Verträgen zur besonderen Versorgung gemäß § 140a ff SGB V bzw. Leistungen im Rahmen von Strukturverträgen nach § 73a SGB V,
- regional vereinbarte, nicht im EBM enthaltene Wegepauschalen sowie Leistungen im GOP-Bereich ≥ 80000 , sofern diese nur gegenüber einzelnen Krankenkassen abrechenbar sind,
 - Leistungen und Wegepauschalen im Rahmen des organisierten Bereitschaftsdienstes und ambulanten Notfallbehandlung im Krankenhaus, sofern diese nicht mit der Corona-Kennziffer 88240 gekennzeichnet sind,
 - Förderung für besonders förderungswürdige Leistungen und Leistungserbringer gem. § 87a Absatz 2 Satz 3 SGB V nach den Regelungen der entsprechenden Vereinbarungen im Jahr 2019 (Vereinbarung über die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen im Jahr 2019 gem. §§ 82 Absatz 2 Satz 1, 87, 87a SGB V, Anlage 5) und im Jahr 2021.

3.2 Verminderte Patienteninanspruchnahme (Fallzahl/Fallwert)

3.2.1 Die Fallzahl GKV im Quartal 3/2021 oder 4/2021 ist kleiner als im korrespondierenden Quartal in 3/2019 oder 4/2019. Für den Fallzahlvergleich wird auf die Summe der Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen abgestellt.

3.2.2 Ist die Fallzahl im Quartal 3/2021 oder 4/2021 gleich oder größer als im korrespondierenden Vorvorjahresquartal 3/2019 oder 4/2019, ist eine Ausgleichszahlung möglich, wenn der Fallwert GKV im Quartal 3/2021 oder 4/2021 kleiner ist als 90% des entsprechenden Wertes im korrespondierenden Vorvorjahresquartal 3/2019 oder 4/2019. Der zu vergleichende Fallwert ergibt sich jeweils als Verhältniswert aus dem Gesamthonorar GKV (Nr. 3.1) und der Fallzahl nach Nr. 3.2.1.

3.3 Begründung und Kausalität

Der Antrag ist zu begründen. Die besondere Härte des Einzelfalls ist dadurch glaubhaft darzulegen, dass der Rückgang der Fallzahl oder des Fallwertes auf die Corona-Pandemie zurückzuführen ist. Andere, den Anspruch mindernde Ursachen (z.B. Urlaub, Wegfall bestimmter Leistungsgenehmigungen) sind zu benennen und dem Umfang nach anzugeben.

3.4 Einhaltung der Mindestsprechstunden nach § 19a Absatz 1 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV)

3.4.1 Grundsatz

Nach § 87b Absatz 2a Satz 4 SGB V ist die Einhaltung der Mindestsprechstundenzeiten nach § 19a Absatz 1 Ärzte-ZV Voraussetzung für einen Ausgleich nach Nr. 3.

3.4.2 Unterschreitung

Werden die Mindestsprechstundenzeiten unterschritten, kann ein Ausgleich dennoch erfolgen, wenn die Arztpraxis die Unterschreitung nachvollziehbar auf die Pandemie bezogen begründet und nachweist. Als Gründe werden z.B. anerkannt: Tätigkeit in einem Impf- oder Testzentrum, Quarantäneanordnung.

3.5 Mitwirkung der Praxis

3.5.1 Die Arztpraxis muss verbindlich erklären, ob und ggf. in welcher Höhe für das Antragsquartal (oder Teile davon) auf Grund der Corona-Pandemie Entschädigungszahlungen bezogen wurden

(z.B. auf Grundlage der §§ 56 und 58 des Infektionsschutzgesetzes, aus Soforthilfeprogrammen des Bundes oder des Landes oder Kurzarbeitergeld, soweit letzteres für den GKV-Bereich gezahlt wurde).

3.5.2 Die Arztpraxis muss verbindlich erklären, ob und ggf. in welcher Höhe sie Zahlungen auf Grundlage der „Verordnung zum Anspruch auf Testung in Bezug auf einen direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 (Coronavirus-Testverordnung - TestV)“ sowie der „Verordnung zum Anspruch auf Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 (Coronavirus-Impfverordnung - ImpfV)“ erhalten hat. Im Rahmen der Erklärung erteilt die Praxis auch die Einwilligung zur Einsichtnahme in die Honorarunterlagen zu den genannten Zahlungen, soweit diese der KVB vorliegen. Anderenfalls sind entsprechende Nachweise mit der Erklärung vorzulegen.

3.5.3 Die Arztpraxis muss verbindlich erklären, dass die Mindestsprechstunden gemäß § 19a Absatz 1 der Ärzte-ZV eingehalten wurden. Für den Fall der Unterschreitung der Zeiten nach Satz 1 muss die Arztpraxis verbindlich erklären, dass diese auf die Covid-19 Pandemie zurückzuführen ist.

4. Folge: Geeignete Maßnahmen - Honorarausgleich GKV

4.1 Ausgleich GKV-Honorarrückgang

4.1.1 Es erfolgt ein Honorarausgleich in Höhe der Differenz zwischen 90% des nach Nr. 3.1 ausgleichsfähigen GKV-Honorars des jeweiligen Vorvorjahresquartals 3/2019 oder 4/2019 und dem GKV-Honorar im korrespondierenden Quartal 3/2021 oder 4/2021. Die nach Satz 1 ermittelte Differenz verringert sich entsprechend, wenn andere Ursachen für den Honorarrückgang festgestellt werden können (z.B. Honorar im Vorvorjahresquartal enthält eine Nachvergütung für zurückliegende Zeiträume).

4.1.2 Die Ausgleichszahlung nach Nr. 4.1.1 wird gemindert um etwaige Entschädigungszahlungen gem. §§ 56 und 58 Infektionsschutzgesetz, Zahlungen aus Soforthilfeprogrammen des Bundes oder des Landes sowie Kurzarbeitergeld, letzteres für den GKV-Bereich. Ebenfalls mindernd berücksichtigt wird Honorar auf Grundlage der ImpfV oder der TestV.

4.1.3 Eine Ausgleichszahlung unterbleibt, wenn deren Höhe den Wert von 50,00 € nicht erreicht.

4.2 Neupraxen und Praxen mit einer im Vorvorjahresquartal nicht vertretenen Fachgruppe

Neupraxen (Praxen, in denen ausschließlich ein oder mehrere Ärzte tätig sind, die im Vorvorjahresquartal noch nicht niedergelassen waren) und Praxen, die sich um einen Teilnehmer einer Fachgruppe erweitern, die im korrespondierenden Vorvorjahresquartal 3/2019 oder 4/2019 noch nicht in der Praxis vertreten war, erhalten je Arzt, auf den eine dieser Voraussetzungen zutrifft, zusätzlich zum anerkannten Quartalshonorar 3/2021 oder 4/2021 unter Berücksichtigung des Tätigkeitsumfangs des Arztes den durchschnittlichen Ausgleich eines Arztes in der jeweiligen Fachgruppe. Der durchschnittliche Ausgleich ermittelt sich anhand der rechnerischen Höhe der Ausgleichszahlungen je Fachgruppe im Antragsquartal. Die Ausgleichszahlung nach den vorstehenden Sätzen ist begrenzt durch die Maßgabe, dass die Summe des auf den oder die Ärzte in der Neupraxis (Satz 1

Variante 1) bzw. des auf die Teilnehmer nach Satz 1 Variante 2 entfallenden Anteils vom Gesamthonorar nach Nr. 3.1 und der Ausgleichszahlung das durchschnittliche Gesamthonorar der Arztgruppe zuzüglich der durchschnittlichen Ausgleichszahlung der jeweiligen Arztgruppe im Abrechnungsquartal nicht übersteigt. Nr. 4.1.2 und Nr. 4.1.3 gelten entsprechend.

4.3 Praxisübernahme

Wenn das Honorar des korrespondierenden Vorvorjahresquartals 3/2019 oder 4/2019 bei Berücksichtigung der Honorarwerte eines Praxisvorgängers höher als nach Nr. 4.1 oder 4.2 ausfallen würde, kann auf die Honorarwerte des Praxisvorgängers zurückgegriffen werden. Für die Heranziehung der Daten des Praxisvorgängers muss der antragstellende Praxisübernehmer die Zustimmung des Praxisvorgängers vorlegen.

4.4 Honorar aus der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV)

Nimmt ein Arzt an der ASV teil, kann eine nachträgliche Korrektur der Ausgleichszahlung einer Arztpraxis erfolgen.

Wird auf Grundlage der von den Krankenkassen nach § 87 Absatz 3f SGB V übermittelten Patientenzahlen im Abrechnungsquartal ein Anstieg gegenüber dem Vorvorjahresquartal 3/2019 oder 4/2019 festgestellt, reduziert sich der GKV-Honorarausgleich für die Arztpraxis nachträglich um den indikationsspezifischen bayerischen ASV-Bereinigungsfallwert multipliziert mit dem Anteil der betroffenen Arztgruppe und der Differenz der Anzahl der Patienten im Abrechnungsquartal und im Vorvorjahresquartal. Ist der Arzt in mehreren Arztpraxen tätig, wird der Betrag entsprechend seiner Tätigkeitsumfänge aufgeteilt. Das Nähere regelt der Vorstand.

5. Verfahren

Der Antrag ist schriftlich an die KVB, Honoraranträge, Stichwort: Honorarschutz-Regelung, Eisenheimerstr. 39, 80687 München zu richten. Der Antrag ist zu unterschreiben.

Dem Antrag sind ferner die nach den vorstehenden Regelungen vorzulegenden Unterlagen, insbesondere die in Nr. 3.5 genannten Erklärungen und ggf. die Zustimmung des Praxisvorgängers nach Nr. 4.3 beizufügen.

Der Antrag ist spätestens einen Monat nach Bekanntgabe des Honorarbescheides des jeweiligen Antragsquartals 3/2021 bzw. 4/2021 zu stellen. Maßgeblich für die Einhaltung der Frist nach Satz 1 ist der Zugang bei der KVB. Eine spätere Antragstellung ist ausgeschlossen.

6. Vorbehalt

Die Festsetzung der Ausgleichszahlung steht unter dem Vorbehalt der nachträglichen Korrektur und ggf. Rückforderung durch die KVB, wenn und soweit sich nachträglich herausstellt, dass die Voraussetzungen für einen Anspruch auf eine Ausgleichszahlung nach den vorstehenden Regelungen nicht oder nicht mehr in der berechneten Höhe vorliegen. Das kann insbesondere dann der Fall sein, wenn sich nachträglich Anpassungen des Gesamthonorars in den Vergleichsquartalen oder Zahlungen der in Nr. 4.1.2 genannten Grundlagen ergeben.

Anlage 9a - Zuschlag SARS-CoV-2 (Nr. 97240)

Die Infektionen im Verlauf der Corona-Pandemie sind im Laufe des vierten Quartals 2020 deutlich angestiegen. Die Praxen, die symptomatische Corona-Patienten (Patienten, die aufgrund eines begründeten klinischen Verdachts oder einer nachgewiesenen Infektion mit dem Virus SARS-CoV-2 mit der Kennnummer 88240 gekennzeichnet sind) versorgen und damit in besonderem Maße zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung und Strukturen beitragen, erfolgt begrenzt auf die Quartale 4/2020 und 1/2021 eine zusätzliche Vergütung nach den folgenden Bestimmungen.

1. Im hausärztlichen Versorgungsbereich wird bei einem jeweils durch die Kennnummer 88240 gekennzeichneten begründeten klinischen Verdacht auf eine Infektion oder einer nachgewiesenen Infektion mit dem Coronavirus (SARS-CoV-2) ein Zuschlag (Nr. 97240) zur Versichertenpauschale in Höhe von 10,- € gewährt. Die Finanzierung erfolgt aus dem nach Abschnitt F Nr. 2.2 gebildeten Rückstellungsvolumen.
2. Im fachärztlichen Versorgungsbereich wird bei einem jeweils durch die Kennnummer 88240 gekennzeichneten begründeten klinischen Verdacht auf eine Infektion oder einer nachgewiesenen Infektion mit dem Coronavirus (SARS-CoV-2) ein Zuschlag (Nr. 97240) zur Grund- oder Konsiliarpauschale in Höhe von 10,- € gewährt. Dies gilt nicht für GOP 12220 und 12221 EBM. Die Finanzierung erfolgt aus dem nach Abschnitt F Nr. 2.3 gebildeten Rückstellungsvolumen.

Anlage 9b - Vergütung Bereitschaftsdienst und Notfall in den Quartalen 4/2020 und 1/2021

Leistungen des ärztlichen Bereitschaftsdienstes und der Notfallbehandlungen durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser (jeweils einschließlich der Leistungen nach Kapitel 32 EBM) werden abweichend von Abschnitt B Nr. 3.2 Abs. (I) zu den Preisen der B€GO, multipliziert mit einem Faktor von bis zu 1,25 vergütet, soweit das dafür nach dieser Bestimmung zur Verfügung stehende Vergütungsvolumen ausreicht.

Anlage 10

Kalkulatorische Fallwerte 2021

Die kalkulatorischen Fallwerte des Jahres 2020 gelten abweichend von den Regelungen des Abschnitts B, Nr. 4.2 Absatz (II) Satz 1 und des Abschnitts E, Anlage 3a für das Jahr 2021 mit folgenden Modifikationen fort:

- Steigerungsrate des Orientierungswertes gem. § 87 Abs. 2e SGB V im Jahr 2021 in Höhe von 1,25%.
- Höherbewertung der rheumatologischen Grundpauschalen gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 511. Sitzung.

Abschnitt F – Rückstellungen

1. Sachverhalte zur Bildung von Rückstellungen

Nach Berechnung der Vergütungsvolumen der haus- und fachärztlichen Grundbeträge werden Rückstellungen versorgungsbereichsspezifisch verwendet:

- a) zur Berücksichtigung einer Zunahme von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten,
- b) für Sicherstellungsaufgaben (u. a. nachträglich erfolgende Honorarkorrekturen aus Vorquartalen),
- c) für Einzelfallregelungen gem. Abschnitt D, Nr. 2,
- d) zum Ausgleich eines nach Abschnitt B, im jeweiligen Absatz (III) der Nr. 3.1 und 3.2 sowie Nr. 4.2, dem jeweiligen Absatz (III) der Nr. 5.1.1 bis 5.1.4, der Nr. 5.1.7 Absatz (III) Buchstabe c), dem jeweiligen Absatz (III) der Nr. 6.1.1, 6.1.3 bis 6.1.8, Nr. 6.1.2 Absatz (IVb) und (VI), Nr. 6.1.9 Absatz (IV) Buchstabe c) und der Nr. 6.1.10 Absatz (III) Satz 4 sowie nach Abschnitt E, Anlage 3b, Nr. 4.3, Nr. 5.1.4 Absatz (V), Nr. 5.2.4 sowie 5.2.7 gegebenenfalls erforderlichen Erhöhungsvolumens,
- e) für sonstige Verbindlichkeiten (z.B. Widerspruchs- und Gerichtsverfahren, Nachvergütungen).

2. Bildung der Rückstellungen

2.1 Grundsatz

Rückstellungen werden je Versorgungsbereich gebildet.

2.2 Hausärztlicher Versorgungsbereich

Von dem in Abschnitt E, Anlage 3b, Nr. 3.1 ermittelten hausärztlichen Honorarvolumen werden für das jeweilige Kalenderjahr Rückstellungen nach Nr. 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 in Abschnitt E, Anlage 3b, Nr. 3.2 ermittelten fachärztlichen Honorarvolumen werden für das jeweilige Kalenderjahr Rückstellungen nach Nr. 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 – Inkrafttreten, Übergangsbestimmung

Dieser HVM tritt am Tage nach Veröffentlichung im Bayerischen Staatsanzeiger in Kraft, gilt für die Honorarverteilung ab Quartal 1/2020 und ersetzt damit den HVM gültig seit 01.01.2018 in der Fassung des Beschlusses der Vertreterversammlung vom 18.11.2017, zuletzt geändert durch Beschluss der Vertreterversammlung am 05.06.2019. Soweit dieser HVM zu seiner Umsetzung einer weiteren Konkretisierung bedarf, wird der Vorstand ermächtigt, das Nähere zu regeln.