

**Honorarverteilungsmaßstab (HVM)
der Kassenärztlichen Vereinigung
Sachsen-Anhalt
(KVSA)
ab dem 4. Quartal 2025**

Inhaltsverzeichnis

1.	Präambel	4
2.	Grundsätze	4
3.	Struktur der Verteilung der MGV	4
4.	Vergütungsvolumen, Vorwegabzüge und Rückstellungen	6
4.1	Vergütungsvolumen.....	6
4.1.1	Bereitschaftsdienst und Notfall.....	6
4.1.2	Labor.....	6
4.1.3	Hausarzt	7
4.1.4	Kinderarzt.....	7
4.1.5	Facharzt.....	7
4.1.6	Genetisches Labor	8
4.1.7	Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung (PFG)	8
4.2	Versorgungsbereichsspezifische Vorwegabzüge	8
4.2.1	Vorwegabzüge des haus- und fachärztlichen Vergütungsvolumens.....	8
4.2.1.1	Gesetzliche und vertragliche Aufgaben	9
4.2.1.2	Besonderheiten.....	9
4.2.1.3	Gesamtvolume übersteigende Leistungen	9
4.2.1.4	Leistungen des Kapitels 40 EBM.....	9
4.2.1.5	Belegärztliche Leistungen außerhalb Kapitel 36 EBM	9
4.2.1.6	Eigen erbrachte Laborleistungen Kapitel 32.....	9
4.2.1.7	Eigen erbrachte Leistungen des Präsenzlabors	10
4.2.1.8	Besonderheiten bei Anwendung von Laborvolumen und bei Abrechnung des Präsenzlabors	10
4.2.1.9	In Laborgemeinschaften bezogene Leistungen des Abschnitts 32.2 EBM.....	10
4.2.1.10	Vorwegabzug zur Vergütung der Hygienezuschläge gemäß EBM	10
4.2.2	Vorwegabzug des hausärztlichen Vergütungsvolumens.....	11
4.2.2.1	Leistungen der Geriatrie	11
4.2.3	Vorwegabzüge des fachärztlichen Vergütungsvolumens.....	11
4.2.3.1	Fachärztlich definierte Leistungen von Hausärzten	11
4.2.3.2	Laborleistungen außerhalb des Kapitels 32 EBM.....	11
4.2.3.3	Laborgrund- und Konsiliarpauschalen.....	11
4.2.4	Rückstellungen des haus- und fachärztlichen Versorgungsbereichs	12
5.	Verteilung der Vergütungsvolumen, Gesamtvolume und Sonderregelungen	12
5.1	Versorgungsbereichsspezifische Verteilung der Vergütungsvolumen.....	12
5.1.1	Arztgruppenspezifisches Verteilungsvolumen	12
5.1.2	Arztgruppenspezifische Vergütungsbereiche.....	13
5.1.2.1	Hausärztliches Verteilungsvolumen	13
5.1.2.2	Fachärztliches Verteilungsvolumen.....	13
5.2	Gesamtvolume (Summe aus RLV und QZV).....	14
5.2.1	Berücksichtigung von Kooperationen	15
5.2.1.1	Berücksichtigung von Kooperationen für Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten	15

5.2.1.2	Berücksichtigung von Kooperationen innerhalb von Praxisnetzen	15
5.2.2	Regelleistungsvolumen (RLV).....	15
5.2.2.1	Abbildung der Morbidität durch Altersklassen im haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich.....	16
5.2.3	Qualifikationsgebundene Zusatzvolumen (QZV)	16
5.2.3.1	Korrekturfaktor	17
5.3	Laborvolumen	17
5.4	Individualbudget je Arzt	18
5.5	Sonderregelungen bei Anwendung der Gesamtvolumen und der Individualbudgets	19
5.5.1	Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit	19
5.5.2	Abweichende Vorgaben zur Berechnung der Individualbudgets.....	19
5.5.3	Gewährung von Praxisbesonderheiten	19
5.6.	Ausgleich von Honorarverlusten	20
5.7	Sonderregelungen bei Vorliegen besonderer Ereignisse	20
5.7.1	Kompensationszahlungen	20
6.	Bereinigung	20
7.	Anlagen	20
Anlage 1		22
	Berechnung arztgruppen- und arztspezifische Laborvolumen, Berechnung des abgestaffelten Preises für die Leistungen des Individualbudgets	22
Anlage 2		25
	Berechnung arztgruppenspezifische, arztgruppenübergreifende Vergütungsvolumen und Vergütungsbereiche.....	25
Anlage 3		30
	Berechnungen Gesamtvolumen (RLV und QZV) gemäß 5.2	30
Anlage 4		35
	Arztgruppen mit RLV, Arztgruppe mit Vergütung aus arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen und Arztgruppen mit Individualbudgets.....	35
Anlage 5		38
	Arztgruppen mit QZV.....	38
Anlage 5a		55
	Arztgruppen mit Laborvolumen (LV)	55
Anlage 6 (ehemals Anlage 6a)		59
	Sonderregelungen bei Vorliegen besonderer Ereignisse	59
Anlage 7		63
	Bereinigung	63
Anlage 8		67

Honorarverteilungsmaßstab der KVSA ab dem 4. Quartal 2025 (beschlossen von der Vertreterversammlung am 27. August 2025)

1. Präambel

Zur Honorierung der vertragsärztlichen Tätigkeit beschließt die Vertreterversammlung der KVSA auf der Grundlage von § 87b SGB V im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen das folgende Verfahren zur Honorarverteilung.

Zur textlichen Vereinfachung und besseren Lesbarkeit wird im Nachfolgenden die Form Arzt verwendet. Diese schließt selbstverständlich Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Fachpsychotherapeuten für Erwachsene, Fachpsychotherapeuten für Kinder und Jugendliche, Fachwissenschaftler der Medizin sowie alle Geschlechter ein, soweit nicht ausdrücklich etwas anderes geregelt ist.

2. Grundsätze

An der Honorarverteilung nehmen alle in § 2 Abs. 1 a) bis j), l), m) und n) der Abrechnungsanweisung der KVSA als Abrechnungsberechtigte genannten Ärzte teil.

Ausgangsgröße der Honorarverteilung ist die jeweils für das Abrechnungsquartal von den Krankenkassen mit befreiender Wirkung zu entrichtende morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) gemäß § 87a SGB V. Die Honorarverteilung erfolgt unter Berücksichtigung der Regelungen zum Fremdkassenzahlungsausgleich (FKZ) und unter Anwendung der für den Zeitraum der Honorarverteilung gültigen Vorgaben der KBV gemäß § 87b Abs. 4 SGB V. Ergibt sich bei der Umsetzung der Regelungen dieses HVM unter Beachtung von Satz 2 dieses Absatzes die Notwendigkeit von (Ausnahme-)Regelungen, so können diese vom Vorstand der KVSA beschlossen werden.

Die Vergütung der Ärzte erfolgt unter Beachtung der nachfolgenden Regelungen auf Basis der zum jeweiligen Zeitpunkt gültigen regionalen Euro-Gebührenordnung.

Die Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen, die von den Krankenkassen außerhalb der MGV gezahlt werden, unterliegen nicht den Regelleistungsvolumen (RLV), qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV), Laborvolumen, Individualbudgets oder anderen Vergütungsvolumen, soweit in anderen Verträgen oder in diesem HVM nichts Abweichendes geregelt ist.

Innerhalb der MGV von den Gesamtvertragspartnern festgelegte Vergütungsvolumina werden dem jeweiligen arztgruppenspezifischen Vergütungsvolumen nach Punkt 5.1.2 und/oder den Laborvolumen gemäß 5.3 und/oder den Individualbudgets gemäß 5.4 zugeführt. Werden Leistungen aus der extrabudgetären Vergütung in die MGV überführt, werden die mit der Einbudgetierung verbundenen Finanzmittel den die Leistungen erbringenden Arztgruppen zweckgebunden zur Berechnung der zutreffenden RLV/QZV/Vergütungsbereiche zugeführt, soweit durch die Vorgaben der KBV zur Honorarverteilung nichts anderes vorgegeben ist.

Sollten in anderen Verträgen Begrenzungsregelungen festgelegt sein, erfolgt bei Überschreitung der Begrenzungsregelung eine entsprechende Anpassung der Vergütung.

3. Struktur der Verteilung der MGV

Die von der KBV erlassenen verbindlichen Vorgaben zur Honorarverteilung gemäß § 87b Abs. 4 SGB V inklusive der Anlagen stellen die Basis der Anpassung der Grundbeträge zur Berechnung der Vergütungsvolumen dar. Nachfolgende Grundbeträge für die Bildung von Vergütungsvolumen sind vorgesehen:

- Grundbetrag Hausarzt
- Grundbetrag Kinderarzt
- Grundbetrag Facharzt
- Grundbetrag Bereitschaftsdienst und Notfall
- Grundbetrag Labor
- Grundbetrag genetisches Labor und
- Grundbetrag Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung (PFG).

Die Grundbeträge genetisches Labor und PFG stellen **versorgungsbereichsspezifische Grundbeträge** des fachärztlichen Versorgungsbereichs dar.

Soweit die Summe der aus den Grundbeträgen gebildeten bereinigten Vergütungsvolumina, die die gemäß 4.2 ermittelten Vorwegabzüge beinhalten, nicht der Summe der tatsächlich vereinbarten bereinigten MGV des aktuellen Abrechnungsquartals entspricht, wird für die in den Vorgaben der KBV zur Honorarverteilung definierten Grundbeträge folgende Korrektur vorgenommen: Die Differenz zwischen der vereinbarten bereinigten MGV und der Summe der Vergütungsvolumina aller Grundbeträge wird ermittelt und entsprechend den Anteilen der bestimmten Ausgangswerte eines jeden Grundbetrags, mit Ausnahme des Grundbetrags „Kinderarzt“, dem jeweiligen Vergütungsvolumen des Grundbetrags zugeführt oder entnommen.

Vorwegabzüge sind für gesetzliche und vertragliche Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigung bedarfsabhängig aus der MGV zu bildende Vergütungsvolumen, die insbesondere auch zur Sicherstellung der Versorgung und Erfüllung gesetzlicher Aufgaben nach der Festlegung der haus- und fachärztlichen Grundbeträge innerhalb des haus- und fachärztlichen Versorgungsbereichs gebildet werden können. Sie werden auch zur Finanzierung definierter Leistungsbereiche gebildet.

Rückstellungen sind für aus gesetzlichen und vertraglichen Aufgaben entstehende Risiken oder anderen Notwendigkeiten versorgungsbereichsspezifisch zu bildende Honorarvolumen.

Die Honorarverteilung erfolgt durch die Anwendung von RLV, QZV, Laborvolumen, Individualbudgets, Vorwegabzügen und die Bildung von definierten Vergütungsbereichen.

Arztgruppenspezifische Vorwegabzüge können innerhalb des arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumens für die Sicherstellung der Vergütung spezieller Leistungen oder Leistungsbereiche gebildet werden.

Die **Regelleistungsvolumen (RLV)** stellen fallzahlabhängige arztbezogen errechnete Obergrenzen für die typischen Leistungen der Arztgruppe dar, während **qualifikationsgebundene Zusatzvolumen (QZV)** Leistungen abbilden, die i. d. R. nicht von allen Ärzten der Arztgruppe erbracht werden oder für die gesonderte Qualifikationen oder gerätetechnische Ausstattungen benötigt werden. Die Festlegung der QZV erfolgt arztgruppenspezifisch.

Das arzt- und praxisbezogene **Gesamtvolumen** umfasst die Summe der für den Arzt bzw. die Praxis insgesamt errechneten RLV und QZV. Für Arztgruppen, für die nur RLV oder nur QZV gebildet werden, gelten die RLV oder die QZV gleichzeitig als Gesamtvolumen des Arztes oder der Praxis. Die Gesamtvolumen stellen arzt- und praxisbezogene Obergrenzen dar, bis zu denen die darin enthaltenen Leistungen mit dem Wert der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet werden. Bei Überschreitung der praxisbezogenen Gesamtvolumen erfolgt eine Vergütung zu einem abgestaffelten Preis.

Die Berechnung von **Laborvolumen** erfolgt für Ärzte mit in der Praxis eigen erbrachten Laborleistungen des Kapitels 32 EBM, die nicht auf Überweisungsscheinen für Laboratoriumsuntersuchungen als Auftragsleistung (Muster 10 der Vordruckvereinbarung, Anlage 2 BMV-Ärzte) erbracht wurden.

Individualbudgets werden für Ärzte gebildet, die Laborleistungen des Kapitels 32 auf Überweisungsscheinen für Laboratoriumsuntersuchungen als Auftragsleistung (Muster 10 der Vordruckvereinbarung, Anlage 2 BMV-Ärzte) erbringen.

4. Vergütungsvolumen, Vorwegabzüge und Rückstellungen

4.1 Vergütungsvolumen

4.1.1 Bereitschaftsdienst und Notfall

Der entsprechend den Vorgaben der KBV zur Honorarverteilung ermittelte und ggf. fortgeschriebene Grundbetrag Bereitschaftsdienst und Notfall wird mit der Anzahl der Versicherten, die im aktuellen Abrechnungsquartal bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs verwendet werden, multipliziert und bildet das Vergütungsvolumen für den Bereitschaftsdienst und Notfall und für die Leistungen der Notfallbehandlung durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser.

Aus dem Vergütungsvolumen werden die Leistungen und Kostenpauschalen, mit Ausnahme der aus dem Grundbetrag Kinderarzt zu vergütenden Leistungen, im Rahmen des ärztlichen Bereitschaftsdienstes und die Notfallleistungen der Nichtvertragsärzte, Krankenhäuser und Institute vergütet. Es sind ausschließlich die laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen vergütungsfähig, die in der Anlage 8 benannt sind.

Ärzte, die im Rahmen des ärztlichen Bereitschaftsdienstes gemäß § 2 Abs. 2 der Bereitschaftsdienstordnung im Bereitschaftsdienstplan zum sogenannten „Fahrdienst“ eingeteilt sind, erhalten für die erbrachten und abgerechneten Leistungen, Kosten- und Wegepauschalen eine Vergütung ausgehend vom Wert der regionalen Euro-Gebührenordnung in Höhe von 80 Prozent. Sollte im Ausnahmefall auf Beschluss des Vorstandes der Fahrdienst ohne Nutzung des zentralen Fahrdienstes erfolgen müssen, werden die Wegepauschalen entsprechend den vertraglichen Regelungen zwischen der KVSA und den Krankenkassen vergütet. Aus den verbleibenden 20 Prozent erhalten die gemäß Satz 1 den Bereitschaftsdienst wahrnehmenden Ärzte im „Fahrdienst“ eine zusätzliche Vergütung zur GOP 90203 (mehr als 5 km bis zu 10 km) in Höhe von 10 Euro, zur GOP 90210 (je weitere angefangene 5 km) in Höhe von 5 Euro und zur GOP 90212 (Nachzuschlag zwischen 19:00 – 7:00 Uhr) in Höhe von 30 Euro. Die telefonischen Arzt-Patienten-Kontakte im „Fahrdienst“ nach den GOP 01214, 01216 und 01218 erhalten eine zusätzliche Vergütung in Höhe von 20 Euro. Maßgeblich für die Vergütung ist der zum Zeitpunkt des Dienstes im elektronischen Bereitschaftsdienstplan der KVSA befindliche Eintrag. Dieser Bereitschaftsdienstplan bildet die von den Dienstplanverantwortlichen bzw. der KVSA erstellte Planung ab.

Außerhalb des „Fahrdienstes“ erbrachte Leistungen während der Dienstzeiten des ärztlichen Bereitschaftsdienstes werden ausschließlich zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet. Die Regelungen des Fahrdienstes gelten in diesen Fällen nicht.

Eine ggf. notwendige Finanzierung von Über- bzw. Unterschüssen erfolgt entsprechend den Vorgaben der KBV zur Honorarverteilung.

4.1.2 Labor

Der entsprechend den Vorgaben der KBV zur Honorarverteilung ermittelte, angepasste und ggf. fortgeschriebene Grundbetrag Labor wird mit der Anzahl der Versicherten, die im aktuellen Abrechnungsquartal bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs verwendet werden, multipliziert und ergibt das Vergütungsvolumen Labor.

Aus dem Vergütungsvolumen erfolgt unter Beachtung der Vorgaben der KBV zur Honorarverteilung die Vergütung der Leistungsbereiche

- a) der Gebührenordnungsposition (GOP) 32001 EBM für die wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen des Kapitels 32, ggf. unter Anwendung einer notwendigen Quotierung in Höhe von mindestens 85 Prozent sowie

- b) der Laboratoriumsuntersuchungen des Kapitels 32, die auf Überweisungen für Laboratoriumsuntersuchungen als Auftragsleistung (Muster 10 der Vordruckvereinbarung, Anlage 2 BMV-Ä) zur Abrechnung gelangen unter Anwendung der Regelungen gemäß 5.4
- c) Kostenpauschalen nach den GOP 40089 bis 40095 EBM bei Abrechnung von Laboratoriumsuntersuchungen nach Kapitel 32, die auf Überweisungen für Laboratoriumsuntersuchungen als Auftragsleistung (Muster 10 der Vordruckvereinbarung, Anlage 2 BMV-Ä) zur Abrechnung gelangen. Die GOP 40089 bis 40095 werden ggf. unter Anwendung einer notwendigen Quotierung in Höhe von mindestens 85 Prozent vergütet.

Die Aufteilung der im Grundbetrag Labor zur Verfügung stehenden Finanzmittel zur Vergütung der in den Punkten a) bis c) benannten Leistungen erfolgt entsprechend dem prozentualen Anteil des jeweiligen Leistungsbereichs am Grundbetrag Labor.

Eine ggf. notwendige Finanzierung von Über- bzw. Unterschüssen erfolgt entsprechend den Vorgaben der KBV zur Honorarverteilung.

4.1.3 Hausarzt

Der auf Basis der Vorgaben der KBV zur Honorarverteilung ermittelte und ggf. fortgeschriebene hausärztliche Grundbetrag wird mit der Anzahl der Versicherten, die im aktuellen Quartal bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs verwendet werden, multipliziert und ergibt das hausärztliche Vergütungsvolumen.

Aus dem Vergütungsvolumen Hausarzt werden bedarfsabhängige Vorwegabzüge gemäß 4.2.1 und 4.2.2, die arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen, die Vergütungsbereiche sowie RLV und QZV für die in der Anlage 4 I. aufgeführten Arztgruppen des hausärztlichen Versorgungsbereichs gebildet.

4.1.4 Kinderarzt

Der Grundbetrag Kinderarzt umfasst die, gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses und den Vorgaben der KBV zur Honorarverteilung, bestimmten und ggf. fortgeschriebenen Finanzmittel des 2. Quartals 2022 für die durch Kinderärzte erbrachten Leistungen des Kapitels 4 EBM mit Ausnahme der GOP 04003, 04004 und 04005.

Aus dem Vergütungsvolumen werden die durch die Kinderärzte erbrachten Leistungen des Kapitels 4 EBM mit Ausnahme der GOP 04003, 04004 und 04005 unter Beachtung ggf. im EBM definierter Begrenzungsregelungen vergütet. Die Leistungen, die diesem Grundbetrag zuzuordnen sind, werden zum Wert des EBM vergütet. Die Vergütung der GOP 04230 und 04231 EBM erfolgt unter Beachtung der Präambel 4.1. des Kapitels 4 EBM innerhalb des zu bildenden praxisbezogenen Budgets. Bei Überschreitung des praxisbezogenen Budgets erfolgt keine weitere Vergütung der Leistungen. Die Bewertung der Leistungen erfolgt mit dem nach Berechnung des Budgets ermittelten Wert.

Sollte die Höhe des Vergütungsvolumens zur Finanzierung der durch Kinderärzte erbrachten Leistungen des Kapitels 4, mit Ausnahme der GOP 04003, 04004 und 04005, zum Wert des EBM nicht ausreichen, entsteht eine Nachschusspflicht durch die Krankenkassen.

Sollten die Finanzmittel mit der Vergütung der durch Kinderärzte erbrachten Leistungen des Kapitels 4 EBM, mit Ausnahme der GOP 04003, 04004 und 04005, zum Wert des EBM, nicht ausgeschöpft werden, vereinbart die KVSA mit den Landesverbänden der Krankenkassen und der Ersatzkassen Zuschläge zur Förderung der Kinder- und Jugendmedizin.

4.1.5 Facharzt

Der auf Basis der Vorgaben der KBV zur Honorarverteilung ermittelte, angepasste und ggf. fortgeschriebene fachärztliche Grundbetrag wird mit der Anzahl der Versicherten, die im aktuellen

Quartal bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs verwendet werden, multipliziert. Daraus entsteht das fachärztliche Vergütungsvolumen.

Aus dem fachärztlichen Vergütungsvolumen werden die bedarfsabhängigen Vorwegabzüge gemäß 4.2.1 und 4.2.3, die arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen, die Vergütungsbereiche sowie RLV und QZV des fachärztlichen Versorgungsbereichs gebildet.

4.1.6 Genetisches Labor

Der auf Basis der Vorgaben der KBV zur Honorarverteilung ermittelte, angepasste und ggf. fortgeschriebene Grundbetrag genetisches Labor wird mit der Anzahl der Versicherten, die im aktuellen Abrechnungsquartal bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs verwendet werden, multipliziert. Es entsteht das Vergütungsvolumen für die Leistungen des genetischen Labors.

Aus dem Vergütungsvolumen genetisches Labor werden die humangenetischen Leistungen entsprechend den Vorgaben der KBV zur Honorarverteilung zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet. Sollte die Höhe des Vergütungsvolumens nicht zur Vergütung der Leistungen zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung ausreichen, erfolgt eine Quotierung der Vergütung der Leistungen ausgehend vom Wert der regionalen Euro-Gebührenordnung.

4.1.7 Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung (PFG)

Der sich auf der Grundlage der Vorgaben der KBV zur Honorarverteilung ergebende und ggf. angepasste Grundbetrag PFG wird mit der bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs im aktuellen Abrechnungsquartal verwendeten Versichertenanzahl multipliziert. Es entsteht das Vergütungsvolumen PFG.

Aus dem Vergütungsvolumen „PFG“ werden die Zuschläge zu den entsprechenden Grundpauschalen des EBM der grundversorgenden Arztgruppen gemäß den Allgemeinen Bestimmungen 4.3.8 EBM zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet.

Eine ggf. notwendige Finanzierung von Über- bzw. Unterschüssen erfolgt entsprechend den Vorgaben der KBV zur Honorarverteilung, wobei ggf. entstehende Überschüsse den Arztgruppen der Grundversorgung des fachärztlichen Versorgungsbereiches, die entsprechend der Festlegung des EBM berechtigt sind, die Zuschläge zu den Grundpauschalen abzurechnen, zur Stärkung der RLV zur Verfügung gestellt werden.

4.2 Versorgungsbereichsspezifische Vorwegabzüge

Die in 4.2.1.2 bis 4.2.1.4 und 4.2.2.1 gebildeten Vorwegabzüge sind untereinander und nur innerhalb der Versorgungsbereiche mit den Vergütungsvolumen, welche sich aus den Grundbeträgen Hausarzt und Facharzt ergeben, verrechnungsfähig. Sollten die in den Vorwegabzügen gemäß 4.2.1.2 bis 4.2.1.4 bereitgestellten Mittel insgesamt nicht ausreichen, besteht eine Nachschussverpflichtung versorgungsbereichsspezifisch aus den haus- und fachärztlichen Vergütungsvolumen.

Die Vorwegabzüge 4.2.1.1, 4.2.1.6, 4.2.1.7, 4.2.1.9, 4.2.1.10 und 4.2.3.3 sind nicht untereinander und nicht mit den anderen Vorwegabzügen verrechnungsfähig.

Werden Mittel der übrigen Vorwegabzüge gemäß 4.2 mit Ausnahme 4.2.1.10 nicht ausgeschöpft, werden diese bei den Berechnungen gemäß 4.2.1.3 herangezogen bzw. versorgungsbereichsspezifisch bei den Berechnungen der RLV und QZV des haus- und fachärztlichen Versorgungsbereiches des nächstmöglichen Quartals berücksichtigt.

4.2.1 Vorwegabzüge des haus- und fachärztlichen Vergütungsvolumens

Aus dem Vergütungsvolumen der Haus- und Fachärzte sind jeweils versorgungsbereichsspezifische Vorwegabzüge zu bilden für:

4.2.1.1 Gesetzliche und vertragliche Aufgaben

Zur Finanzierung gesetzlicher und vertraglicher Aufgaben der KVSA (z. B. für Leistungen, die aus dem Strukturfonds gemäß § 105 Abs. 1a SGB V resultieren, zur Zahlung des Aufstockungsbeitrages gemäß § 75a Abs. 1 Satz 4 SGB V in Verbindung mit § 32 Abs. 3 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte, für Honorar im Zusammenhang mit Klageverfahren, für Forderungen aus Anträgen auf sachlich-rechnerische Berichtigungen durch Kostenträger, u. Ä.) wird versorgungsbereichsspezifisch aus dem haus- und fachärztlichen Vergütungsvolumen ein Vorwegabzug gebildet. Die Höhe orientiert sich an dem jeweils erwarteten Volumen. Abweichend davon beträgt die Höhe des Strukturfonds 0,2 % der MGV.

4.2.1.2 Besonderheiten

Zur Berücksichtigung insbesondere einer Zunahme an Ärzten, die ihre vertragsärztliche Tätigkeit aufnehmen, für die Neuvergabe von QZV, für die Zahlung des Aufschlags auf die Gesamtvolumen für Kooperationsformen, für die Gewährung von Praxisbesonderheiten, für Fallzahlsteigerungen, zum Ausgleich von Honorarverlusten, zum Ausgleich von Fehlschätzungen für Vorwegabzüge gemäß 4.2.1.1 bis 4.2.1.4 sowie für Zahlungen aus dem Fremdkassenzahlungsausgleich werden unter Beachtung der zum Zeitpunkt der Festlegung vorliegenden Erkenntnisse versorgungsbereichsspezifisch aus dem haus- und fachärztlichen Vergütungsvolumen Vorwegabzüge auf Basis des Umfangs der vorangegangenen vier Quartale berechnet.

4.2.1.3 Gesamtvolumen übersteigende Leistungen

Für die Vergütung der über die Gesamtvolumen (RLV und/oder QZV) hinausgehenden Leistungen wird ein Vorwegabzug in Höhe von bis zu 2 Prozent der diese Leistungsbereiche betreffenden Vergütungsvolumen versorgungsbereichsspezifisch aus dem haus- und fachärztlichen Vergütungsvolumen gebildet. Die Berechnung der Quote des Preises der die Gesamtvolumen überschreitenden Leistungen ergibt sich aus Anlage 3 IV.

4.2.1.4 Leistungen des Kapitels 40 EBM

Die innerhalb der MGV zu finanzierenden Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM, mit Ausnahme der aus dem Grundbetrag Labor zu vergütenden Kostenpauschalen nach den GOP 40089 bis 40095 EBM, werden unter Berücksichtigung der Begrenzungsregelungen des EBM aus den versorgungsbereichsspezifischen Vorwegabzügen zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung finanziert, welche sich an dem Umfang der vorangegangenen vier Quartale orientieren. Die innerhalb dieses Vorwegabzugs zu vergütenden Kostenpauschalen nach den GOP 40089 bis 40095 werden, entgegen Satz 1, unter Anwendung einer notwendigen Quotierung in Höhe von mindestens 85 Prozent vergütet, soweit der Vorwegabzug nach 4.2.1.4 nicht zur Vergütung mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung ausreicht.

4.2.1.5 Belegärztliche Leistungen außerhalb Kapitel 36 EBM

Die innerhalb der MGV zu vergütenden belegärztlichen Leistungen außerhalb des Kapitels 36 EBM mit Ausnahme der Leistungen nach GOP 13311, 17370 sowie 08410 bis 08416 EBM, die durch Ärzte des haus- und fachärztlichen Versorgungsbereichs erbracht werden sowie mit Ausnahme der aus dem Grundbetrag Kinderarzt zu vergütenden Leistungen, werden aus den versorgungsbereichsspezifisch zu bildenden Vorwegabzügen, welche sich an dem jeweiligen Umfang der vorangegangenen vier Quartale orientieren, zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet. Sollte die Höhe des Vorwegabzugs nicht zur Vergütung der Leistungen zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung ausreichen, erfolgt eine Quotierung der Vergütung der Leistungen.

4.2.1.6 Eigen erbrachte Laborleistungen Kapitel 32

Der Vorwegabzug für durch Haus- und Fachärzte der in Anlage 4 I. und 4 III. aufgeführten Arztgruppen eigen erbrachten Leistungen des Kapitels 32 wird auf der Grundlage der Vorgaben der KBV zur Honorarverteilung gebildet. Die Höhe der versorgungsbereichsspezifischen Vorwegabzüge entspricht somit dem Umfang der Finanzmittel bei Überführung in den haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich. In den Vorgaben der KBV zur Honorarverteilung ggf. vorgesehene Fortschreibungen oder Anpassungen, die Regelungen gemäß 4.2 sowie die Neubewertung der

Leistungen des Kapitels 32 ab 01.01.2025 durch Korrekturfaktoren werden berücksichtigt. Die versorgungsbereichsspezifischen Vorwegabzüge werden zur Berechnung von arztgruppenspezifischen Laborvolumen-Fallwerten verwendet. Nicht berücksichtigt werden die Leistungen des Präsenzlabors der GOP 32025 bis 32027, 32150 und die GOP des Kapitels 32 EBM, die auf Überweisungen für Laboratoriumsuntersuchungen als Auftragsleistung (Muster 10 der Vordruckvereinbarung, Anlage 2 BMV-Ärzte) zur Abrechnung gelangen.

4.2.1.7 Eigen erbrachte Leistungen des Präsenzlabors

Die Bildung des Vorwegabzugs wird auf der Grundlage der Vorgaben der KBV zur Honorarverteilung aus dem Anteil für eigen erbrachte laboratoriumsmedizinische Untersuchungen des Kapitels 32 EBM berechnet. Die Höhe der versorgungsbereichsspezifischen Vorwegabzüge entspricht somit den Umfängen der Finanzmittel für die Leistungen des Präsenzlabors der GOP 32025 bis 32027 und 32150 EBM bei Überführung in den haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich. In den Vorgaben der KBV zur Honorarverteilung ggf. vorgesehene Fortschreibungen oder Anpassungen werden berücksichtigt.

Aus den versorgungsbereichsspezifischen Vorwegabzügen werden die von den in Anlage 4 aufgeführten Arztgruppen abgerechneten Leistungen des Präsenzlabors der GOP 32025 bis 32027 und 32150 EBM mit dem Wert des EBM vergütet. Sollten die im Vorwegabzug zur Verfügung stehenden Finanzmittel nicht ausreichen, werden die fehlenden Mittel dem Vorwegabzug gemäß 4.2.1.8 entnommen. Nicht ausgeschöpfte Finanzmittel werden zur Berechnung der Laborvolumen-Fallwerte des nächstmöglichen Quartals herangezogen.

4.2.1.8 Besonderheiten bei Anwendung von Laborvolumen und bei Abrechnung des Präsenzlabors

Aus den Vorwegabzügen für eigen erbrachte Leistungen gemäß 4.2.1.6 und für eigen erbrachte Laborleistungen des Präsenzlabors gemäß 4.2.1.7 werden jeweils bis zu 2 Prozent je Versorgungsbereich zur Berücksichtigung insbesondere einer Zunahme an Ärzten, die ihre vertragsärztliche Tätigkeit aufnehmen und Laborleistungen des Präsenzlabors selber erbringen bzw. für die Neuvergabe von Laborvolumen bereitgestellt.

4.2.1.9 In Laborgemeinschaften bezogene Leistungen des Abschnitts 32.2 EBM

Der Vorwegabzug für die durch Haus- und Fachärzte der in Anlage 4 aufgeführten Arztgruppen in Laborgemeinschaften bezogenen Leistungen des Abschnitts 32.2 wird auf der Grundlage der Vorgaben der KBV zur Honorarverteilung gebildet. Die Höhe der versorgungsbereichsspezifischen Vorwegabzüge entspricht somit dem Umfang der Finanzmittel bei Überführung in den haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich. In den Vorgaben der KBV zur Honorarverteilung ggf. vorgesehene Fortschreibungen oder Anpassungen sowie die Neubewertung der Leistungen des Kapitels 32 ab 01.01.2025 durch Korrekturfaktoren werden berücksichtigt. Die durch Hausärzte bezogenen Laborleistungen des Abschnitts 32.2 EBM werden der Laborgemeinschaft aus dem hausärztlichen Vorwegabzug und die durch den fachärztlichen Versorgungsbereich bezogenen Laborleistungen des Abschnitts 32.2 EBM werden der Laborgemeinschaft aus dem fachärztlichen Vorwegabzug vergütet.

Sollten die in den jeweiligen versorgungsbereichsspezifischen Vorwegabzügen zur Verfügung stehenden Finanzmittel nicht ausreichen, erfolgt eine versorgungsbereichsspezifische Quotierung der Vergütung der Leistungen der Laborgemeinschaften des Abschnitts 32.2 EBM.

4.2.1.10 Vorwegabzug zur Vergütung der Hygienezuschläge gemäß EBM

Der Erweiterte Bewertungsausschuss hat mit Beschluss vom 17. Dezember 2021 infolge der Abbildung der angestiegenen Hygienekosten im EBM eine Erhöhung der MGV beschlossen, die zielgerichtet zur Vergütung der entsprechenden GOP innerhalb des Vorwegabzugs Anwendung findet. Die durch diesen Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses zur Verfügung gestellten Finanzmittel, mit Ausnahme der aus dem Grundbetrag Kinderarzt zu vergütenden Leistungen, die mit der jährlichen MGV-Anpassung fortgeschrieben werden, bilden den Vorwegabzug, aus dem die Vergütung der Zuschläge zu den Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen erfolgt. Die Aufteilung der Finanzmittel zwischen dem haus- und fachärztlichen

Versorgungsbereich entspricht dem Verhältnis der abgerechneten Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen des Vorjahresquartals.

Sollten die im Vorwegabzug zur Verfügung stehenden Finanzmittel nicht ausreichen, um eine Vergütung der GOP zum Wert des EBM zu realisieren, erfolgt eine Quotierung der Vergütung der Leistungen. Die Vergütung der durch Kinderärzte abgerechneten Hygienezuschläge des Kapitels 4 EBM erfolgt aus dem Grundbetrag 4.1.4.

4.2.2 Vorwegabzug des hausärztlichen Vergütungsvolumens

Nur aus dem hausärztlichen Vergütungsvolumen ist der Vorwegabzug zu bilden für:

4.2.2.1 Leistungen der Geriatrie

Aus dem hausärztlichen Vergütungsvolumen wird ein Vorwegabzug gebildet, der den durch die Krankenkassen bereitgestellten Betrag für die Leistungen der Geriatrie umfasst, der mindestens jedoch dem Anteil der Hausärzte an dem für die KVSA bereitgestellten Betrag zur Förderung der geriatrischen Versorgung entspricht.

Aus dem Vorwegabzug erfolgt die Vergütung der durch Hausärzte abgerechneten Leistungen der geriatrischen Versorgung (GOP 03360, 03362 EBM) zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung. Sollten die im Vorwegabzug zur Verfügung stehenden Finanzmittel nicht ausreichen, erfolgt eine Quotierung der Vergütung der Leistungen.

4.2.3 Vorwegabzüge des fachärztlichen Vergütungsvolumens

Nur aus dem fachärztlichen Vergütungsvolumen sind Vorwegabzüge zu bilden für:

4.2.3.1 Fachärztlich definierte Leistungen von Hausärzten

Die Vergütung von Leistungen, die in den Vereinbarungen gemäß § 6 Abs. 2 des Vertrages über die hausärztliche Versorgung definiert sind und für die Hausärzte gemäß § 73 SGB V, die aus Gründen der Sicherstellung nach dem 1. Juli 2010 eine Genehmigung erhalten haben, erfolgt entsprechend den Vorgaben der KBV zur Honorarverteilung aus dem fachärztlichen Vergütungsvolumen. Insofern wird ein Vorwegabzug gebildet. Der Umfang orientiert sich an den vorangegangenen vier Quartalen.

Für Haus- und Kinderärzte denen aus Sicherstellungsgründen die Erbringung von Leistungen genehmigt wurde, welche gemäß EBM nur den Arztgruppen des fachärztlichen Versorgungsbereichs vorbehalten sind, erfolgt die Vergütung zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung. Sollte die Höhe des Vorwegabzugs nicht ausreichen, um die Leistungen zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergüten zu können, erfolgt eine Quotierung der Vergütung der Leistungen.

4.2.3.2 Laborleistungen außerhalb des Kapitels 32 EBM

Für Laborleistungen außerhalb des Kapitels 32, die innerhalb der MGV zu vergüten sind, soweit sie nicht in den Vergütungsvolumen Labor und genetisches Labor enthalten sind, wird ein Vorwegabzug gebildet, dessen Höhe sich an dem Umfang der vorangegangenen vier Quartale orientiert. Die Vergütung erfolgt zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung. Sollte die Höhe des Vorwegabzugs nicht ausreichen, um die Leistungen zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergüten zu können, erfolgt eine Quotierung der Vergütung der Leistungen.

4.2.3.3 Laborgrund- und Konsiliarpauschalen

Die Bildung des Vorwegabzugs zur Vergütung der Laborgrund- und Konsiliarpauschalen (GOP 12210 und 12222 bis 12224 EBM) wird auf der Grundlage der Vorgaben der KBV zur Honorarverteilung berechnet. Die Höhe des Vorwegabzugs entspricht somit dem Umfang der Finanzmittel bei Überführung in den fachärztlichen Versorgungsbereich. In den Vorgaben der KBV zur Honorarverteilung ggf. vorgesehene Fortschreibungen oder Anpassungen werden berücksichtigt. Die Vergütung der Laborgrund- und Konsiliarpauschalen erfolgt zum Wert der regionalen

Euro-Gebührenordnung. Sollte die Höhe des Vorwegabzugs nicht zur Vergütung der Leistungen zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung ausreichen, erfolgt eine Quotierung der Vergütung der GOP 12210 und 12222 bis 12224 EBM.

4.2.4 Rückstellungen des haus- und fachärztlichen Versorgungsbereichs

Die KVSA bildet versorgungsbereichsspezifische Rückstellungen auf Basis der Erfahrungen von Vorquartalen und unter Einschätzung von zu erwartenden Risiken u. a. für eventuelle Ausgleichszahlungen an Krankenkassen, andere Kassenärztliche Vereinigungen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und Vertragsärzte, Klagerisiken, Ausgleich von Quartalsschwankungen. Die Höhe der Rückstellungen soll 3 Prozent der Gesamtvergütung eines Jahres nicht überschreiten.

5. Verteilung der Vergütungsvolumen, Gesamtvolumen und Sonderregelungen

5.1 Versorgungsbereichsspezifische Verteilung der Vergütungsvolumen

Die Verteilung der nach Umsetzung der Regelungen unter 4. zur Verfügung stehenden Vergütungsvolumen erfolgt versorgungsbereichsspezifisch für die Haus- und Kinderärzte, soweit es sich nicht um Finanzmittel zur Vergütung von Leistungen des Kapitel 4 handelt, die aus dem Grundbetrag 4.1.4 zu vergüten sind, aus dem hausärztlichen Vergütungsvolumen und für die fachärztlich tätigen Arztgruppen und Psychotherapeuten aus dem fachärztlichen Vergütungsvolumen. Beim Wechsel des Versorgungsbereichs durch einen Vertragsarzt sind die Vorgaben der KBV zur Honorarverteilung zu beachten.

Für Vertragsärzte, die gemäß § 73 SGB V dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören und aus Gründen der Sicherstellung eine Genehmigung besitzen, nach dem 1. Januar 2003 in den Vereinbarungen gemäß § 6 Abs. 2 des Vertrages über die hausärztliche Versorgung genannte Leistungen abzurechnen und den Versorgungsbereich wechseln, sind die Vergütungen für den abgerechneten Leistungsbedarf dieser Leistungen, soweit sie aus dem Vergütungsvolumen des hausärztlichen Vergütungsbereich gezahlt wurden, quartalsweise auf der Basis des Vorjahresquartals im Vergütungsvolumen des hausärztlichen Versorgungsbereiches zu bereinigen und dem Vergütungsvolumen des fachärztlichen Versorgungsbereichs zuzuführen.

5.1.1 Arztgruppenspezifisches Verteilungsvolumen

Aus den haus- und fachärztlichen Vergütungsvolumen verbleiben nach Abzug der Vorwegabzüge die versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumen, welche gemäß Anlage 2 I. jeweils auf die entsprechenden Arztgruppen gemäß Anlage 4 I. und II. verteilt werden. Es entsteht jeweils ein arztgruppenspezifisches Verteilungsvolumen.

Bei der Berechnung der arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen ist sicherzustellen, dass sich der Leistungsbedarf der jeweiligen Arztgruppe im Vorjahresquartal im Vergleich zum Vorvorjahresquartal unter Berücksichtigung von Veränderungen der Arztzahlen, der Zuordnung der Ärzte in Arztgruppen, der Abgrenzung der MGV unter Berücksichtigung der Veränderungen, die durch das TSVG entstanden sind und ggf. weiterer Faktoren maximal um +/- 10 Prozent verändert.

Innerhalb eines arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumens des fachärztlichen Versorgungsbereichs ist zu gewährleisten, dass die arztgruppenspezifischen Grund- oder Konsiliarpauschalen saldiert in ausreichendem Umfang vergütet werden können. Alle nach dem 01.10.2011 durchgeführten Änderungen bei der Bildung von QZV oder der Zuordnung von Leistungen zum RLV und die Mittel zur Bildung der arztgruppenspezifischen Vorwegabzüge bleiben bei der ggf. erforderlichen Anpassung der arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen auf Grund des Ausgleichs der saldierten Grund- und Konsiliarpauschalen unberücksichtigt.

Sollte das zur Vergütung der PFG zur Verfügung stehende Vergütungsvolumen gemäß 4.1.6 nicht ausreichen, werden die fehlenden Mittel dem fachärztlichen Verteilungsvolumen vor Aufteilung der arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen entnommen.

5.1.2 Arztgruppenspezifische Vergütungsbereiche

5.1.2.1 Hausärztliches Verteilungsvolumen

Das arztgruppenspezifische Verteilungsvolumen wird gemäß Anlage 2 III. 1) im hausärztlichen Versorgungsbereich jeweils auf nachfolgende arztgruppenspezifische Vergütungsbereiche aufgeteilt, soweit es nicht die Leistungen des Kapitels 4 EBM, die aus dem Grundbetrag 4.1.4 zu vergüten sind, betrifft:

- für die Vergütung der durch die Arztgruppen des hausärztlichen Versorgungsbereichs abgerechneten und vollständig zu vergütenden Zusatzpauschalen für die Vorhaltung hausärztlicher Strukturen (GOP 03040 EBM)
- für die Vergütung der GOP 03230 EBM unter Beachtung der Präambel 3.1 EBM
- Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der RLV und
- Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der QZV.

Die Leistung der Zusatzpauschale für die Vorhaltung hausärztlicher Strukturen nach GOP 03040 EBM, wird außerhalb der Gesamtvolume gemäß 5.2 zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet.

Die Vergütung der GOP 03230 EBM erfolgt außerhalb der Gesamtvolume unter Beachtung der Präambel 3.1 EBM innerhalb des zu bildenden praxisbezogenen Budgets zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung. Bei Überschreitung des praxisbezogenen Budgets erfolgt keine weitere Vergütung der Leistungen.

Die Vergütung der Leistungen innerhalb der Gesamtvolume gemäß 5.2 erfolgt zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung. Bei Überschreitung der praxisbezogenen Gesamtvolume erfolgt eine Vergütung der darüber hinaus erbrachten Leistungen mit den abgestaffelten Preisen entsprechend der Quote gemäß Anlage 3 IV.

Die Preise der regionalen Euro-Gebührenordnung stellen grundsätzlich die Obergrenze in der Vergütung der abgestaffelten Leistungen dar.

5.1.2.2 Fachärztliches Verteilungsvolumen

Für die in Anlage 4 I. und 4 II. aufgeführten Arztgruppen kann vor der Berechnung der Vergütungsbereiche ein arztgruppenspezifischer Vorwegabzug zum Ausgleich von Fehlschätzungen bei der Vergütung von Leistungen durch Krankenhäuser, die im Zusammenhang mit der Vermittlung von Patienten durch die Terminservicestelle der KVSA entstehen, gebildet werden. Die Bildung der arztgruppenspezifischen Vorwegabzüge erfolgt zusammen über die jeweilige Arztgruppe der „Fachärzte“ und der gemäß dem gleichen Versorgungsauftrag aufgeführten Arztgruppe „Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen“, zu gleichen prozentualen Anteilen. Der Umfang orientiert sich an dem jeweils erwarteten Volumen.

Sollte der zur Verfügung stehende arztgruppenspezifische Vorwegabzug nicht ausreichen, werden Mittel aus den Vorwegabzügen gemäß 4.2.1.2 herangezogen. Bei nicht vollständiger Ausschöpfung des arztgruppenspezifischen Vorwegabzugs, werden die verbleibenden Mittel den arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen der jeweiligen Arztgruppe im gleichen prozentualen Verhältnis der Bildung im nächstmöglichen Quartal zugeführt.

Die verbleibenden arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen werden für die Arztgruppen im fachärztlichen Versorgungsbereich gemäß Anlage 4 I. entsprechend den Berechnungen gemäß Anlage 2 III. 2) c) und d) jeweils auf nachfolgende arztgruppenspezifische Vergütungsbereiche aufgeteilt:

- Für die Arztgruppen, die den RLV und ggf. QZV unterliegen, in einen:

- Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der RLV und
- ggf. Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der QZV
- Zusätzlich wird für die Arztgruppen „Fachärzte für Anästhesie“ bzw. „Ermächtigte Fachärzte/Krankenhäuser/Institute/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Anästhesie“ gemäß Anlage 2 III. 2) a) und e) der:
 - Vergütungsbereich für die Vergütung von anästhesiologischen Leistungen im Zusammenhang mit der vertragszahnärztlichen und/oder mund-, kiefer-, gesichts-chirurgischen Behandlung von Patienten mit mangelnder Kooperationsfähigkeit bei geistiger Behinderung oder schwerer Dyskinesie gebildet.

Abweichend davon wird für die Arztgruppen gemäß Anlage 4 II. das arztgruppenspezifische Verteilungsvolumen gemäß Anlage 2 II., Anlage 2 III. 2) b) und f) aufgeteilt in

- einen arztgruppenübergreifenden Vergütungsbereich für die übrigen der MGV zu zuordnenden Leistungen, sofern diese Leistungen nicht von den Vergütungsvolumen Bereitschaftsdienst und Notfall, Labor oder den im fachärztlichen Versorgungsbereich gebildeten Vorwegabzügen umfasst sind. Bei Überschreitung des zur Verfügung stehenden arztgruppenübergreifenden Verteilungsvolumens erfolgt eine Quotierung der Vergütung der Leistungen.
- einen arztgruppenspezifischen Vergütungsbereich für die Vergütung der GOP 22220 und 23220 EBM, bis zu einer Häufigkeit von 15-mal im Behandlungsfall, innerhalb der QZV

5.2 Gesamtvolumen (Summe aus RLV und QZV)

Für die Vergütung der Leistungen und Leistungsbereiche, die innerhalb der MGV zu vergüten sind und die nicht von den Vergütungsvolumen, Vorwegabzügen und übrigen Vergütungsbereichen umfasst sind, werden für die in Anlage 4 I. aufgeführten Arztgruppen RLV und für die in Anlage 5 aufgeführten Arztgruppen QZV gebildet. Die Summe des RLV und der ggf. zutreffenden QZV je Arzt der Praxis bilden das Gesamtvolume und somit eine abrechenbare Menge vertragsärztlicher Leistungen, die mit den in der regionalen Euro-Gebührenordnung enthaltenen Preisen zu vergüten sind. Die Summe der arztbezogenen Gesamtvolume bilden die praxisbezogenen Gesamtvolume. Ist für einen Arzt der Praxis nur die Berechnung des RLV oder der QZV zutreffend, stellt dies das Gesamtvolume des Arztes und/oder der Praxis dar. Bei Überschreitung der praxisbezogenen Gesamtvolume erfolgt eine Vergütung der Leistungen mit einem abgestaffelten Preis entsprechend der in Anlage 3 IV. dargestellten Berechnungsweise.

Dem für eine Arztpraxis berechneten Gesamtvolume steht die in der Arztpraxis abgerechnete RLV/QZV-relevante Leistungsmenge der Ärzte der in Anlage 4 I. und 4 II. genannten Arztgruppen insgesamt gegenüber, d. h. sofern das für eine Arztpraxis berechnete RLV nicht ausgeschöpft ist, kann das noch zur Verfügung stehende Honorarvolume mit Leistungen aus den berechneten QZV der Ärzte aus in Anlage 5 benannten Arztgruppen ausgefüllt werden und umgekehrt. Es sind auch die Leistungen zu berücksichtigen, die von den beteiligten Vertragsärzten ggf. in Teilberufsausübungsgemeinschaften erbracht werden.

Für Vertragsärzte, die außer in ihrer Arztpraxis auch in einer oder mehreren Teilberufsausübungsgemeinschaften tätig sind, wird ein gemeinsames Gesamtvolume (RLV und/oder QZV) für die vom jeweiligen Vertragsarzt in der Arztpraxis und in der(n) Teilberufsausübungsgemeinschaft(en) erbrachten Leistungen berechnet.

Für Vertragsärzte, die mit mehreren Gebiets- und Schwerpunktbezeichnungen zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen sind, wird das für den Arzt in Summe (RLV und/oder QZV) günstigere Gesamtvolume zu Grunde gelegt.

Ärzte, die von der KVSA genehmigte Ärzte in Weiterbildung beschäftigen, erhalten aus dem Vorwegabzug gemäß 4.2.1.1 einen Aufstockungsbetrag in Höhe von 1.000 Euro monatlich, der dem ausbildenden Arzt bei Vorliegen einer Genehmigung der KVSA zur Beschäftigung des Arztes in Weiterbildung für die Dauer der zur Facharztanerkennung erforderlichen Weiterbildungsabschnitte gezahlt wird. Darüber hinaus wird in den nachfolgenden Konstellationen der Aufstockungsbetrag in Höhe von 1.000 Euro monatlich für maximal 3 Monate gewährt:

- die erforderlichen Weiterbildungsabschnitte sind bereits absolviert, der Termin zur Facharztprüfung steht noch aus, die Genehmigung der KVSA zur Beschäftigung des Arztes liegt vor,
- die erforderlichen Weiterbildungsabschnitte sind bereits absolviert, der Arzt in Weiterbildung benötigt noch Zeit zum Erwerb bestimmter Kenntnisse und Fertigkeiten, Genehmigung der KVSA als Fortbildungsassistent liegt vor,
- der weitergebildete Arzt hat die Facharztanerkennung erworben und den Antrag auf Teilnahme zur vertragsärztlichen Versorgung beim Zulassungsausschuss gestellt (Neuregelung § 32 Abs. 2 Ärzte-ZV).

Der Aufstockungsbetrag auf das Gesamtvolumen der Praxis in Höhe von monatlich 1.000 Euro je vollzeitbeschäftigte Arzt entsprechend den oben aufgeführten Regelungen wird bei einer anteiligen Beschäftigung anteilig berechnet. Dieser Betrag bleibt bei den Berechnungen gemäß Absatz 1 und 2 und gemäß 5.2.1.1 unberücksichtigt.

5.2.1 Berücksichtigung von Kooperationen

5.2.1.1 Berücksichtigung von Kooperationen für Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten

Zur Förderung der vertragsärztlichen Versorgung in Kooperationsformen wird das praxisbezogene Gesamtvolume

- a) für standortgleich tätige Ärzte in Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten um 10 Prozent erhöht,
- b) für standortübergreifend tätige Ärzte wird ein Aufschlag nur gewährt, wenn ein Kooperationsgrad (KG) der gesamten Praxis von mindestens 0,1 Prozent erreicht wird. Bei einem Kooperationsgrad der gesamten Praxis zwischen 0,1 und 10 Prozent oder mehr wird der Aufschlag für den/die standortübergreifend tätigen Arzt/Ärzte auf deren Gesamtvolume entsprechend des KG gewährt, maximal in Höhe von 10 Prozent.

Die Details zur Berechnung gemäß b) ergeben sich aus Anlage 3 III.

5.2.1.2 Berücksichtigung von Kooperationen innerhalb von Praxisnetzen

Ärzte/Praxen, die in Praxisnetzen zusammenarbeiten die von der KVSA anerkannt sind, erhalten einen Betrag in Höhe von 10 Cent je Behandlungsfall gemäß § 21 Absatz 1 und 2 Bundesmantelvertrag Ärzte, in denen der/die Arzt/Ärzte des Praxisnetzes Leistungen erbracht und abgerechnet hat/haben. Nicht berücksichtigt werden Notfälle im ärztlichen Bereitschaftsdienst und Fälle, in denen ausschließlich Leistungen und Kostenerstattungen gemäß Kapitel 12, 19, 32 und 40 EBM abgerechnet werden.

5.2.2 Regelleistungsvolumen (RLV)

Die RLV-Fallwerte werden für die in Anlage 4 I. aufgeführten Arztgruppen für das jeweilige Abrechnungsquartal ermittelt. Dabei legt der Vorstand der KVSA fest, ob der Bezug auf ein Quartal oder auf einen längerfristigen Zeitraum erfolgt. Sollte ein über ein Quartal hinausgehender Zeitraum festgelegt werden, ist auch ein entsprechender Vergleichszeitraum bei den Berechnungen anzuwenden. Die Höhe des RLV eines Arztes ergibt sich aus der Multiplikation des zum

jeweiligen Zeitpunkt gültigen arztgruppenspezifischen Fallwertes (FW_{AG}) gemäß Anlage 3 I. 1) und der RLV-Fallzahl des Arztes im Abrechnungsquartal. Ein Arzt hat Anspruch auf die Berechnung des RLV, wenn er mindestens einen RLV relevanten Fall im Abrechnungsquartal erbracht und abgerechnet hat. Ermächtigte Krankenhausärzte sowie Krankenhäuser, Einrichtungen oder Institutionen erhalten ein RLV nach dem mit der Ermächtigung begründeten Versorgungsauftrag.

Ärzte, die ihre Tätigkeit nicht zu Beginn eines Quartals aufnehmen oder zum Ende eines Quartals beenden, erhalten für das Quartal der Aufnahme oder der Beendigung der Tätigkeit ein auf die Tätigkeitsdauer berechnetes RLV. Hierfür wird das für den Arzt nach Maßgabe der Regelungen berechnete RLV durch 90 Kalendertage dividiert und mit der Anzahl aller Kalendertage (maximal 90) ab Aufnahme bzw. bis zum Ende der Tätigkeit multipliziert.

Für RLV relevante Fälle sind kurativ-ambulante Behandlungsfälle des Abrechnungsquartals gemäß § 21 Abs. 1 und Abs. 2 Bundesmantelvertrag-Ärzte durch Ärzte der in Anlage 4 I. aufgeführten Arztgruppen, ausgenommen Notfälle im ärztlichen Bereitschaftsdienst, und Fälle, in denen ausschließlich Leistungen und Kostenerstattungen außerhalb der haus- und fachärztlichen Verteilungsvolumen oder Fälle mit der alleinigen Abrechnung von Leistungen, die aus den Grundbetrag 4.1.4 zu vergüten sind, abgerechnet werden.

Zur Umsetzung des Arztbezuges ist die Bemessung des RLV mit den RLV-Fällen des Abrechnungsquartals vorgegeben:

- a) In Einzelpraxen entspricht die Zahl der RLV-Fälle der Zahl der für das Regelleistungsvolumen relevanten Behandlungsfälle, soweit es sich nicht um Fälle handelt, auf denen ausschließlich Leistungen des Kapitels 4 EBM abgerechnet werden, die aus dem Grundbetrag 4.1.4 zu vergüten sind.
- b) In Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten entspricht die Zahl der RLV-Fälle eines Arztes der Zahl der RLV-relevanten Behandlungsfälle der Arztpraxis multipliziert mit seinem Anteil an der RLV-relevanten Arztfallzahl der Praxis. Fälle, auf denen ausschließlich Leistungen des Kapitels 4 EBM abgerechnet werden, die aus dem Grundbetrag 4.1.4 zu vergüten sind, werden nicht berücksichtigt.

Die Summe der RLV-Fälle einer Arztpraxis entspricht damit immer der Anzahl der RLV-relevanten Behandlungsfälle des Abrechnungsquartals der Arztpraxis.

Sofern für einzelne Leistungen oder Leistungsbereiche von den Krankenkassen Zuschläge auf den Orientierungswert für Leistungen, die den RLV unterliegen, gezahlt werden, wird der Differenzbetrag zum Orientierungswert entsprechend dem Anteil der im Abrechnungsquartal erbrachten Leistungsmenge für die betreffenden Leistungen dem RLV des Arztes hinzugerechnet. Eine Berücksichtigung entfällt, wenn der Zuschlag auf den Orientierungswert außerhalb der RLV vergütet wird. Dies gilt auch nicht für die Zuschläge, die Krankenkassen zu zahlen haben, wenn der Grundbetrag 4.1.4 nicht ausgeschöpft wird.

5.2.2.1 Abbildung der Morbidität durch Altersklassen im haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich

Zur Berücksichtigung der Morbidität der Patienten des Arztes werden die Altersklassifikationen entsprechend der Versichertenauspauschalen im hausärztlichen und der Grundauspauschalen des EBM im fachärztlichen Versorgungsbereich bei der Berechnung des RLV entsprechend der Berechnung gemäß Anlage 3 I. 3) berücksichtigt. Fälle, auf denen ausschließlich Leistungen des Kapitels 4 EBM abgerechnet werden, die aus dem Grundbetrag 4.1.4 zu vergüten sind, werden nicht zur Berechnung herangezogen.

5.2.3 Qualifikationsgebundene Zusatzvolumen (QZV)

QZV kommen für die in Anlage 5 aufgeführten Arztgruppen, Leistungen und Leistungsbereiche zur Anwendung.

Ein Arzt hat Anspruch auf die für seine Arztgruppe gemäß Anlage 5 festgelegten QZV, wenn:

- er mindestens eine Leistung des entsprechenden QZV im Abrechnungsquartal erbracht hat,
- die ggf. im QZV vorgegebene Definition bei der Abrechnung im Abrechnungsquartal erfüllt und
- er die zutreffende Gebiets- bzw. Schwerpunktbezeichnung führt.

Unterliegt die Voraussetzung zur Erbringung von in QZV aufgeführten Leistungen einer Qualifikation nach § 135 Abs. 2 SGB V, § 137 SGB V oder dem Führen einer Zusatzbezeichnung, ist der Nachweis zusätzlich erforderlich.

Die QZV werden gemäß Anlage 3 II. 2) je Leistungsfall berechnet. Es sind auch die Leistungen zu berücksichtigen, die von den beteiligten Vertragsärzten ggf. in einer oder mehreren Teilberufsausübungsgemeinschaften erbracht werden.

Für QZV relevante Leistungsfälle sind kurativ-ambulante Behandlungsfälle des Abrechnungsquartals gemäß § 21 Abs. 1 und Abs. 2 Bundesmantelvertrag Ärzte, ausgenommen Notfälle im ärztlichen Bereitschaftsdienst. Ein Leistungsfall liegt vor, sofern im Behandlungsfall des Abrechnungsquartals mindestens eine Leistung des Leistungskatalogs des entsprechenden QZV abgerechnet worden ist.

Die QZV werden gemeinsam für die niedergelassenen und die ermächtigten Ärzte einer Arztgruppe berechnet und daraus folgend in gleicher Höhe festgelegt. Dies gilt nicht für das QZV Psychotherapeutische Gespräche der Arztgruppen gemäß Anlage 4 II.

Die in den QZV festgelegten GOP setzen sich systematisch über alle festgelegten Arztgruppen aus den gleichen GOP zusammen. Dabei dürfen nur die betreffenden Leistungen erbracht und abgerechnet werden, die sowohl nach den Bestimmungen des EBM als auch den berufsrechtlichen Vorgaben für den Arzt zutreffend sind. Fachärztliche Leistungen, für die Haus- bzw. Kinderärzte aus Sicherstellungsgründen eine Genehmigung erhalten haben, werden aus dem Vorwegabzug 4.2.3.1 vergütet, auch wenn die entsprechende GOP im QZV benannt ist.

Sofern für einzelne Leistungen oder Leistungsbereiche von den Krankenkassen Zuschläge auf den Orientierungswert für Leistungen, die den QZV unterliegen, gezahlt werden, wird der Differenzbetrag zum Orientierungswert entsprechend dem Anteil der im Abrechnungsquartal erbrachten Leistungsmenge für die betreffenden Leistungen dem jeweiligen QZV des Arztes hinzugerechnet. Eine Berücksichtigung entfällt, wenn der Zuschlag auf den Orientierungswert außerhalb der QZV vergütet wird. Dies gilt auch nicht für die Zuschläge, die Krankenkassen zu zahlen haben, wenn der Grundbetrag 4.1.4 nicht ausgeschöpft wird.

5.2.3.1 Korrekturfaktor

Die Festlegung der QZV erfolgt unter Beachtung des individuell unterschiedlich hohen Leistungsbedarfs pro Behandlungsfall des Abrechnungsquartals der in einem QZV enthaltenen Leistungen über einen Korrekturfaktor der auf den Fallwert der Arztgruppe des Arztes angewendet wird und somit einen individuellen Fallwert des Arztes schafft. Dabei bildet der Arztgruppendifferschnitt den Faktor 1 ab. Die nähere Berechnung ergibt sich aus Anlage 3 II. 3).

5.3 Laborvolumen

Laborvolumen gemäß Anlage 5a kommen für Ärzte der in Anlage 4 I. und III. aufgeführten Arztgruppen zur Anwendung. Laborvolumen umfassen eigen erbrachte Laborleistungen gemäß Abschnitt 32.2 und/oder 32.3 je Unterabschnitt EBM mit Ausnahme der auf Überweisungen für Laboratoriumsuntersuchungen als Auftragsleistung (Muster 10 der Vordruckvereinbarung, Anlage 2 BMV-Ä) zur Abrechnung gelangten Laborleistungen. Laborvolumen werden je Unterabschnitt des Abschnitts 32.2 und/oder je Unterabschnitt des Abschnitts 32.3 gebildet und sind nicht untereinander und nicht mit den RLV/QZV und/oder dem Individualbudget des Arztes und der Praxis

verrechnungsfähig. Nicht berücksichtigt werden die Leistungen des Präsenzlabors der GOP 32025 bis 32027 und 32150 EBM.

Es sind auch die Leistungen des Abschnitts 32.2 und/oder 32.3 EBM zu berücksichtigen, die von den beteiligten Vertragsärzten ggf. in einer oder mehreren Teilberufsausübungsgemeinschaften eigen erbracht werden.

Ein Arzt hat Anspruch auf die für seine Arztgruppe gemäß Anlage 5a festgelegten Laborvolumen, wenn:

- er mindestens eine Leistung des entsprechenden Laborvolumens je Unterabschnitt im Abrechnungsquartal eigen erbracht und abgerechnet hat,
- er die ggf. notwendige Qualifikation nachgewiesen hat,
- er die zutreffende Gebiets- bzw. Schwerpunktbezeichnung führt.

Die Laborvolumen werden gemäß Anlage 1 je Leistungsfall berechnet. Für Laborvolumen relevante Leistungsfälle sind kurativ-ambulante Fälle des Abrechnungsquartals, ausgenommen Notfälle im ärztlichen Bereitschaftsdienst und Überweisungen für Laboratoriumsuntersuchungen als Auftragsleistung (Muster 10 der Vordruckvereinbarung, Anlage 2 BMV-Ä), sofern im Behandlungsfall des Abrechnungsquartals mindestens eine Laborleistung des jeweiligen Unterabschnitts des Abschnitts 32.2 bzw. 32.3 EBM (ausgenommen GOP 32025 bis 32027 und 32150 EBM) durch den Arzt abgerechnet worden ist.

Die Fallwerte der Laborvolumen werden gemeinsam für die niedergelassenen und die ermächtigten Ärzte/Krankenhäuser/Institute einer Arztgruppe berechnet und daraus folgend in gleicher Höhe festgelegt.

Für Vertragsärzte, die mit mehreren Gebiets- und/oder Schwerpunktbezeichnungen zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen sind, werden die für den Vertragsarzt je Unterabschnitt des Kapitel 32 günstigeren Fallwerte der zutreffenden Arztgruppen zur Berechnung der Laborvolumen herangezogen.

Die in den Laborvolumen festgelegten GOP setzen sich systematisch über alle festgelegten Arztgruppen aus den gleichen GOP zusammen. Dabei dürfen nur die betreffenden Leistungen erbracht und abgerechnet werden, die sowohl nach den Bestimmungen des EBM als auch den berufsrechtlichen Vorgaben für den Arzt zutreffend und für die ggf. notwendige Qualifikationsnachweise nachgewiesen sind.

5.4 Individualbudget je Arzt

Für Ärzte der in Anlage 4 I. und III. aufgeführten Arztgruppen werden Individualbudgets je Arzt zur Vergütung der Laborleistungen des Kapitels 32 EBM, die auf Überweisungsscheinen für Laboratoriumsuntersuchungen als Auftragsleistung (Muster 10 der Vordruckvereinbarung, Anlage 2 BMV-Ärzte) erbracht werden, gebildet.

Das Individualbudget des Arztes entspricht der Leistungsbedarfsanforderung in Euro der Leistungen des Kapitels 32 des Vorvorjahresquartals des Arztes, die auf Überweisungsscheinen für Laboratoriumsuntersuchungen als Auftragsleistung (Muster 10 der Vordruckvereinbarung, Anlage 2 BMV-Ärzte) erbracht worden sind, unter Berücksichtigung von Neubewertungen der Leistungen des Kapitels 32 ab 01.01.2025 durch Korrekturfaktoren. Es sind auch die Leistungen des Kapitels 32, die auf Überweisungsscheinen für Laboratoriumsuntersuchungen als Auftragsleistung (Muster 10 der Vordruckvereinbarung, Anlage 2 BMV-Ärzte) vom Arzt ggf. in Teilberufsausübungsgemeinschaften erbracht werden, zu berücksichtigen.

Wird der Umfang der Tätigkeit des Arztes lt. Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid gegenüber dem Vorvorjahresquartal verringert oder erweitert, wird das Individualbudget des Arztes im Abrechnungsquartal entsprechend angepasst.

Die Leistungen des Abrechnungsquartals, die dem Individualbudget unterliegen, werden in Höhe von 85 Prozent des ggf. entsprechend an den geänderten Versorgungsumfang angepassten Individualbudgets des Vorvorjahresquartals, unter Berücksichtigung von Neubewertungen der Leistungen des Kapitels 32 ab 01.01.2025 durch Korrekturfaktoren, mit dem Wert der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet. Alle über 85 Prozent des ggf. angepassten Individualbudgets des Vorvorjahresquartals je Arzt hinausgehenden Leistungen des Abrechnungsquartals werden mindestens mit dem in den Vorgaben der KBV zur Honorarverteilung angegebenen abgestaffelten Preis, der entsprechend der in Anlage 1 III. dargestellten Berechnungsweise errechnet wird, vergütet. Wird das zur Verfügung stehende Individualbudget je Arzt nicht ausgeschöpft, werden die Leistungen des Arztes des Abrechnungsquartals mit dem Wert der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet.

5.5 Sonderregelungen bei Anwendung der Gesamtvolumen und der Individualbudgets

5.5.1 Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit

Für Ärzte der in Anlage 4 I. und III. aufgeführten Arztgruppen, die Leistungen des Kapitels 32 auf Überweisungsscheinen für Laboratoriumsuntersuchungen als Auftragsleistung (Muster 10 der Vordruckvereinbarung, Anlage 2 BMV-Ärzte) erbringen und ihre vertragsärztliche Tätigkeit aufnehmen, gilt 5.4 für 12 Quartale mit der Maßgabe, dass das Individualbudget des Arztes der durchschnittlichen Leistungsbedarfsanforderung in Euro der Leistungen des Kapitels 32 auf Überweisungsscheinen für Laboratoriumsuntersuchungen als Auftragsleistung (Muster 10 der Vordruckvereinbarung, Anlage 2 BMV-Ärzte) der Arztgruppe des Vorvorjahresquartals unter Berücksichtigung von Neubewertungen der Leistungen des Kapitels 32 ab 01.01.2025 durch Korrekturfaktoren entspricht. Der Umfang der Tätigkeit wird berücksichtigt. Für das 9. bis 12. Abrechnungsquartal wird das Individualbudget durch die KVSA auf der Basis der Abrechnung des Arztes des Vorvorjahresquartals unter Berücksichtigung von Neubewertungen der Leistungen des Kapitels 32 ab 01.01.2025 durch Korrekturfaktoren berechnet, wenn sich quartalsweise ein höheres Individualbudget als nach der Anfängerregelung ergibt.

Die auf der Basis der bis zum 30.06.2025 geltenden Honorarverteilungsmaßstäbe gewährten Anfängerregelungen gelten bis zum regulären Ablaufdatum fort.

5.5.2 Abweichende Vorgaben zur Berechnung der Individualbudgets

Besteht bei Ärzten der in Anlage 4 I. und III. aufgeführten Arztgruppen, die Leistungen des Kapitels 32 auf Überweisungsscheinen für Laboratoriumsuntersuchungen als Auftragsleistung (Muster 10 der Vordruckvereinbarung, Anlage 2 BMV-Ärzte) im Abrechnungsquartal erbringen, nicht die Möglichkeit, ein Individualbudget je Arzt auf Basis des Vorvorjahresquartals zu berechnen, wird das Individualbudget des Arztes auf Basis der durchschnittlichen Leistungsbedarfsanforderung in Euro der Leistungen des Kapitels 32 auf Überweisungsscheinen für Laboratoriumsuntersuchungen als Auftragsleistung (Muster 10 der Vordruckvereinbarung, Anlage 2 BMV-Ärzte) der Arztgruppe des Vorvorjahresquartals, unter Berücksichtigung von Neubewertungen der Leistungen des Kapitels 32 ab 01.01.2025 durch Korrekturfaktoren. Der Umfang der Tätigkeit wird berücksichtigt. Im Übrigen gelten die Regelungen gemäß 5.4.

Auf Antrag des Arztes kann der Vorstand der KVSA aus berechtigtem Grund das Individualbudget des Arztes anpassen.

5.5.3 Gewährung von Praxisbesonderheiten

Praxisbesonderheiten ergeben sich bezogen auf die Berechnungen der Gesamtvolumen bzw. der Laborvolumen aus einem besonderen Versorgungsauftrag oder einer besonderen für die Versorgung bedeutsamen fachlichen Spezialisierung. Dies gilt nicht für Leistungen des Kapitels 4 EBM, die aus dem Grundbetrag 4.1.4 zu vergüten sind.

Die Feststellung, ob im Einzelfall Praxisbesonderheiten vorliegen, erfolgt auf Antrag des Arztes und nach Genehmigung durch die KVSA.

Im Einzelfall erfolgt eine Überprüfung der vorgetragenen Sachverhalte unter Hinzuziehung geeigneter Unterlagen, z. B. Beschluss des Zulassungsausschusses.

Bei Gewährung von Praxisbesonderheiten erfolgt der Aufschlag auf den arztgruppenspezifischen Fallwert gemäß Anlage 1 II. 1) bzw. Anlage 3 I. 1), 3 II. 2). Die Gewährung von Praxisbesonderheiten kann zeitlich befristet werden.

5.6. Ausgleich von Honorarverlusten

Bei Vorliegen von unbilligen Härten, die nicht durch Umstände entstanden sind, die der Arzt zu verantworten hat, kann auf Antrag des/der Arztes/Ärzte eine Ausgleichszahlung erfolgen, sofern das nach den Bestimmungen des HVM berechnete Honorar der Praxis gegenüber dem Vorjahreszeitraum zu einer nachweislichen Gefährdung der wirtschaftlichen Existenz der Praxis bei einem spezifischen Sicherstellungsbedarf führt. Weiter zurückliegende Zeiträume bleiben unberücksichtigt. Voraussetzung ist, dass der zulassungsrechtliche Status in den zu vergleichenden Zeiträumen identisch ist. Für den Vergleich unberücksichtigt bleiben insbesondere Gründe, die im Leistungsverhalten des Arztes, im Wegfall oder der Minderung von Aufschlägen für Kooperationsformen, durch Überführung von Leistungen in die extrabudgetäre Vergütung, in Bewertungsänderungen von Leistungen und Kostenpauschalen durch den Bewertungsausschuss oder durch den Wegfall von Leistungen/Leistungsbereichen begründet sind und somit nicht unmittelbar aus der Anwendung des HVM resultieren.

Die Gefährdung der wirtschaftlichen Existenz der Praxis ist durch geeignete Unterlagen, insbesondere solchen, die von Dritten erstellt wurden, glaubhaft zu machen.

Die Feststellung, ob im Einzelfall eine unbillige Härte vorliegt, erfolgt durch den Vorstand der KVSA.

Nach positiver Entscheidung durch den Vorstand erhält der Antragsteller grundsätzlich eine zeitlich befristete Ausgleichszahlung in angemessener Höhe.

5.7 Sonderregelungen bei Vorliegen besonderer Ereignisse

5.7.1 Kompensationszahlungen

Auf der Grundlage des § 87b Absatz 2 SGB V soll die KV geeignete Regelungen zur Fortführung der Praxis in Form von Kompensationszahlungen treffen, soweit sich die Fallzahl in einem die Fortführung der Praxis gefährdenden Umfang infolge einer Pandemie, Epidemie, Naturkatastrophe oder eines anderen Großschadensereignisses mindert. Nähere Einzelheiten sind in Anlage 6 geregelt.

6. Bereinigung

Im Falle der Teilnahme von Ärzten an Versorgungsformen, Verträgen oder gesetzlich vorgeschriebenen Regelungen, die mit einer Bereinigung der MGV verbunden sind, erfolgt auch eine Bereinigung der betreffenden Vergütungsgrundlage (z. B. Grundbeträge, Vergütungsvolumen, Vorwegabzüge, Vergütungsbereiche). Darüber hinaus sind die RLV, ggf. QZV, Laborvolumen oder Individualbudgets der betreffenden Arztgruppe bzw. des Arztes unter Beachtung der Vorgaben des Bewertungsausschusses, der KBV zu den Grundsätzen der Bereinigung des zu erwartenden Honorars, Teil F zu beachten. Die detaillierten Festlegungen zur Bereinigung sind in Anlage 7 geregelt.

7. Anlagen

Die Anlagen 1 bis 8 sind verbindlicher Bestandteil des HVM der KVSA.

Ausgefertigt:

Magdeburg, den 27. August 2025

Andreas Petri
Vorsitzender der Vertreterversammlung
der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt

Anlage 1

zum Honorarverteilungsmaßstab der KVSA

Berechnung arztgruppen- und arztspezifische Laborvolumen, Berechnung des abgestaffelten Preises für die Leistungen des Individualbudgets

I. Berechnung arztgruppenspezifische Laborvolumen (LV)

$$LV_{AG} = \frac{LB_{AG}}{LB_{VB}} * VA_{VB}^{LabEe}$$

LB_{VB} : Anerkannter Leistungsbedarf in Euro der eigenen erbrachten Laborleistungen mit Ausnahme der Leistungen des Präsenzlabors (GOP 32025 bis 32027, 32150 EBM) und der GOP des Kapitel 32 EBM, die auf Überweisungen für Laboratoriumsuntersuchungen als Auftragsleistung (Muster 10 der Vordruckvereinbarung, Anlage 2 BMV-Ä) im Vorjahresquartal erbracht wurden, aller Arztgruppen gemäß Anlage 4 I. und III. des Versorgungsbereichs unter Berücksichtigung von Neubewertungen der Leistungen des Kapitels 32 ab 01.01.2025 durch Korrekturfaktoren

LB_{AG} : Anerkannter Leistungsbedarf in Euro der eigenen erbrachten Laborleistungen mit Ausnahme der Leistungen des Präsenzlabors (GOP 32025 bis 32027, 32150 EBM) und der GOP des Kapitel 32 EBM, die auf Überweisungen für Laboratoriumsuntersuchungen als Auftragsleistung (Muster 10 der Vordruckvereinbarung, Anlage 2 BMV-Ä) im Vorjahresquartal erbracht wurden, einer Arztgruppe gemäß Anlage 4 I. und III. unter Berücksichtigung von Neubewertungen der Leistungen des Kapitels 32 ab 01.01.2025 durch Korrekturfaktoren

AG: Arztgruppe gemäß Anlage 4 I. und III.

VA_{VB}^{LabEe} : Versorgungsbereichsspezifischer Vorwegabzug für eigen erbrachte Laborleistungen Kapitel 32 gemäß 4.2.1.6 mit Ausnahme der Leistungen des Präsenzlabors (GOP 32025 bis 32027, 32150 EBM) und der GOP des Kapitel 32 EBM, die auf Überweisungen für Laboratoriumsuntersuchungen als Auftragsleistung (Muster 10 der Vordruckvereinbarung, Anlage 2 BMV-Ä) im Vorjahresquartal erbracht wurden

LV_{AG} : zur Verfügung stehendes Laborvolumen in Euro der Arztgruppe mit Ausnahme der Leistungen des Präsenzlabors (GOP 32025 bis 32027, 32150 EBM) und der GOP des Kapitel 32 EBM, die auf Überweisungen für Laboratoriumsuntersuchungen als Auftragsleistung (Muster 10 der Vordruckvereinbarung, Anlage 2 BMV-Ä) im Vorjahresquartal erbracht wurden

II. Berechnung der LV einer Arztgruppe gemäß Anlage 5a

Für die in Anlage 4 I. und III. aufgeführten Arztgruppen erfolgt die Berechnung der LV gemäß Anlage 5a je Unterabschnitt des Abschnitts 32.2 und/oder 32.3 EBM gemäß den nachfolgenden Vorgaben:

$$LV_{AG}^i = \frac{LB_{AG}^i}{LB_{AG}^{LV}} * LV_{AG}$$

LV_{AG}: Vergütungsbereich für die Vergütung der eigen erbrachten Laborleistungen mit Ausnahme der auf Überweisungen für Laboratoriumsuntersuchungen als Auftragsleistung (Muster 10 der Vordruckvereinbarung, Anlage 2 BMV-Ä) zur Abrechnung gelangten Laborleistungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM sowie der Laborleistungen des Präsenzlabors der GOP 32025 bis 32027 und 32150 EBM in Laborvolumen einer Arztgruppe gemäß I.

LB_{AG}ⁱ : Anerkannter Leistungsbedarf EBM in Euro im Vorjahresquartal einer Arztgruppe derjenigen eigen erbrachten Leistungen des Kapitels 32 EBM je Unterabschnitt, die innerhalb eines Laborvolumens i vergütet werden unter Berücksichtigung von Neubewertungen der Leistungen des Kapitels 32 ab 01.01.2025 durch Korrekturfaktoren

LB_{AG}^{LV} : Anerkannter Leistungsbedarf EBM in Euro im Vorjahresquartal derjenigen eigen erbrachten Leistungen des Kapitels 32 EBM, die innerhalb der LV einer Arztgruppe vergütet werden unter Berücksichtigung von Neubewertungen der Leistungen des Kapitels 32 ab 01.01.2025 durch Korrekturfaktoren

i: LV je Unterabschnitt Kapitel 32 für eigen erbrachte Laborleistungen einer Arztgruppe gemäß Anlage 5a

AG: Arztgruppe gemäß Anlage 4 I. und III.

1) Berechnung des arztgruppenspezifischen Fallwertes für ein Laborvolumen je Unterabschnitt

$$FW_{AG}^i = \frac{LB_{AG}^i}{FZ_{AG}^i}$$

LB_{AG}ⁱ : Anerkannter Leistungsbedarf EBM in Euro im Vorjahresquartal einer Arztgruppe derjenigen eigen erbrachten Leistungen je Unterabschnitt des Kapitels 32 EBM, die innerhalb eines LV i vergütet werden unter Berücksichtigung von Neubewertungen der Leistungen des Kapitels 32 ab 01.01.2025 durch Korrekturfaktoren

FZ_{AG}ⁱ : Anzahl der Leistungsfälle gemäß 5.3 im Vorjahresquartal mit eigen erbrachten Leistungen je Unterabschnitt des Kapitels 32 EBM derjenigen Ärzte einer Arztgruppe, die Anspruch auf das LV i haben

i: LV für eigen erbrachte Leistungen je Unterabschnitt des Kapitels 32 EBM einer Arztgruppe

FW_{AG}ⁱ Fallwert der Arztgruppe je LV je Unterabschnitt des Kapitels 32 EBM

2) Berechnung der LV eines Arztes je Unterabschnitt

$$LV_{Arzt}^i = FW_{AG}^i * FZ_{Arzt}^i$$

FZ_{Arzt}ⁱ : Anzahl der Leistungsfälle gemäß 5.3 mit eigen erbrachten Leistungen je Unterabschnitt des Kapitels 32 EBM derjenigen Ärzte einer Arztgruppe, die Anspruch auf das LV i haben

FW_{AG}ⁱ Fallwert der Arztgruppe je LV mit eigen erbrachten Leistungen je Unterabschnitt des Kapitels 32 EBM

III. Berechnung des abgestaffelten Preises für die Leistungen des Individualbudgets

Die Berechnung der Individualbudgets erfolgt gemäß 5.4 je Arzt. Alle Leistungen des Abrechnungsquartals, die über 85 Prozent des ggf. dem Versorgungsumfang angepassten Individualbudgets je Arzt des Vorvorjahresquartals, unter Berücksichtigung von Neubewertungen der Leistungen des Kapitels 32 ab 01.01.2025 durch Korrekturfaktoren, hinaus erbracht werden, werden zu einem abgestaffelten Preis, der sich aus nachfolgender Berechnung ergibt, vergütet.

Der abgestaffelte Preis errechnet sich wie folgt:

- 1) Feststellung des Anteils des Grundbetrages Labor, der zur Vergütung der auf Überweisungsscheinen zur Durchführung von laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen als Auftragsleistung (Muster 10 der Vordruckvereinbarung, Anlage 2 BMV-Ärzte) abgerechneten Laborleistungen Kapitel 32 EBM zur Verfügung steht.
- 2) Feststellung des Betrages, der aus dem Grundbetrag Labor benötigt wird, um die Laborleistungen der Individualbudgets auf Basis des Vorvorjahresquartals, unter Berücksichtigung von Neubewertungen der Leistungen des Kapitels 32 ab 01.01.2025 durch Korrekturfaktoren, zu 85 Prozent mit den Werten der regionalen Euro-Gebührenordnung vergüten zu können.
- 3) Feststellung des über 85 Prozent der Individualbudgets hinausgehenden angeforderten Leistungsbedarfs Kapitel 32 EBM in Euro des Abrechnungsquartals.
- 4) Die Differenz aus 1) und 2) wird durch die Vergütung aus 3) dividiert. Es entsteht eine Quote, mit der die über 85 Prozent der Individualbudgets hinausgehenden Vergütungen des Kapitels 32 EBM des Abrechnungsquartals multipliziert werden.

Der so ermittelte abgestaffelte Preis muss mindestens der in den Vorgaben der KBV zur Honorarverteilung festgelegten Höhe entsprechen. Sollten die im Grundbetrag Labor zur Verfügung stehenden Mittel nicht ausreichen, besteht eine Nachschussverpflichtung gemäß den Vorgaben der KBV zur Honorarverteilung.

Anlage 2

zum Honorarverteilungsmaßstab der KVSA

Berechnung arztgruppenspezifische, arztgruppenübergreifende Vergütungsvolumen und Vergütungsbereiche

I. Berechnung des arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumens gemäß 5.1.1 (VV_{AG})

$$VV_{AG} = \frac{LB_{AG}}{LB_{VB}} * VV_{VB}$$

LB_{VB}: Zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannter Leistungsbedarf in Punkten im Vorjahresquartal ohne Leistungen gemäß 4.1.1; 4.1.2; 4.1.4; 4.1.6; 4.1.7; 4.2.1.4; 4.2.1.5; 4.2.1.6; 4.2.1.7; 4.2.1.9; 4.2.1.10; 4.2.2.1; 4.2.3.2 und 4.2.3.3 unter Berücksichtigung von 5.1 aller Arztgruppen gemäß Anlage 4 des Versorgungsbereichs

LB_{AG}: Zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannter Leistungsbedarf in Punkten im Vorjahresquartal ohne Leistungen gemäß 4.1.1; 4.1.2; 4.1.4; 4.1.6; 4.1.7; 4.2.1.4; 4.2.1.5; 4.2.1.6; 4.2.1.7; 4.2.1.9; 4.2.1.10; 4.2.2.1; 4.2.3.2 und 4.2.3.3 unter Berücksichtigung von 5.1.1 einer Arztgruppe

AG: Arztgruppe gemäß Anlage 4 I. und II.

VV_{VB} Versorgungsbereichsspezifisches Verteilungsvolumen gemäß 5.1.1

II. Berechnung der arztgruppenübergreifenden Vergütungsvolumen der Arztgruppen gemäß Anlage 4 II. (VV_{AG4II})

$$VV_{AG4II} = (VV_{AG1} - VB_{pt.Gespr.AG1}) + (VV_{AG2} - VB_{pt.Gespr.AG2}) + (VV_{AG3} - VB_{pt.Gespr.AG3}) \\ + (VV_{AG4} - VB_{pt.Gespr.AG4}) + (VV_{AG5} - VB_{pt.Gespr.AG5})$$

VV_{AG1 – AG5} Arztgruppenspezifisches Verteilungsvolumen der jeweiligen Arztgruppe gemäß Anlage 4 II.

VB_{pt.Gespr.} Vergütungsbereich für die Vergütung der der MGV unterliegenden psychotherapeutischen Gesprächsleistungen der GOP 22220 und 23220 EBM je AG gemäß Anlage 4II.

VV_{AG4II} Summe der Vergütungsvolumen ohne der der MGV unterliegenden Vergütungsbereiche der GOP 22220 und 23220 EBM der jeweiligen Arztgruppen der Anlage 4 II.

III. Berechnung der arztgruppenspezifischen Vergütungsbereiche im haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich

1) Im hausärztlichen Versorgungsbereich gemäß 5.1.2.1

a) Berechnung des arztgruppenspezifischen Vergütungsbereiches für die Vergütung der Zuschläge für die Vorhaltung hausärztlicher Strukturen (Strp_{AG})

$$Strp_{AG} = \frac{LB_{AG}^{Strp}}{LB_{AG}} * VV_{AG}$$

LB_{AG}^{Strp} : Zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannter Leistungsbedarf in Punkten im Vorjahresquartal von der Strukturpauschaler (GOP 03040 EBM) der Hausärzte unter Berücksichtigung von 5.1.2.

LB_{AG} : Zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannter Leistungsbedarf in Punkten im Vorjahresquartal ohne Leistungen gemäß 4.1.1; 4.1.2; 4.1.4; 4.2.1.4; 4.2.1.5; 4.2.1.6; 4.2.1.7; 4.2.1.9; 4.2.1.10 und 4.2.2.1 unter Berücksichtigung von 5.1.1 einer Arztgruppe

VV_{AG} : Arztgruppenspezifisches Verteilungsvolumen gemäß 5.1.1

AG: Arztgruppen des hausärztlichen Versorgungsbereichs gemäß Anlage 4 I.

b) Berechnung des Vergütungsbereichs für die Gesprächsleistungen (GOP 03230) unter Beachtung der Präambeln 3.1 EBM (Gspr_{AG})

$$Gspr_{AG} = (FZ_{AG} * 0.5) * Bew.GOP$$

FZ_{AG} : Behandlungsfälle des Vorjahresquartals einer Arztgruppe des hausärztlichen Versorgungsbereichs gemäß § 21 Abs. 1 Bundesmantelvertrag Ärzte, an dem ein Arzt gemäß Nr. 1 der Präambel 3.1 EBM bzw. Nr. 1 der Präambel 4.1 EBM beteiligt ist, ausgenommen Notfälle im ärztlichen Bereitschaftsdienst (Muster 19 der Vordruck-Vereinbarung) und Überweisungsfälle zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen oder zur Befundung von dokumentierten Untersuchungsergebnissen und Behandlungsfälle, in denen ausschließlich Kostenerstattungen des Kapitels 40 berechnet werden, sowie stationäre (belegärztliche) Behandlungsfälle.

$Bew.GOP$: Bewertung der Gesprächsleistungen GOP 03230 EBM in Punkten im Abrechnungsquartal

c) Berechnung des arztgruppenspezifischen Vergütungsbereichs für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der RLV (RLV_{AG})

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

LB_{AG}^{RLV} : Zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannter Leistungsbedarf in Punkten im Vorjahresquartal einer Arztgruppe derjenigen Leistungen, die innerhalb der RLV vergütet werden, unter Berücksichtigung von 5.1.1

LB_{AG} : Zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannter Leistungsbedarf in Punkten im Vorjahresquartal ohne Leistungen gemäß 4.1.1; 4.1.2; 4.1.4; 4.2.1.4; 4.2.1.5; 4.2.1.6; 4.2.1.7; 4.2.1.9; 4.2.1.10 und 4.2.2.1 unter Berücksichtigung von 5.1.1 einer Arztgruppe

VV_{AG} : Arztgruppenspezifisches Verteilungsvolumen gemäß 5.1.1

AG: Arztgruppen des hausärztlichen Versorgungsbereichs gemäß Anlage 4 I.

d) Berechnung des Vergütungsbereichs für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der QZV (QZV_{AG})

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

VV_{AG}: Arztgruppenspezifisches Verteilungsvolumen gemäß 5.1.1

RLV_{AG}: Arztgruppenspezifischer Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der RLV gemäß c)

Strp_{AG} Arztgruppenspezifischer Vergütungsbereich für die Vergütung der Strukturpauschale (GOP 03040) der Hausärzte unter Berücksichtigung von 4.2

Gspr_{AG} Arztgruppenspezifischer Vergütungsbereich für die Vergütung der Gesprächsleistung (GOP 03230 EBM) der Hausärzte

2) Im fachärztlichen Versorgungsbereich gemäß 5.1.2.2

a) Berechnung des arztgruppenspezifischen Vergütungsbereichs nur für die Arztgruppen „Fachärzte für Anästhesie“ bzw. „Ermächtigte Fachärzte/Krankenhäuser/Institute/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Anästhesie“ für die Vergütung von anästhesiologischen Leistungen im Zusammenhang mit der vertragszahnärztlichen und/oder mund-, kiefer-, gesichtschirurgischen Behandlung von Patienten mit mangelnder Kooperationsfähigkeit bei geistiger Behinderung oder schwerer Dyskinesie (VB_{znar})

$$VB_{znaar} = \frac{LB_{AG}^{znaar}}{LB_{AG}} * VV_{AG}$$

LB_{AG}^{znaar} : Zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannter Leistungsbedarf in Punkten der Arztgruppen „Fachärzte für Anästhesie“ bzw. „Ermächtigte Fachärzte/Krankenhäuser/Institute/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Anästhesie“ für die Vergütung von anästhesiologischen Leistungen im Zusammenhang mit der vertragszahnärztlichen und/oder mund-, kiefer-, gesichtschirurgischen Behandlung von Patienten mit mangelnder Kooperationsfähigkeit bei geistiger Behinderung oder schwerer Dyskinesie im aktuellen Quartal

LB_{AG} : Zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannter Leistungsbedarf in Punkten im Vorjahresquartal ohne Leistungen gemäß 4.1.1; 4.1.2; 4.1.6; 4.1.7; 4.2.1.4; 4.2.1.5; 4.2.1.6; 4.2.1.7; 4.2.1.9; 4.2.1.10; 4.2.3.2 und 4.2.3.3 unter Berücksichtigung von 5.1.1 der Arztgruppe „Fachärzte für Anästhesie“ bzw. „Ermächtigte Fachärzte/Krankenhäuser/Institute/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Anästhesie“

VV_{AG}: Arztgruppenspezifisches Verteilungsvolumen gemäß 5.1.1

AG: Arztgruppen „Fachärzte für Anästhesie“ und „Ermächtigte Fachärzte/Krankenhäuser/Institute/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Anästhesie“ gemäß Anlage 4 I.

- b) Berechnung des arztgruppenspezifischen Vergütungsbereichs für die der MGV unterliegende Vergütung der GOP 22220 und 23220 EBM für die Arztgruppen gemäß Anlage 4 II. ($VB_{AGpt.Gespr.}$)**

$$VB_{AGpt.Gespr.} = \frac{LB_{AGpt.Gespr.}}{LB_{AG}} * VV_{AG}$$

$VB_{AGpt.Gespr.}$: Arztgruppenspezifischer Vergütungsbereich für die der MGV unterliegende Vergütung der psychotherapeutischen Gespräche der GOP 22220 und 23220 EBM

$LB_{AGpt.Gespr.}$: Zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannter Leistungsbedarf in Punkten, für die der MGV unterliegenden psychotherapeutischen Gespräche der GOP 22220 und 23220 EBM im Vorjahresquartal einer Arztgruppe gemäß Anlage 4 II., unter Berücksichtigung von 5.1.1

LB_{AG} : Zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannter Leistungsbedarf in Punkten im Vorjahresquartal unter Berücksichtigung von 5.1.1 der jeweiligen Arztgruppe gemäß Anlage 4 II.

VV_{AG} : Arztgruppenspezifisches Verteilungsvolumen gemäß 5.1.1

- c) Berechnung des arztgruppenspezifischen Vergütungsbereichs für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der RLV (RLV_{AG})**

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

LB_{AG}^{RLV} : Zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannter Leistungsbedarf in Punkten im Vorjahresquartal einer Arztgruppe des fachärztlichen Versorgungsbereichs gemäß Anlage 4 I. derjenigen Leistungen, die innerhalb der RLV vergütet werden, unter Berücksichtigung von 5.1.1

LB_{AG} : Zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannter Leistungsbedarf in Punkten im Vorjahresquartal ohne Leistungen gemäß 4.1.1; 4.1.2; 4.1.6; 4.1.7; 4.2.1.4; 4.2.1.5; 4.2.1.6; 4.2.1.7; 4.2.1.9; 4.2.1.10; 4.2.3.2 und 4.2.3.3 unter Berücksichtigung von 5.1.1 einer Arztgruppe

VV_{AG} : Arztgruppenspezifisches Verteilungsvolumen gemäß 5.1.1

AG : Arztgruppen des fachärztlichen Versorgungsbereichs gemäß Anlage 4 I.

- d) Berechnung des Vergütungsbereichs für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der QZV mit Ausnahme der Arztgruppen Fachärzte für Anästhesie, Ermächtigte Fachärzte/Krankenhäuser/Institute mit dem Versorgungsauftrag Anästhesiologie (QZV_{AG})**

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

VV_{AG} : Arztgruppenspezifisches Verteilungsvolumen gemäß 5.1.1

RLV_{AG} : Arztgruppenspezifischer Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der RLV gemäß a)

- e) **Berechnung des Vergütungsbereichs für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der QZV für die Arztgruppen „Fachärzte für Anästhesie“ bzw. „Er-mächtigte Fachärzte/Krankenhäuser/Institute mit dem Versorgungsauftrag An-ästhesiologie“ (QZV_{AG})**

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

VV_{AG}: Arztgruppenspezifisches Verteilungsvolumen gemäß 5.1.1

RLV_{AG}: Arztgruppenspezifischer Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistun-gen innerhalb der RLV gemäß a)

VB_{znar}: Vergütungsbereich für die Vergütung von anästhesiologischen Leistungen im Zu-sammenhang mit der vertragszahnärztlichen und /oder mund-, kiefer-, gesichts- chirurgischen Behandlung von Patienten mit mangelnder Kooperationsfähigkeit bei geistiger Behinderung oder schwerer Dyskinesie

- f) **Berechnung des Vergütungsbereichs für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der QZV für die Arztgruppen der Anlage 4 II. (QZV_{AG})**

$$QZV_{AG} = VB_{AGpt.Gespr.}$$

VB_{AGpt. Gespr.}: Arztgruppenspezifischer Vergütungsbereich für die der MGV unterliegende Vergü-tung der psychotherapeutischen Gespräche der GOP 22220 und 23220 EBM der in Anlage 4 II. aufgeführten Arztgruppen

Anlage 3

zum Honorarverteilungsmaßstab der KVSA

Berechnungen Gesamtvolumen (RLV und QZV) gemäß 5.2

I. Berechnung des RLV je Arzt gemäß 5.2.2

1) Berechnung des arztgruppenspezifischen Fallwertes (FW_{AG})

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

RLV_{AG} : Arztgruppenspezifischer Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der RLV gemäß Anlage 2 III. 1) c) und III. 2) c).

FZ_{AG} : Anzahl der RLV-Fälle gemäß 5.2.2 einer Arztgruppe im Vorjahresquartal

2) Berechnung des arzt- und praxisbezogenen RLV (RLV_{Arzt})

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

FW_{AG} : Arztgruppenspezifischer Fallwert gemäß 1)

FZ_{Arzt} : Anzahl der RLV-Fälle eines Arztes gemäß 5.2.2 im Abrechnungsquartal

Das ermittelte RLV je Arzt ist gegebenenfalls entsprechend den gemäß 5.5.4 festgestellten Praxisbesonderheiten anzupassen. Das praxisbezogene RLV ergibt sich aus der Addition der RLV der Ärzte, die in der Arztpraxis tätig sind sowie der entsprechenden Zuschläge für Kooperationen gemäß 5.2.1.

3) Morbiditätsbezogene Differenzierung des RLV nach Altersklassen gemäß 5.2.2.2

a) Differenzierung nach Versichertenpauschalen im hausärztlichen Versorgungsbereich

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

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

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

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

- j =** arztgruppenspezifischer Leistungsbedarf je RLV-Fall im Abrechnungsquartal aus Leistungen, die innerhalb des RLV vergütet werden, für Versicherte ab Beginn des 76. Lebensjahres
- k =** arztgruppenspezifischer Leistungsbedarf je RLV-Fall im Abrechnungsquartal aus Leistungen, die innerhalb des RLV vergütet werden, für alle Versicherten
- nf =** Zahl der RLV-Fälle eines Arztes für die Behandlung von Versicherten bis zum vollendeten 4. Lebensjahr im Abrechnungsquartal
- ng =** Zahl der RLV-Fälle eines Arztes für die Behandlung von Versicherten ab dem 5. bis zum vollendeten 18. Lebensjahr im Abrechnungsquartal
- nh =** Zahl der RLV-Fälle eines Arztes für die Behandlung von Versicherten ab dem 19. bis zum vollendeten 54. Lebensjahr im Abrechnungsquartal
- ni =** Zahl der RLV-Fälle eines Arztes für die Behandlung von Versicherten ab dem 55. bis zum vollendeten 75. Lebensjahr
- nj =** Zahl der RLV-Fälle eines Arztes für die Behandlung von Versicherten ab Beginn des 76. Lebensjahres
- n =** Zahl der RLV-Fälle eines Arztes im Abrechnungsquartal

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

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

b) Differenzierung nach Grundpauschalen im fachärztlichen Versorgungsbereich

- f =** arztgruppenspezifischer Leistungsbedarf je RLV-Fall im Abrechnungsquartal aus Leistungen, die innerhalb des RLV vergütet werden, für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr
- g =** arztgruppenspezifischer Leistungsbedarf je RLV-Fall im Abrechnungsquartal aus Leistungen, die innerhalb des RLV vergütet werden, für Versicherte ab dem 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
- h =** arztgruppenspezifischer Leistungsbedarf je RLV-Fall im Abrechnungsquartal aus Leistungen, die innerhalb des RLV vergütet werden, für Versicherte ab dem 60. Lebensjahr
- i =** arztgruppenspezifischer Leistungsbedarf je RLV-Fall im Abrechnungsquartal aus Leistungen, die innerhalb des RLV vergütet werden, für alle Versicherten
- nf =** Zahl der RLV-Fälle eines Arztes für die Behandlung von Versicherten bis zum vollendeten 5. Lebensjahr im Abrechnungsquartal
- ng =** Zahl der RLV-Fälle eines Arztes für die Behandlung von Versicherten ab dem 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr im Abrechnungsquartal
- nh =** Zahl der RLV-Fälle eines Arztes für die Behandlung von Versicherten ab dem 60. Lebensjahr im Abrechnungsquartal
- n =** Zahl der RLV-Fälle eines Arztes im Abrechnungsquartal

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

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

II. Berechnung der QZV gemäß 5.2.3

Entsprechend Anlage 5 werden je Arztgruppe und je QZV die Berechnungen je Fall wie folgt durchgeführt.

1) Berechnung des Vergütungsbereichs je QZV für die in Anlage 5 aufgeführten Arztgruppen gemäß Anlage 4 I. und II.

a) Berechnung der QZV der in Anlage 5 aufgeführten Arztgruppen gemäß Anlage 4 I. (QZV_{AG}^i)

$$QZV_{AG}^i = QZV_{AG} * \frac{LB_{AG}^i}{LB_{AG}^{QZV}}$$

QZV_{AG} : Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen in QZV einer Arztgruppe gemäß Anlage 2 III. 1) d) und III. 2) d) oder III.2) e)

LB_{AG}^i : Zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannter Leistungsbedarf in Punkten im Vorjahresquartal einer Arztgruppe derjenigen Leistungen, die innerhalb eines QZV i vergütet werden. Nicht berücksichtigt werden die Leistungen des Kapitel 4 EBM, die aus dem Grundbetrag 4.1.4 zu vergüten sind.

LB_{AG}^{QZV} : Zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannter Leistungsbedarf in Punkten im Vorjahresquartal derjenigen Leistungen, die innerhalb der QZV einer Arztgruppe vergütet werden. Nicht berücksichtigt werden die Leistungen des Kapitel 4 EBM, die aus dem Grundbetrag 4.1.4 zu vergüten sind.

i: QZV einer Arztgruppe gemäß Anlage 5 der Arztgruppen gemäß Anlage 4 I.

AG: Arztgruppe gemäß Anlage 5

b) Berechnung der QZV der in Anlage 5 aufgeführten Arztgruppen gemäß Anlage 4 II. (QZV_{AG1-5})

$$QZV_{AG1-5} = VB_{AGpt. Gespr.}$$

$VB_{AGpt. Gespr.}$: Arztgruppenspezifischer Vergütungsbereich für die der MGV unterliegende Vergütung der psychotherapeutischen Gespräche der GOP 22220 und 23220 EBM der in Anlage 4 II. aufgeführten Arztgruppen

2) Berechnung des QZV je Fall

a) Berechnung des Fallwertes für ein QZV je Leistungsfall (FW_{AG}^i)

$$FW_{AG}^i = \frac{QZV_{AG}^i}{FZ_{AG}^i}$$

FW_{AG}^i : Fallwert einer Arztgruppe gemäß Anlage 5 je QZV

QZV_{AG}^i : Vergütungsbereich für ein QZV einer Arztgruppe gemäß 1)

FZ_{AG}^i : Anzahl der Leistungsfälle des Vorjahresquartals gemäß 5.2.3 derjenigen Ärzte einer Arztgruppe, die Anspruch auf das QZV i haben, Fälle auf denen ausschließlich Leistungen abgerechnet werden, die aus dem Grundbetrag 4.1.4 zu vergüten sind, bleiben unberücksichtigt

i: QZV einer Arztgruppe

b) Berechnung des QZV eines Arztes je Leistungsfall (QZV_{Arzt}^i)

$$QZV_{Arzt}^i = FW_{AG}^i * FZ_{Arzt}^i$$

FZ_{Arzt}^i : Anzahl der Leistungsfälle gemäß 5.2.3 eines Arztes, der Anspruch auf das arztgruppenspezifische QZV i hat, Fälle auf denen ausschließlich Leistungen abgerechnet werden, die aus dem Grundbetrag 4.1.4 zu vergüten sind, bleiben unberücksichtigt

3) Korrekturfaktor gemäß 5.2.3.1

Die Differenzierung der QZV bezüglich des unterschiedlich hohen Leistungsbedarfs pro Behandlungsfall im jeweiligen Abrechnungsquartal des berechtigten Arztes erfolgt über einen Korrekturfaktor (KF). Der arztindividuelle KF ergibt sich aus dem Verhältnis des individuellen Leistungsbedarfs des jeweiligen Abrechnungsquartals in Punkten je Leistungsfall der Leistungen des QZV zum durchschnittlichen Leistungsbedarf des jeweiligen Abrechnungsquartals in Punkten je Leistungsfall der Leistungen des QZV der Arztgruppe. Dabei ergibt der durchschnittliche Leistungsbedarf des jeweiligen Abrechnungsquartals in Punkten je Leistungsfall der Leistungen des QZV der Arztgruppe den KF 1. Die so errechneten KF des Arztes werden bei der Berechnung der für ihn jeweils zutreffenden QZV auf den Fallwert in Euro angewandt. Leistungen, die aus dem Grundbetrag 4.1.4 zu vergüten sind bleiben unberücksichtigt.

III. Berechnung des Kooperationsgrades gemäß 5.2.1.1 b)

Zur Förderung von Kooperationen wird für standortübergreifend tätige Ärzte ein Aufschlag gewährt, wenn ein Kooperationsgrad (KG) der gesamten Praxis von mind. 0,1 Prozent erreicht wird. Bei einem Kooperationsgrad der gesamten Praxis zwischen 0,1 und 10 Prozent oder mehr wird der Aufschlag für den/die standortübergreifend tätigen Arzt/Ärzte auf deren Gesamtvolumen entsprechend des KG gewährt. Maximal wird ein Aufschlag in Höhe von 10 Prozent gewährt.

Der Kooperationsgrad (KG) der Praxis je Abrechnungsquartal in Prozent wird wie folgt berechnet:

$$KG = [(RLV\text{-relevante Arztfallzahl der Arztpraxis im Abrechnungsquartal} / \text{Zahl der Behandlungsfälle gemäß 5.2.2 im Abrechnungsquartal}) - 1] * 100$$

Es werden nur Ärzte berücksichtigt, die gemäß Anlage 4 I. dem RLV unterliegen. Für Ärzte der Arztgruppen gemäß Anlage 4 II. wird zur Berechnung des Kooperationsgrades anstelle der RLV-relevanten Fallzahl die QZV-relevante Fallzahl verwendet.

IV. Berechnung des abgestaffelten Preises gemäß 5.2

Bei Überschreitung der Gesamtvolumen erfolgt die Vergütung der darüber hinaus erbrachten Leistungen zu einem abgestaffelten Preis, der sich aus nachfolgender Berechnung ergibt.

Der abgestaffelte Preis für die das Gesamtvolume überschreitenden Leistungen errechnet sich wie folgt:

- 1) Feststellung der versorgungsbereichsspezifisch über die RLV und QZV hinausgehenden Vergütungen,
- 2) Feststellung des für den jeweiligen Versorgungsbereich im Vorwegabzug 4.2.1.3 zurückgestellten Betrages in Höhe von bis zu 2 Prozent der diese Leistungsbereiche betreffenden Vergütungsvolumen aus den versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumen, ggf. unter Hinzuziehung des gemäß 4.2 zur Verfügung stehenden Volumens.
- 3) Die Vergütung aus 2) wird durch die Vergütung aus 1) dividiert. Es entsteht eine Quote für die abgestaffelt zu vergütenden Leistungen, mit der die über das Gesamtvolume hinausgehenden Vergütungen multipliziert werden.

Anlage 4

zum Honorarverteilungsmaßstab der KVSA

Arztgruppen mit RLV, Arztgruppe mit Vergütung aus arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen und Arztgruppen mit Individualbudgets

I. RLV-Arztgruppen

Für nachfolgende Arztgruppen werden RLV ermittelt und festgesetzt:

Arztgruppen RLV
FÄ für Innere Medizin und Allgemeinmedizin, FÄ für Innere Medizin (hausärztlich tätig), FÄ f. Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte
Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag der hausärztlich Inneren und Allgemeinmedizin
FÄ für Kinderheilkunde
Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Kinderheilkunde
FÄ für Anästhesie
Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Anästhesie
FÄ für Augenheilkunde konservativ und/oder laserchirurgisch tätig***
FÄ für Augenheilkunde operativ und/oder belegärztlich tätig ohne ausschließliche Erbringung laserchirurgisch operativer Leistungen***
Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Augenheilkunde
FÄ für Chirurgie, FÄ für Plastische Chirurgie, FÄ für Kinderchirurgie
Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Chirurgie, Plastische Chirurgie, Kinderchirurgie
FÄ für MKG – Chirurgie
Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag MKG – Chirurgie
FÄ für Neurochirurgie
Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Neurochirurgie
FÄ für Frauenheilkunde
Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Frauenheilkunde
FÄ für HNO/FÄ für Phoniatrie und Pädaudiologie/Fachärzte für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen
Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag HNO-Heilkunde und/oder Phoniatrie und Pädaudiologie
FÄ für Dermatologie
Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Dermatologie
FÄ für Innere Med. (fachärztl. Tätig) ohne SP* bzw. hier nicht gesondert aufgeführt. SP*
Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Innere Medizin ohne SP*
FÄ für Innere Medizin mit SP* Angiologie
Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Innere Medizin mit SP* Angiologie
FÄ für Innere Medizin mit SP* Endokrinologie
Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Innere Medizin mit SP* Endokrinologie
FÄ für Innere Medizin mit SP* Gastroenterologie
Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Innere Medizin mit SP* Gastroenterologie

Arztgruppen RLV	
FÄ für Innere Medizin mit SP* Kardiologie	Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Innere Medizin mit SP* Kardiologie
FÄ für Innere Medizin mit SP* Nephrologie	Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Innere Medizin mit SP* Nephrologie
FÄ für Innere Medizin mit SP* Pneumologie	Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Innere Medizin mit SP* Pneumologie
FÄ für Innere Medizin mit SP* Rheumatologie	Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Innere Medizin mit SP* Rheumatologie
FÄ für Innere Medizin mit SP* Hämatologie u./o. SP* Onkologie	Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Innere Medizin mit SP* Hämatologie u./o. SP* Onkologie
FÄ für Nervenheilkunde, Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie	Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Nervenheilkunde und/oder Neurologie und Psychiatrie
FÄ für Neurologie	Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Neurologie
FÄ für Kinder- und Jugendpsychiatrie	Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Kinder- und Jugendpsychiatrie
Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie mit einem Anteil an Leistungen der RL-PT** gemäß Bedarfsplanungsrichtlinie bis zu 30 % an der Gesamtleistungsmenge	Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie mit einem Anteil an Leistungen der RL-PT** gemäß Bedarfsplanungsrichtlinie zwischen 30 % und 90 % an der Gesamtleistungsmenge
Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Psychiatrie	
FÄ für Orthopädie	Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Orthopädie
Überwiegend bzw. ausschließlich histologisch tätige Ärzte	Überwiegend bzw. ausschließlich zytologisch tätige Ärzte
FÄ für Radiologie	Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Radiologie
FÄ für Nuklearmedizin	Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Nuklearmedizin
FÄ für Urologie	Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Urologie
FÄ für Physikalische Rehabilitative Medizin	Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Physikalische Rehabilitative Medizin
FÄ für Humangenetik	Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Humangenetik
Fachärzte für Strahlentherapie	Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Strahlentherapie

* SP = Schwerpunkt

** RL-PT = Richtlinien-Psychotherapie

*** Die Zuordnung des Arztes erfolgt an Hand der Voraussetzungen zur Abrechnung der GOP 06225 des EBM.

II. Arztgruppen mit Vergütung aus arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen gemäß 5.1.2.2

Für diese Arztgruppen erfolgt die Vergütung der Leistungen aus den Vergütungsbereichen gemäß 5.1.2.2:

Arztgruppen
Psychologische Psychotherapeuten, Fachpsychotherapeuten für Erwachsene
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Fachpsychotherapeuten für Kinder und Jugendliche
Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
andere ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte gemäß den Kriterien der Bedarfsplanungsrichtlinie
Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen oder ermächtigte psychologische Psychotherapeuten, ermächtigte Fachpsychotherapeuten für Erwachsene, ermächtigte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten oder ermächtigte Fachpsychotherapeuten für Kinder und Jugendliche mit dem Versorgungsauftrag zur ausschließlichen psychotherapeutischen Tätigkeit

III. Arztgruppen mit Individualbudgets gemäß 5.4

Für nachfolgende Arztgruppen werden Individualbudgets gebildet, sofern Laborleistungen des Kapitels 32 auf Überweisungen für Laboratoriumsuntersuchungen als Auftragsleistung (Muster 10 der Vordruckvereinbarung, Anlage 2 BMV-Ä) erbracht werden. Die Bildung der Individualbudgets erfolgt gemäß 5.4.

Arztgruppen
Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Fachärzte für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Fachärzte für Transfusionsmedizin, Fachwissenschaftler der Medizin
Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen oder ermächtigte Ärzte mit dem Versorgungsauftrag zur Erbringung von Laborleistungen des Kapitels 32
Ärzte des fachärztlichen Versorgungsbereichs aus den unter I. aufgeführten Arztgruppen

Anlage 5

zum Honorarverteilungsmaßstab der KVSA

Arztgruppen mit QZV

Für folgende Arztgruppen werden die jeweils aufgeführten QZV gebildet:

Nachfolgende QZV setzen sich systematisch für alle Arztgruppen aus denselben GOP zusammen. Die berufsrechtlichen Bestimmungen zur Erbringung von Leistungen und die Abrechnungsbestimmungen des EBM bleiben von der nachfolgenden Zuordnung der GOP zu den Arztgruppen unberührt. Durch Hausärzte und Kinderärzte erbrachte Leistungen, die nach Anlage 5 zum BMV-Ä zum fachärztlichen Versorgungsbereich zählen und für die Haus- bzw. Kinderärzte aus Sicherstellungsgründen eine Genehmigung erhalten haben, werden aus dem Vorwegabzug 4.2.3.1 vergütet, auch wenn die Leistungen in QZV benannt sind. Die QZV Richtlinienpsychotherapie I und Psychotherapeutische Gespräche beinhalten nur die der MGV unterliegenden GOP 22220 und 23220. Leistungen die aus dem Grundbetrag 4.1.4 vergütet werden, sind von den QZV nicht umfasst.

	Arztgruppe (AGR)	DFZ AGR VJQ	RLV-Fallwert in €
Hausärzte	FÄ für Innere u. Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, FÄ für Innere Medizin, (hausärztlicher Versorgungsbereich)		
	Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/ Institute/Einrichtungen mit hausärztlichen Versorgungsauftrag		
	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	EBM-Nrn./EBM-Abschnitte	QZV-Fallwert in €
	Akupunktur	30.7.3	
	Allergologische Anamnese	30.1.1	
	Allergie-Testungen	30.1.2	
	Hyposensibilisierung	30.1.3	
	Verordnung medizinischer Rehabilitation	01611	
	Behandlung des diabetischen Fußes	02311	
	Chirotherapie	30.2	
	Neurophysiologische Übungsbehandlung	30.3	
	Ergometrie	03321	
	Polygraphie	30900	
	Klein chirurgie	02300, 02301, 02302, 02310, 02312, 02313, 15321, 15322, 15323	
	Langzeit-Blutdruckmessung	03324	
	Langzeit-EKG	03241, 03322	
	Psychos. Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	
	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150, 35163 - 35169, 23220	
	Psychologische Testverfahren	35.3, 16340, 21340, 03242	
	Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	30.7.1	
	Schmerztherapeutische Behandlung	30.7.2	
	Phlebologie	30.5	
	Sonographie I	33000 - 33002, 33010 - 33012, 33042 - 33044, 33046 als Zuschlag zur 33042, 33050 - 33052, 33080, 33081, 33090 - 33092, 33100	
	Sonographie III	33060 - 33064, 33070 - 33076	
	Spirometrie	03330	
	Besuche	01410, 01411, 01412, 01413, 01415	

Kinderheilkunde	Arztgruppe (AGR)	DFZ AGR VJQ	RLV-Fallwert in €
	FÄ für Kinderheilkunde		
	Ermächtigte FÄ/ Krankenhäuser/Institute/Einrichtungen mit Versorgungsauftrag Kinderheilkunde		
	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	EBM-Nrn./EBM-Abschnitte	QZV-Fallwert in €
	Akupunktur	30.7.3	
	Allergologische Anamnese	30.1.1	
	Allergie-Testungen	30.1.2	
	Hyposensibilisierung	30.1.3	
	Verordnung medizinischer Rehabilitation	01611	
	Klein chirurgie	02300, 02301, 02302, 02310, 02312, 02313, 15321, 15322, 15323	
	Besuche	01410, 01411, 01412, 01413, 01415	
	Psychos. Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	
	Psychologische Testverfahren	35.3; 16340, 21340, 03242	
	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150, 35163 - 35169, 23220	
	Sonographie I	33000 - 33002, 33010 - 33012, 33042 - 33044, 33046 als Zuschlag zur 33042, 33050 - 33052, 33080, 33081, 33090 - 33092, 33100	
	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33040, 33046 als Zu- schlag zur 33020 - 33022,	
	Sonographie III	33060 - 33064, 33070- 33076	
	Sonographie IV	33023	
	Sonographie VI	33030, 33031, 33046 als Zuschlag zur 33030 oder 33031	

Anästhesie	Arztgruppe (AGR)	DFZ AGR VJQ	RLV-Fallwert in €
	FÄ für Anästhesiologie		
	Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institute/Einrichtungen mit Versorgungsauftrag Anästhesiologie		
	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	EBM-Nrn./EBM-Abschnitte	QZV-Fallwert in €
	Akupunktur	30.7.3	
	Besuche	01410, 01411, 01412, 01413, 01415	
	Infusionen	02100, 02101	
	Narkosen außerhalb von zahnärztlichen und/oder mund-, kiefer-, gesichtschirurgischen Behandlun- gen bei Patienten mit mangelnder Kooperationsfä- higkeit oder schwerer Dyskinesie	05330, 05331, 05340, 05341, 05350	
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512	
	Psychos. Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	
	Psychologische Testverfahren	35.3, 16340, 21340, 03242	
	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150, 35163 - 35169, 23220	
	Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	30.7.1	
	Schmerztherapeutische Behandlung	30.7.2	
	Transfusionen	02110, 02111	

	Arztgruppe (AGR)	DFZ AGR VJQ	RLV-Fallwert in €
Augenheilkunde	FÄ für Augenheilkunde konservativ und/oder laserchirurgisch tätig		
	FÄ für Augenheilkunde operativ und/oder belegärztlich tätig		
	Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institute/Einrichtungen mit Versorgungsauftrag Augenheilkunde		
	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	EBM-Nrn./EBM-Abschnitte	QZV-Fallwert in €
	Fluoreszensangiographie	06331	
	Schielbehandlung	06320, 06321	
	Psychos. Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	
	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150, 35163 - 35169, 23220	
	Psychologische Testverfahren	35.3, 16340, 21340, 03242	
	Sonographie I	33000 - 33002, 33010 - 33012, 33042 - 33044, 33046 als Zuschlag zur 33042, 33050 - 33052, 33080, 33081, 33090 - 33092, 33100	

	Arztgruppe (AGR)	DFZ AGR VJQ	RLV-Fallwert in €
Chirurgie/Kinderchirurgie/Plast. Chirurgie	FÄ für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie		
	Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institute/Einrichtungen mit Versorgungsauftrag Chirurgie, Kinderchirurgie, Plastische Chirurgie		
	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	EBM-Nrn./EBM-Abschnitte	QZV-Fallwert in €
	Sonographie I	33000 - 33002, 33010 - 33012, 33042 - 33044, 33046 als Zuschlag zur 33042, 33050 - 33052, 33080, 33081, 33090 - 33092, 33100	
	Akupunktur	30.7.3	
	Verordnung medizinischer Rehabilitation	01611	
	Sonographie III	33060 - 33064, 33070 - 33076	
	Gastroenterologie I	13400	
	Phlebologie	30.5	
	Psychos. Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	

	Arztgruppe (AGR)	DFZ AGR VJQ	RLV-Fallwert in €
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	FÄ für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie		
	Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institute/Einrichtungen mit Versorgungsauftrag Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie		
	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	EBM-Nrn./EBM-Abschnitte	QZV-Fallwert in €
	Klein chirurgie	02300, 02301, 02302, 02310, 02312, 02313, 15321, 15322, 15323	
	Psychos. Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	
	Psychologische Testverfahren	35.3, 16340, 21340, 03242	
	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150, 35163 - 35169, 23220	
	Sonographie I	33000 - 33002, 33010 - 33012, 33042 - 33044, 33046 als Zuschlag zur 33042, 33050 - 33052, 33080, 33081, 33090 - 33092, 33100	
	Teilradiologie	34210 - 34212, 34220 - 34223, 34230 - 34238, 34240 - 34248, 34250 - 34257, 34260, 34280 - 34282, 34293 - 34297, 34500, 34501, 34503	
	Zusatzpauschale Onkologie	08345, 15345, 13435, 26315	

	Arztgruppe (AGR)	DFZ AGR VJQ	RLV-Fallwert in €
Frauenheilkunde	FÄ für Frauenheilkunde		
	Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institute/Einrichtungen mit Versorgungsauftrag Frauenheilkunde		
	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	EBM-Nrn./EBM-Abschnitte	QZV-Fallwert in €
	Histologie/Zytologie	01826, 08315, 19310, 19312, 19315, 19319, 19320, 19327	
	Laborgrundpauschalen	01437, 01698	
	Inkontinenzbehandlung (08311 nur außerhalb der Botulinumtoxinbehandlung)	08310, 08311, 26313	
	Kurative Mammographie	34270, 34271, 34272, 34273, 34275	
	Mamma-Stanzbiopsie	08320	
	Sonographie V	33041	
	Psychologische Testverfahren	35.3, 16340, 21340, 03242	
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512	
	Psychos. Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	
	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150, 35163 - 35169, 23220	
	Sonographie III	33060 - 33064, 33070 - 33076	
	Sonstige Hilfen	01820 - 01825, 01828 - 01832, 01850 - 01913	
	Besuche	01410, 01411, 01412, 01413, 01415	
	Kleinchirurgie	02300, 02301, 02302, 02310, 02312, 02313, 15321, 15322, 15323	
	Zusatzpauschale Onkologie	08345, 15345, 13435, 26315	
	Sonographie I	33000 - 33002, 33010 - 33012, 33042 - 33044, 33046 als Zuschlag zur 33042, 33050 - 33052, 33080, 33081, 33090 - 33092, 33100	
Infusionen	02100, 02101		
Transfusionen	02110, 02111		

Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde/Phoniatrie und Pädaudiologie	Arztgruppe (AGR)	DFZ AGR VJQ	RLV-Fallwert in €
	Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institute/Einrichtungen mit Versorgungsauftrag Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Phoniatrie, Pädaudiologie, Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen		
Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	EBM-Nrn./EBM-Abschnitte	QZV-Fallwert in €	
Phoniatrie/Pädaudiologie II	20310 - 20314, 20320 - 20323, 20334, 20340, 20350 - 20353, 20360, 20361, 20370, 20371		
Allergologische Anamnese	30.1.1		
Allergie-Testungen	30.1.2		
Hyposensibilisierung	30.1.3		
Otoakustische Emissionen	09324, 20324		
Prüfung der Labyrinthe	09325, 20325		
Untersuchung mittels BERA	09326, 09327, 20326, 20327		
Phoniatrie, Pädaudiologie I	09330 - 09333, 09335, 09336, 20330 - 20333, 20335, 20336		
Polygraphie	30900		
Polysomnographie	30901		
Psychos. Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120		
Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150, 35163 - 35169, 23220		
Psychologische Testverfahren	35.3, 16340, 21340, 03242		
Sonographie I	33000 - 33002, 33010 - 33012, 33042 - 33044, 33046 als Zuschlag zur 33042, 33050 - 33052, 33080, 33081, 33090 - 33092, 33100		
Teilradiologie	34210 - 34212, 34220 - 34223, 34230 - 34238, 34240 - 34248, 34250 - 34257, 34260, 34280 - 34282, 34293 - 34297, 34500, 34501, 34503		

	Arztgruppe (AGR)	DFZ AGR VJQ	RLV-Fallwert in €
	FÄ für Haut- und Geschlechtskrankheiten		
	Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institute/Einrichtungen mit Versorgungsauftrag Haut- und Geschlechtskrankheiten		
Hautärzte	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	EBM-Nrn./EBM-Abschnitte	QZV-Fallwert in €
	Allergologische Anamnese	30.1.1	
	Allergie-Testungen	30.1.2	
	Hyposensibilisierung	30.1.3	
	Verordnung medizinischer Rehabilitation	01611	
	Behandlung des diabetologischen Fußes	02311	
	Dermatologische Lasertherapie	10320, 10322, 10324	
	Balneophototherapie	10350	
	Laborgrundpauschalen	01437, 01698	
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512	
	Proktologie	08333, 08334, 30600, 30601, 13257, 13260, 03331	
	Therapeutische Proktologie	30610, 30611	
	Phlebologie	30.5	
	Physikalische Therapie	30.4	
	Psychos. Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	
	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150, 35163 - 35169, 23220	
	Psychologische Testverfahren	35.3, 16340, 21340, 03242	
	Sonographie I	33000 - 33002, 33010 - 33012, 33042 - 33044, 33046 als Zuschlag zur 33042, 33050 - 33052, 33080, 33081, 33090 - 33092, 33100	
Histologie/Zytologie	01826, 08315, 19310, 19312, 19315, 19319, 19320, 19327		
Sonographie III	33060 - 33064, 33070 - 33076		

	Arztgruppe (AGR)	DFZ AGR VJQ	RLV-Fallwert in €
Internisten SP Angiologie	FÄ für Innere Medizin mit Schwerpunkt Angiologie		
	Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institute/Einrichtungen mit Versorgungsauftrag Innere Medizin mit Schwerpunkt Angiologie		
	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	EBM-Nrn./EBM-Abschnitte	QZV-Fallwert in €
	Kontrolle Herzschrittmacher	13571	
	Kontrolle Kardioverter, Defibrillator	13573	
	Kontrolle CRT-P, CRT	13575	
	Telemedizinische Funktionsanalyse	13574, 13576	
	Phlebologie	30.5	
	Laborgrundpauschalen	01437, 01698	
	Langzeit-EKG als Auftragsleistung	13252, 13253	
	Interventionelle Radiologie	01530, 01531, 34283 - 34287	
	Psychos. Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	
	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150, 35163 - 35169, 23220	
	Psychologische Testverfahren	35.3, 16340, 21340, 03242	
	Programmier- und Auslesegeräte	13577	
	Sonographie I	33000 - 33002, 33010 - 33012, 33042 - 33044, 33046 als Zuschlag zur 33042, 33050 - 33052, 33080, 33081, 33090 - 33092, 33100	
	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33040, 33046 als Zuschlag zur 33020 - 33022	
Sonographie III	33060 - 33064, 33070 - 33076		
Sonographie IV	33023		
Sonographie VI	33030, 33031, 33046 als Zuschlag zur 33030 oder 33031		

Internisten SP Endokrinologie	Arztgruppe (AGR)	DFZ AGR VJQ	RLV-Fallwert in €
	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	EBM-Nrn./EBM-Abschnitte	QZV-Fallwert in €
FÄ für Innere Medizin mit Schwerpunkt Endokrinologie			
Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institute/Einrichtungen mit Versorgungsauftrag Innere Medizin mit Schwerpunkt Endokrinologie			
Sonographie I	33000 - 33002, 33010 - 33012, 33042 - 33044, 33046 als Zuschlag zur 33042, 33050 - 33052, 33080, 33081, 33090 - 33092, 33100		
Laborgrundpauschalen	01437, 01698		
Schmerztherapeutische Behandlung	30.7.2		
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512		
Psychos. Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120		
Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150, 35163 - 35169, 23220		
Psychologische Testverfahren	35.3, 16340, 21340, 03242		
Osteodensitometrie	34600		

Internisten SP Gastroenterologie	Arztgruppe (AGR)	DFZ AGR VJQ	RLV-Fallwert in €
	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	EBM-Nrn./EBM-Abschnitte	QZV-Fallwert in €
FÄ für Innere Medizin mit Schwerpunkt Gastroenterologie			
Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institute/Einrichtungen mit Versorgungsauftrag Innere Medizin mit Schwerpunkt Gastroenterologie			
Atemteste	02400, 02401		
Besuche	01410, 01411, 01412, 01413, 01415		
Gastroenterologie I	13400		
Infusionen	02100, 02101		
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512		
Kapselendoskopie	13425, 13426		
Psychos. Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120		
Psychologische Testverfahren	35.3, 16340, 21340, 03242		
Sonographie I	33000 - 33002, 33010 - 33012, 33042 - 33044, 33046 als Zuschlag zur 33042, 33050 - 33052, 33080, 33081, 33090 - 33092, 33100		
Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33040, 33046 als Zuschlag zur 33020 - 33022		
Sonographie III	33060 - 33064, 33070 - 33076		
Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150, 35163 - 35169, 23220		
Transfusionen	02110, 02111		
Therapeutische Proktologie	30610, 30611		
Zusatzpauschale Onkologie	08345, 15345, 13435, 26315		

Internisten SP Pneumologie	Arztgruppe (AGR)	DFZ AGR VJQ	RLV-Fallwert in €
	FÄ für Innere Medizin mit Schwerpunkt Pneumologie		
	Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institute/Einrichtungen mit Versorgungsauftrag Innere Medizin mit Schwerpunkt Pneumologie		
	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	EBM-Nrn./EBM-Abschnitte	QZV-Fallwert in €
	Bronchoskopie / Thorakoskopie	13662, 13663, 13664, 13670	
	Allergologische Anamnese	30.1.1	
	Allergie-Testungen	30.1.2	
	Hyposensibilisierung	30.1.3	
	Verordnung medizinischer Rehabilitation	01611	
	Ergospirometrie	13560, 13660	
	Psychos. Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	
	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150, 35163 - 35169, 23220	
	Psychologische Testverfahren	35.3, 16340, 21340, 03242	
	Polygraphie	30900	
	Polysomnographie	30901	
	Teilradiologie	34210 - 34212, 34220 - 34223, 34230 - 34238, 34240 - 34248, 34250 - 34257, 34260, 34280 - 34282, 34293 - 34297, 34500, 34501, 34503	

Internisten SP Hämato-/Onkologie	Arztgruppe (AGR)	DFZ AGR VJQ	RLV-Fallwert in €
	FÄ für Innere Medizin mit Schwerpunkt Hämato-/Onkologie		
	Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institute/Einrichtungen mit Versorgungsauftrag Innere Medizin mit Schwerpunkt Hämato-/Onkologie		
	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	EBM-Nrn./EBM-Abschnitte	QZV-Fallwert in €
	Besuche	01410, 01411, 01412, 01413, 01415	
	Zytostatische Chemotherapie	02101	
	Laborgrundpauschalen	01437, 01698	
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512	
	Psychos. Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	
	Psychologische Testverfahren	35.3, 16340, 21340, 03242	
	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150, 35163 - 35169, 23220	
	Sonographie I	33000-33002, 33010-3012, 33042-33044, 33046 als Zuschlag zur 33042, 33050-33052, 33080, 33081, 33090-33092, 33100	
	Sonographie V	33041	
	Transfusionen	02110, 02111	
	Zusatzpauschale zytotoxische/ aplasieinduzierende Therapie	13502	

Internisten SP Nephrologie	Arztgruppe (AGR)	DFZ AGR VJQ	RLV-Fallwert in €
	FÄ für Innere Medizin mit Schwerpunkt Nephrologie		
	Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institute/Einrichtungen mit Versorgungsauftrag Innere Medizin mit Schwerpunkt Nephrologie		
	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	EBM-Nrn./EBM-Abschnitte	QZV-Fallwert in €
	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33040, 33046 als Zuschlag zur 33020 - 33022,	
	Psychos. Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	
	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150, 35163 - 35169, 23220	
	Psychologische Testverfahren	35.3, 16340, 21340, 03242	
	Sonographie III	33060 - 33064, 33070 - 33076	

Arztgruppe (AGR)	DFZ AGR VJQ	RLV-Fallwert in €
FÄ für Innere Medizin mit Schwerpunkt Rheumatologie		
Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institute/Einrichtungen mit Versorgungsauftrag Innere Medizin mit Schwerpunkt Rheumatologie		
Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	EBM-Nrn./EBM-Abschnitte	QZV-Fallwert in €
Osteodensitometrie	34600	
Laborgrundpauschalen	01437, 01698	
Praxisklinische Betreuung und Beobachtung	01510, 01511, 01512	
Psychos. Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	
Verordnung medizinischer Rehabilitation	01611	
Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150, 35163 - 35169, 23220	
Psychologische Testverfahren	35.3, 16340, 21340, 03242	
Schmerztherapeutische Behandlung	30.7.2	
Sonographie I	33000 - 33002, 33010 - 33012, 33042 - 33044, 33046 als Zuschlag zur 33042, 33050 - 33052, 33080, 33081, 33090 - 33092, 33100	
Teilradiologie	34210 - 34212, 34220 - 34223, 34230 - 34238, 34240 - 34248, 34250 - 34257, 34260, 34280 - 34282, 34293 - 34297, 34500, 34501, 34503	

Arztgruppe (AGR)	DFZ AGR VJQ	RLV-Fallwert in €
FÄ für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie		
Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institute/Einrichtungen mit Versorgungsauftrag Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie		
Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	EBM-Nrn./EBM-Abschnitte	QZV-Fallwert in €
Sonographie I	33000 - 33002, 33010 - 33012, 33042 - 33044, 33046 als Zuschlag zur 33042, 33050 - 33052, 33080, 33081, 33090 - 33092, 33100	
Sonographie III	33060 - 33064, 33070 - 33076	
Psychos. Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	
Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150, 35163 - 35169, 23220	
Psychologische Testverfahren	35.3, 16340, 21340, 03242	
Interventionelle Kardiologie	01520	
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512	
Teilradiologie	34210 - 34212, 34220 - 34223, 34230 - 34238, 34240 - 34248, 34250 - 34257, 34260, 34280 - 34282, 34293 - 34297, 34500, 34501, 34503	
Langzeit-EKG als Auftragsleistung	13252, 13253	
Sonographie IV	33023	
Sonographie VI	33030, 33031, 33046 als Zuschlag zur 33030 oder 33031	
Ergospirometrie	13560, 13660	
Polygraphie	30900	
Programmier- und Auslesegeräte	13577	
Kontrolle Herzschrittmacher,	13571	
Kontrolle Kardioverter, Defibrillator	13573	
Kontrolle CRT-P, CRT-D	13575	
Telemedizinische Funktionsanalyse	13574, 13576	

Arztgruppe (AGR)	DFZ AGR VJQ	RLV-Fallwert in €
FÄ für Innere Medizin ohne Schwerpunkt (fachärztlicher Versorgungsbereich)		
Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institute/Einrichtungen mit Versorgungsauftrag Innere Medizin ohne Schwerpunkt		
Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	EBM-Nrn./EBM-Abschnitte	QZV-Fallwert in €
Akupunktur	30.7.3	
Laborgrundpauschalen	01437, 01698	
Allergologische Anamnese	30.1.1	
Allergie-Testungen	30.1.2	
Hyposensibilisierung	30.1.3	
Behandlung des diabetologischen Fußes	02311	
Klein chirurgie	02300, 02301, 02302, 02310, 02312, 02313, 15321, 15322, 15323	
Therapeutische Proktologie	30610, 30611	
Polygraphie	30900	
Polysomnographie	30901	
Phlebologie	30.5	
Kontrolle Herzschrittmacher,	13571	
Kontrolle Kardioverter, Defibrillator	13573	
Kontrolle CRT-P, CRT	13575	
Telemedizinische Funktionsanalyse	13574, 13576	
Gastroenterologie I	13400	
Langzeit-EKG als Auftragsleistung	13252, 13253	
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512	
Psychos. Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	
Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150, 35163 - 35169, 23220	
Psychologische Testverfahren	35.3, 16340, 21340, 03242	
Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	30.7.1	
Schmerztherapeutische Behandlung	30.7.2	
Programmier- und Auslesegeräte	13577	
Sonographie I	33000 - 33002, 33010 - 33012, 33042 - 33044, 33046 als Zuschlag zur 33042, 33050 - 33052, 33080, 33081, 33090 - 33092, 33100	
Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33040, 33046 als Zuschlag zur 33020 - 33022	
Sonographie III	33060 - 33064, 33070 - 33076	
Sonographie IV	33023	
Sonographie VI	33030, 33031, 33046 als Zuschlag zur 33030 oder 33031	
Teilradiologie	34210 - 34212, 34220 - 34223, 34230 - 34238, 34240 - 34248, 34250 - 34257, 34260, 34280 - 34282, 34293 - 34297, 34500, 34501, 34503	

Internisten ohne Schwerpunkt (fachärztlich)

Kinder-/Jugendpsychiatrie	Arztgruppe (AGR)	DFZ AGR VJQ	RLV-Fallwert in €
	FÄ für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie		
	Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institute/Einrichtungen mit Versorgungsauftrag Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie		
Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	EBM-Nrn./EBM-Abschnitte	QZV-Fallwert in €	
Besuche	01410, 01411, 01412, 01413, 01415		
Blinkreflex, EMG, ENG, Neurophysiologie	14330, 14331, 16320 - 16322, 21320, 21321		
EEG, L-EEG	16310, 16311, 21310, 21311, 14320, 14321		
Neurophysiologische Übungsbehandlung	30.3		
Psychologische Testverfahren	16340, 21340, 03242		
Funktionelle Entwicklungstherapie (Einzelbehandlung)	14310		
Funktionelle Entwicklungstherapie (Gruppenbehandlung)	14311		

Nervenheilkunde	Arztgruppe (AGR)	DFZ AGR VJQ	RLV-Fallwert in €
	FÄ für Nervenheilkunde FÄ für Neurologie und Psychiatrie		
	Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institute/Einrichtungen mit Versorgungsauftrag Nervenheilkunde und/oder Neurologie und Psychiatrie		
Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	EBM-Nrn./EBM-Abschnitte	QZV-Fallwert in €	
Akupunktur	30.7.3		
Betreuung Kranker im sozialen Umfeld	16230, 16231, 16233, 21230, 21231, 21233		
Chirotherapie	30.2		
Polygraphie	30900		
Verordnung medizinischer Rehabilitation	01611		
Psychologische Testverfahren	16340, 21340, 03242		
Sonographie III	33060 - 33064, 33070 - 33076		
EEG, L-EEG	16310, 16311, 21310, 21311, 14320, 14321		
Blinkreflex, EMG ENG, Neurophysiologie	14330, 14331, 16320 - 16322, 21320, 21321		
Lumbalpunktion	02342		
Besuche	01410, 01411, 01412, 01413, 01415		
Polysomnographie	30901		

	Arztgruppe (AGR)	DFZ AGR VJQ	RLV-Fallwert in €
FÄ für Neurologie			
Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institute/Einrichtungen mit Versorgungsauftrag			
Neurologie			
	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	EBM-Nrn./EBM-Abschnitte	QZV-Fallwert in €
Akupunktur	30.7.3		
Besuche	01410, 01411, 01412, 01413, 01415		
Betreuung Kranker im sozialen Umfeld	16230, 16231, 16233, 21230, 21231, 21233		
Blinkreflex, EMG ENG, Neurophysiologie	14330, 14331, 16320 - 16322, 21320, 21321		
Verordnung medizinischer Rehabilitation	01611		
Chirotherapie	30.2		
Polygraphie	30900		
EEG, L-EEG	16310, 16311, 21310, 21311, 14320, 14321		
Infusionen	02100, 02101		
Lumbalpunktion	02342		
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512		
Psychos. Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120		
Psychologische Testverfahren	35.3, 16340, 21340, 03242		
Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150, 23220		
Polysomnographie	30901		
Sonographie I	33000 - 33002, 33010 - 33012, 33042 - 33044, 33046 als Zuschlag zur 33042, 33050 - 33052, 33080, 33081, 33090 - 33092, 33100		
Sonographie III	33060 - 33064, 33070 - 33076		
Transfusionen	02110, 02111		

	Arztgruppe (AGR)	DFZ AGR VJQ	RLV-Fallwert in €
FÄ für Neurochirurgie			
Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institute/Einrichtungen mit Versorgungsauftrag			
Neurochirurgie			
	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	EBM-Nrn./EBM-Abschnitte	QZV-Fallwert in €
Akupunktur	30.7.3		
Besuche	01410, 01411, 01412, 01413, 01415		
Chirotherapie	30.2		
Infusionen	02100, 02101		
Verordnung medizinischer Rehabilitation	01611		
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512		
Psychos. Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120		
Psychologische Testverfahren	35.3, 16340, 21340, 03242		
Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150, 35163 - 35169, 23220		
Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	30.7.1		
Schmerztherapeutische Behandlung	30.7.2		
Teilradiologie	34210 - 34212, 34220 - 34223, 34230 - 34238, 34240 - 34248, 34250 - 34257, 34260, 34280 - 34282, 34293 - 34297, 34500, 34501, 34503		
Blinkreflex, EMG, ENG, Neurophysiologie	14330, 14331, 16320 - 16322, 21320, 21321		
Transfusionen	02110, 02111		

	Arztgruppe (AGR)	DFZ AGR VJQ	RLV-Fallwert in €
	FÄ für Nuklearmedizin		
	Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institute/Einrichtungen mit Versorgungsauftrag Nuklearmedizin		
Nuklearmedizin	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	EBM-Nrn./EBM-Abschnitte	QZV-Fallwert in €
	Infusionen	02100, 02101	
	MRT	34.4.1 - 34.4.6	
	MRT-Angiographie	34.4.7	
	Nuklearmedizinische Leistungen	17310 - 17373	
	Psychos. Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	
	Psychologische Testverfahren	35.3, 16340, 21340, 03242	
	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150, 35163 - 35169, 23220	
	Sonographie I	33000 - 33002, 33010 - 33012, 33042 - 33044, 33046 als Zuschlag zur 33042, 33050 - 33052, 33080, 33081, 33090 - 33092, 33100	
	Sonographie V	33041	

	Arztgruppe (AGR)	DFZ AGR VJQ	RLV-Fallwert in €
	FÄ für Orthopädie		
	Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institute/Einrichtungen mit Versorgungsauftrag Or- thopädie		
Orthopädie	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	EBM-Nrn./EBM-Abschnitte	QZV-Fallwert in €
	Akupunktur	30.7.3	
	Chirotherapie	30.2	
	Osteodensitometrie	34600	
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512	
	Verordnung medizinischer Rehabilitation	01611	
	Psychos. Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	
	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150, 35163 - 35169, 23220	
	Psychologische Testverfahren	35.3, 16340, 21340, 03242	
	Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	30.7.1	
	Schmerztherapeutische Behandlung	30.7.2	
	Sonographie I	33000 - 33002, 33010 - 33012, 33042 - 33044, 33046 als Zuschlag zur 33042, 33050 - 33052, 33080, 33081, 33090 - 33092, 33100	
	Teilradiologie	34210 - 34212, 34220 - 34223, 34230 - 34238, 34240 - 34248, 34250 - 34257, 34260, 34280 - 34282, 34293 - 34297, 34500, 34501, 34503	
	Rheumatologie	18700	

	Arztgruppe (AGR)	DFZ AGR VJQ	RLV-Fallwert in €
	Überwiegend bzw. ausschließlich histologisch tätige Ärzte		
Pathologie	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	EBM-Nrn./EBM-Abschnitte	QZV-Fallwert in €
	Molekulargenetik	19332	
	Immunhistochemie im Mammographiescreening	19317	
	HPV-Nachweis	19328	

Physikalisch-Rehabilitative Medizin	Arztgruppe (AGR)	DFZ AGR VJQ	RLV-Fallwert in €
	FÄ für Physikalisch-Rehabilitative Medizin Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institute/Einrichtungen mit Versorgungsauftrag Physikalisch-Rehabilitative Medizin		
Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	EBM-Nrn./EBM-Abschnitte	QZV-Fallwert in €	
Akupunktur	30.7.3		
Chirotherapie	30.2		
Physikalisch-rehabilitative Diagnostik	27332, 27333		
Physikalische Therapie	30.4		
Verordnung medizinischer Rehabilitation	01611		
Psychos. Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120		
Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150, 35163 - 35169, 23220		
Psychologische Testverfahren	35.3, 16340, 21340, 03242		
Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	30.7.1		
Schmerztherapeutische Behandlung	30.7.2		

Psychiatrie	Arztgruppe (AGR)	DFZ AGR VJQ	RLV-Fallwert in €
	FÄ für Psychiatrie u. Psychotherapie mit einem Anteil an Leistungen der RL-PT gemäß Bedarfsplanungs-RL bis zu 30 % an der Gesamtleistungsmenge Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institute/Einrichtungen mit Versorgungsauftrag Psychiatrie		
Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	EBM-Nrn./EBM-Abschnitte	QZV-Fallwert in €	
Betreuung Kranker im sozialen Umfeld	16230, 16231, 16233, 21230, 21231, 21233		
Verordnung medizinischer Rehabilitation	01611		
EEG, L-EEG	16310, 16311, 21310, 21311, 14320, 14321		
Blinkreflex, EMG, ENG, Neurophysiologie	14330, 14331, 16320 - 16322, 21320, 21321		
Psychologische Testverfahren	16340, 21340, 03242		
Besuche	01410, 01411, 01412, 01413, 01415		
Arztgruppe (AGR)	DFZ AGR VJQ	RLV-Fallwert €	
FÄ für Psychiatrie u. Psychotherapie mit einem Anteil an Leistungen der RL-PT gemäß Bedarfsplanungs-RL zw. 30 % und 90 % an der Gesamtleistungsmenge			
Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	EBM-Nrn./EBM-Abschnitte	QZV-Fallwert in €	
Betreuung Kranker im sozialen Umfeld	16230, 16231, 16233, 21230, 21231, 21233		
Verordnung medizinischer Rehabilitation	01611		
EEG, L-EEG	16310, 16311, 21310, 21311, 14320, 14321		
Blinkreflex, EMG, ENG, Neurophysiologie	14330, 14331, 16320 - 16322, 21320, 21321		
Psychologische Testverfahren	16340, 21340, 03242		
Besuche	01410, 01411, 01412, 01413, 01415		

	Arztgruppe (AGR)	DFZ AGR VJQ	RLV-Fallwert in €
Radiologie	FÄ für Diagnostische Radiologie		
	Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institute/Einrichtungen mit Versorgungsauftrag Radiologie		
	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	EBM-Nrn./EBM-Abschnitte	QZV-Fallwert in €
	CT	34.3, 34504, 34505	
	Interventionelle Radiologie	01530, 01531, 34283 - 34287	
	Kurative Mammographie	34270, 34271, 34272, 34273, 34275	
	MRT	34.4.1 - 34.4.6	
	MRT-Angiographie	34.4.7	
	Sonographie I	33000 - 33002, 33010 - 33012, 33042 - 33044, 33046 als Zuschlag zur 33042, 33050 - 33052, 33080, 33081, 33090 - 33092, 33100	
	Sonographie III	33060 - 33064, 33070 - 33076	
	Mammapunktion	02341	
	Mammastanzbiopsie	08320	
	Sonographie V	33041	

	Arztgruppe (AGR)	DFZ AGR VJQ	RLV-Fallwert in €
Urologie	FÄ für Urologie		
	Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institute/Einrichtungen mit Versorgungsauftrag Urologie		
	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	EBM-Nrn./EBM-Abschnitte	QZV-Fallwert in €
	Histologie/Zytologie	01826, 08315, 19310, 19312, 19315, 19319, 19320, 19327	
	Inkontinenzbehandlung	08310, 08311, 26313	
	Laborgrundpauschalen	01437, 01698	
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512	
	Psychos. Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	
	Psychologische Testverfahren	35.3, 16340, 21340, 03242	
	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150, 35163 - 35169, 23220	
	Schmerztherapeutische Behandlung	30.7.2	
	Sonographisch gestützte Prostatabiopsie	26341 in Verbindung mit 33043 und 33090 und 33092 und ICD C61 (A, V, G, Z)	
	Sonographie III	33060 - 33064, 33070 - 33076	
	Stoßwellenlithotripsie	26330	
	Sonographie I	33000 - 33002, 33010 - 33012, 33042 - 33044, 33046 als Zuschlag zur 33042, 33050 - 33052, 33080, 33081, 33090 - 33092, 33100	
	Teilradiologie	34210 - 34212, 34220 - 34223, 34230 - 34238, 34240 - 34248, 34250 - 34257, 34260, 34280 - 34282, 34293 - 34297, 34500, 34501, 34503	
	Wechsel suprapubischer Harnblasenkatheter und/oder Wechsel Nephrostomie	02322, 26325	
	Zusatzpauschale Onkologie	08345, 15345, 13435, 26315	
	Zystoskopie (nur außerhalb der Botulinumtoxinbe- handlung)	26310, 26311	

Psychologische Psychotherapeuten	Arztgruppe (AGR)			QZV-Fallwert in €
	Psychologische Psychotherapeuten, Fachpsychotherapeuten für Erwachsene			
Kinder- und Jugendl. Psychotherapeuten	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	EBM-Nrn./EBM-Abschnitte		
	Psychotherapeutische Gespräche	22220, 23220		
Fachärzte f. Psychosomatische Medizin	Arztgruppe (AGR)			QZV-Fallwert in €
	Fachärzte f. Psychosomatische Medizin und Psychotherapie			
Andere psychoth. tätige Ärzte	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	EBM-Nrn./EBM-Abschnitte		
	Psychotherapeutische Gespräche	22220, 23220		
Ermächtigte mit Versorgungsauftrag Psychotherapie	Arztgruppe (AGR)			QZV-Fallwert in €
	Ermächtigte FÄ/KH/Einrichtungen, ermächtigte psychologische Psychotherapeuten, ermächtigte Fachpsychotherapeuten für Erwachsene, ermächtigte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten oder ermächtigte Fachpsychotherapeuten für Kinder und Jugendliche mit dem Versorgungsauftrag zur ausschließlichen psychotherapeutischen Tätigkeit			
	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	EBM-Nrn./EBM-Abschnitte		
	Psychotherapeutische Gespräche	22220, 23220		

Anlage 5a

zum Honorarverteilungsmaßstab der KVSA

Arztgruppen mit Laborvolumen (LV)

Für die Arztgruppen des hausärztlichen und die in Anlage 4 I. und III. aufgeführten Arztgruppen des fachärztlichen Versorgungsbereichs werden die nachfolgend aufgeführten Laborvolumen für die eigen erbrachten Laborleistungen des Kapitels 32 gebildet. Als eigen erbrachte Laborleistungen werden die Laborleistungen des Kapitels 32 betrachtet, die unter der lebenslangen Arztnummer des Arztes in der eigenen Praxis erbracht werden. Nicht berücksichtigt werden Laborleistungen des Kapitels 32, die auf Überweisungen für Laboratoriumsuntersuchungen als Auftragsleistung (Muster 10 der Vordruckvereinbarung, Anlage 2 BMV-Ä) erbracht und abgerechnet werden und die Leistungen des Präsenzlabors (GOP 32025 bis 32027 und 32150 EBM).

Die Laborvolumen setzen sich systematisch für alle Arztgruppen aus denselben GOP zusammen und werden je Arztgruppe zur Verfügung gestellt. Die berufsrechtlichen Bestimmungen zur Erbringung von Leistungen und die Abrechnungsbestimmungen des EBM bleiben von der nachfolgenden Zuordnung der GOP und der Zuordnung der Laborvolumen zu den Arztgruppen unberührt. Die Abrechnung der Laborleistungen des Kapitels 32.3 setzt eine Genehmigung der KVSA nach der Vereinbarung zu den Laboratoriumsuntersuchungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.

Die Veröffentlichung der jeweiligen Arztgruppen des fachärztlichen Versorgungsbereichs, denen für ein Quartal entsprechende Laborvolumen zugewiesen werden, und die Höhe der Fallwerte gemäß Anlage 1 II. 1) für die jeweiligen Arztgruppen des entsprechenden Quartals erfolgt vor Beginn des Quartals über die Homepage der KVSA. Die nachfolgende Darstellung für die Ärzte des fachärztlichen Versorgungsbereichs erfolgt in dieser Anlage exemplarisch für alle Arztgruppen gemäß Anlage 4 I. und III.

Hausärzte	Arztgruppe (AGR)	
	FÄ für Innere u. Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, FÄ für Innere Medizin, (hausärztlicher Versorgungsbereich)	
	Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institute/Einrichtungen mit hausärztlichen Versorgungsauftrag	
	Laborvolumen Kapitel 32.2 je Unterabschnitt EBM	LV-Fallwert in €
	32.2.1 - Basisuntersuchungen	
	32.2.2 - Mikroskopische Untersuchungen	
	32.2.3 - Physikalische oder chemische Untersuchungen	
	32.2.4 - Gerinnungsuntersuchungen	
	32.2.5 - Funktions- und Komplexuntersuchungen	
	32.2.6 - Immunologische Untersuchungen und Untersuchungen auf Drogen	
	32.2.7 - Mikrobiologische Untersuchungen	

Kinderärzte	Arztgruppe (AGR)	
	FÄ für Kinderheilkunde - haus- und/oder fachärztlich tätig	
	Ermächtigte FÄ/ Krankenhäuser/Institute/Einrichtungen mit Versorgungsauftrag Kinderheilkunde	
	Laborvolumen Kapitel 32.2 je Unterabschnitt EBM	LV-Fallwert in €
	32.2.1 - Basisuntersuchungen	
	32.2.2 - Mikroskopische Untersuchungen	
	32.2.3 - Physikalische oder chemische Untersuchungen	
	32.2.4 - Gerinnungsuntersuchungen	
	32.2.5 - Funktions- und Komplexuntersuchungen	
	32.2.6 - Immunologische Untersuchungen und Untersuchungen auf Drogen	
	32.2.7 - Mikrobiologische Untersuchungen	
	Arztgruppe (AGR)	
	FÄ für Kinderheilkunde - fachärztlich tätig	
	Ermächtigte FÄ/ Krankenhäuser/Institute/Einrichtungen mit Versorgungsauftrag Kinderheilkunde	
	Laborvolumen Kapitel 32.3 je Unterabschnitt EBM	LV-Fallwert in €
	32.3.1 - Mikroskopische Untersuchungen	
	32.3.2 - Funktionsuntersuchungen	
	32.3.3 - Gerinnungsuntersuchungen	
	32.3.4 - Klinisch-chemische Untersuchungen	
	32.3.5 - Immunologische Untersuchungen	
	32.3.6 - Blutgruppenserologische Untersuchungen	
	32.3.7 - Infektionsimmunologische Untersuchungen	
	32.3.8 - Parasitologische Untersuchungen	
	32.3.9 - Mykologische Untersuchungen	
	32.3.10 - Bakteriologische Untersuchungen	
	32.3.11 - Virologische Untersuchungen	
	32.3.12 - Molekularbiologische Untersuchungen	
	32.3.14 - Molekulargenetische Untersuchungen	
	32.3.15 - Immungenetische Untersuchungen	

Jeweilige Arztgruppe des fachärztlichen Versorgungsbereichs gemäß Anlage 4 I. und III.	Arztgruppen (AGR) des fachärztlichen Versorgungsbereichs je Arztgruppe	
	Exemplarische Darstellung der Laborvolumen für die jeweiligen Arztgruppen gemäß Anlage 4 I. und III. des fachärztlichen Versorgungsbereichs für eigen erbrachte Laborleistungen des Kapitels 32 EBM ohne Berücksichtigung der auf Überweisungen für Laboratoriumsuntersuchungen als Auftragsleistung (Muster 10 der Vordruckvereinbarung, Anlage 2 BMV-Ä) erbrachten Laborleistungen des Kapitels 32 EBM und ohne die Leistungen des Präsenzlabors	
	Exemplarische Darstellung der Laborvolumen für die jeweiligen Arztgruppen der Ermächtigte FÄ/ Krankenhäuser/Institute/Einrichtungen gemäß Anlage 4 I. und III., die im Rahmen ihrer Ermächtigung eigen erbrachte Laborleistungen des Kapitels 32 abrechnen ohne Berücksichtigung der auf Überweisungen für Laboratoriumsuntersuchungen als Auftragsleistung (Muster 10 der Vordruckvereinbarung, Anlage 2 BMV-Ä) erbrachten Laborleistungen des Kapitels 32 EBM und ohne die Leistungen des Präsenzlabors	
	Laborvolumen Kapitel 32.2 je Unterabschnitt EBM	
	32.2.1 - Basisuntersuchungen	LV-Fallwert in €
	32.2.2 - Mikroskopische Untersuchungen	
	32.2.3 - Physikalische oder chemische Untersuchungen	
	32.2.4 - Gerinnungsuntersuchungen	
	32.2.5 - Funktions- und Komplexuntersuchungen	
	32.2.6 - Immunologische Untersuchungen und Untersuchungen auf Drogen	
	32.2.7 - Mikrobiologische Untersuchungen	
	Laborvolumen Kapitel 32.3 je Unterabschnitt EBM	
	32.3.1 - Mikroskopische Untersuchungen	LV-Fallwert in €
	32.3.2 - Funktionsuntersuchungen	
	32.3.3 - Gerinnungsuntersuchungen	
	32.3.4 - Klinisch-chemische Untersuchungen	
	32.3.5 - Immunologische Untersuchungen	
	32.3.6 - Blutgruppenserologische Untersuchungen	
	32.3.7 - Infektionsimmunologische Untersuchungen	
	32.3.8 - Parasitologische Untersuchungen	
	32.3.9 - Mykologische Untersuchungen	
	32.3.10 - Bakteriologische Untersuchungen	
	32.3.11 - Virologische Untersuchungen	
	32.3.12 - Molekularbiologische Untersuchungen	
	32.3.14 - Molekulargenetische Untersuchungen	
	32.3.15 - Immungenetische Untersuchungen	

Anlage 6 (ehemals Anlage 6a) zum Honorarverteilungsmaßstab der KVSA

Sonderregelungen bei Vorliegen besonderer Ereignisse

I. Allgemeines

1.) Zeitpunkt und Dauer der Anwendung

Die Anlage 6 regelt in Verbindung mit Punkt 5.7.1 des HVM mögliche Kompensationszahlungen für Abrechnungsquartale ab dem 1. Januar 2021, in denen eine Pandemie, Epidemie, Naturkatastrophe oder ein anderes Großschadensereignis gemäß § 87b Abs. 2a SGB V offiziell durch die zuständigen Ministerien des Bundes oder des Landes ausgerufen bzw. erklärt ist. Liegt kein o. g. besonderes Ereignis vor oder wurde die besondere Lage nicht durch die dafür zuständigen Ministerien des Bundes oder des Landes ausgerufen oder erklärt, können nachfolgende Regelungen keine Anwendung finden.

2.) Allgemeine Festlegung

Die in den Punkten 1 bis 5.6, 6. und 7. festgelegten Regelungen des HVM finden weiterhin Anwendung.

3.) Kompensationszahlungen bei Fallzahlrückgängen im Falle eines besonderen Ereignisses

Mindert sich die Behandlungsfallzahl gemäß Bundesmantelvertrag § 21 Abs. 1 und 2 der Praxis, ausgenommen Behandlungsfälle mit ausschließlichen telefonischen Arzt-Patienten-Kontakten gemäß EBM, in einem die Fortführung der Praxis gefährdenden Umfang infolge einer Pandemie, Epidemie, Naturkatastrophe oder eines anderen Großschadensereignisses, kann nach Maßgabe dieser Anlage auf Antrag der Praxis eine Kompensationszahlung unter Beachtung der nachfolgenden Regelungen erfolgen:

II. Kompensationszahlungen gemäß § 87b Absatz 2a SGB V

Kompensationszahlungen können nur erfolgen, soweit Finanzmittel in ausreichendem Maße zur Verfügung stehen. Kompensationszahlungen können für Leistungen innerhalb der MGV gewährt werden. Dabei sind Veränderungen der Abgrenzung zur MGV zwischen dem Abrechnungsquartal und dem jeweiligen Vergleichsquartal zu berücksichtigen. Das Vergleichsquartal entspricht dem Quartal, welches zur Berechnung der Fallwerte für die RLV und QZV herangezogen wird.

1.) Finanzmittel

Nicht im Rahmen der Quartalsabrechnungen abgerufene oder nicht verbrauchte Finanzmittel des jeweiligen Versorgungsbereichs werden je Versorgungsbereich zur Finanzierung von Kompensationszahlungen zur Verfügung gestellt. Diese innerhalb des Versorgungsbereichs zur Verfügung stehenden Finanzmittel werden beginnend mit dem 1. Quartal 2021, quartalsweise für Kompensationszahlungen infolge besonderer Ereignisse (Pandemien, Epidemien, Naturkatastrophen oder andere Großschadensereignisse) verwendet. Stehen in einem Versorgungsbereich keine oder nicht ausreichend Finanzmittel zur Verfügung, kann der Vorstand die Kompensationszahlung aussetzen oder eine Quotierung der Zahlung festlegen. Stehen in einem Quartal in einem Versorgungsbereich mehr Finanzmittel zur Verfügung als für die Kompensationszahlungen eines

Quartals benötigt werden, werden diese für Kompensationszahlungen nachfolgender Quartale bereitgestellt. Eine ggf. mögliche Rückführung nicht benötigter Finanzmittel, orientiert an den zu erwartenden Bedarfen, erfolgt versorgungsbereichsspezifisch nach Beschluss durch den Vorstand der KVSA, spätestens nachdem die Kompensationszahlungen für das Abrechnungsquartal erfolgt sind, in dem die pandemische Lage oder das besondere Ereignis offiziell für beendet erklärt wurde. Für die Arztgruppe der Kinderärzte werden die Finanzmittel des Grundbetrags 4.1.4 einer gesonderten Betrachtung unterzogen.

2.) Antragsverfahren

Die KVSA prüft auf Antrag der Praxis den Anspruch auf Kompensationszahlung. Der Antrag auf Gewährung von Kompensationszahlungen gemäß § 87b Abs. 2a SGB V ist durch die betreffende Praxis in dem im KVSAonline-Portal zur Verfügung stehenden vollständig auszufüllenden elektronischen Antragsformular jeweils für das erste Quartal des Jahres vom 15. Mai bis zum 31. August des Jahres, für das 2. Quartal des Jahres vom 15. August bis 30. November des Jahres, für das 3. Quartal des Jahres vom 15. November des Jahres bis zum 28. Februar des Folgejahres und für das 4. Quartal des Jahres vom 15. Februar des Folgejahres bis zum 31. Mai des Folgejahres zu stellen. Außerhalb der Zeiträume eingehende oder unvollständig ausgefüllte Anträge werden nicht berücksichtigt. Kompensationszahlungen können darüber hinaus nur dann gewährt werden, wenn die Praxis im Abrechnungsquartal für das die Kompensationszahlung beantragt wird, im erteilten Umfang des Versorgungsauftrags zur Verfügung stand.

Bei einer Unterschreitung des Versorgungsauftrages kann eine Kompensationszahlung nur dann vorgenommen werden, wenn die Praxis durch das besondere Ereignis verursachte rechtfertigende Gründe für die Unterschreitung nachweist.

3.) Anspruchsvoraussetzungen

Für die Gewährung von Kompensationszahlungen gemäß § 87b Absatz 2a SGB V gelten folgende Anspruchsvoraussetzungen:

a) Fallzahlrückgang

Die Behandlungsfallzahl gemäß Bundesmantelvertrag § 21 Abs. 1 und 2, ausgenommen Behandlungsfälle mit ausschließlich telefonischen Arzt-Patienten-Kontakt gemäß EBM der Praxis muss im Abrechnungsquartal pandemiebedingt unterhalb der Behandlungsfallzahl gemäß Bundesmantelvertrag des Vergleichsquartals liegen.

Fallzahlminderungen, die auf nicht im Zusammenhang mit den besonderen Ereignissen (z. B. Urlaub) zurückzuführen sind oder Zeiträume für die anderweitige Ansprüche geltend gemacht werden können (z. B. Quarantäne) bleiben bei der Berechnung der Kompensationszahlungen unberücksichtigt.

b) Honorarrückgang

Das Gesamthonorar der Praxis muss im Abrechnungsquartal um mehr als 15 % unter dem Gesamthonorar der Praxis des Vergleichsquartals liegen.

Dabei gilt Folgendes:

aa) Das zu berücksichtigende Gesamthonorar der Praxis im Vergleichsquartal basiert auf dem zum Zeitpunkt der Berechnung anerkannten Gesamthonorar aller im Vergleichsquartal abgerechneten Leistungen (inkl. des Honorars der Sonstigen Kostenträger, der Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung, den Bereitschaftsdienstpauschalen, der sich aus einem besonderen Ereignis ergebenden Honorare aus gesonderten Verträgen und Verordnungen).

bb) Das Gesamthonorar je Praxis des Abrechnungsquartals basiert auf dem ermittelten Gesamthonorar aller im Abrechnungsquartal anerkannten Leistungen (inkl. des Honorars der Sonstigen Kostenträger, der Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung, den

Bereitschaftsdienstpauschalen, der sich aus einem besonderen Ereignis ergebenden Honorare aus gesonderten Verträgen und Verordnungen).

cc) Liegt das Gesamthonorar im Abrechnungsquartal bei mindestens 85 % des Gesamthonorars des Vergleichsquartals, besteht kein Anspruch auf eine Kompensationszahlung.

dd) Liegen keine Daten des Vergleichsquartals für die Praxis vor, besteht kein Anspruch auf eine Kompensationszahlung.

4. Höhe der Kompensationszahlungen

Die KVSA ermittelt bei Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen gemäß 3. die Höhe der Kompensationszahlung je Praxis soweit Finanzmittel für den jeweiligen Versorgungsbereich zur Verfügung stehen. Die Höhe der Kompensationszahlungen kann durch den Vorstand durch eine versorgungsbereichsspezifische Quotierung an die zur Verfügung stehenden Finanzmittel angepasst werden. Soweit keine ausreichenden Finanzmittel zur Verfügung stehen, kann die Kompensationszahlung ausgesetzt werden.

Die Kompensationszahlung der Praxis wird ab einer Höhe von 1.000 Euro gezahlt. Darunter liegende Beträge werden nicht ausgezahlt.

a) Berechnung der Kompensationszahlung je Praxis

Die Kompensationszahlung bemisst sich an der Honorardifferenz zwischen den im Vergleichsquartal und den im Abrechnungsquartal erbrachten MGV-Leistungen der Praxis, in Abhängigkeit der für den Ausgleich zur Verfügung stehenden Finanzmittel. Ein möglicher Ausgleich kann max. 85 % des Honorars für die zu berücksichtigenden MGV-Leistungen des Vergleichsquartals umfassen. Nicht berücksichtigt werden Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM. Bei der Feststellung der Honorare der im Abrechnungsquartal erbrachten MGV-Leistungen werden die Honorare, die sich aus den TSVG-Konstellationen, aus gesonderten Honoraren im Zusammenhang mit einem besonderen Ereignis sowie Änderungen der Honoraranteile, die sich aus der Abgrenzung zwischen der MGV- und EGV-Zuordnung (z. B. ASV) ergeben, berücksichtigt.

Bei der Berechnung der Kompensationszahlung der Praxis, sind die Auswirkungen des besonderen Ereignisses auf die Leistungen und Honorare der Kinderärzte, die aus dem Grundbetrag 4.1.4 zu vergüten sind, ggf. gesondert zu betrachten und zu bewerten.

Nachfolgende Regelungen sind zu beachten:

aa) Sofern die Praxistätigkeit im Abrechnungsquartal nicht vollständig im Abgleich zum Vergleichsquartal ausgeübt wurde, wird das Vergleichshonorar der Praxis zur Berechnung der Kompensationszahlung auf den Tag heruntergerechnet und auf die im Abrechnungsquartal abgerechneten Tage angepasst.

bb) Die Kompensationszahlung wird in der Höhe gemindert, in der die antragstellende Praxis Entschädigungen nach dem Infektionsschutzgesetz oder Ausgleichs- bzw. Hilfszahlungen aufgrund anderer Anspruchsgrundlagen für das betreffende Kalenderjahr erhalten hat.

Die Höhe der Inanspruchnahme von Ausgleichs- oder Hilfszahlungen ist durch den Arzt oder Psychotherapeuten innerhalb des Antragszeitraums im elektronischen Antrag im KVSAonline-Portal zwingend und vollständig anzugeben.

cc) Wenn für einen Arzt der Praxis ein Mindestumsatz gemäß Beschluss des Landesauschusses gewährt wird, ist die Anwendung der vorstehenden Regelungen für den betreffenden Arzt mit dem Mindestumsatz ausgeschlossen.

dd) Der Vorstand der KVSA entscheidet über die Anträge der Praxen auf Kompensationszahlung.

5. Sonderregelungen

- a) Eine Änderung des Versorgungsumfangs zwischen dem Vergleichsquartal und dem Abrechnungsquartal kann im Einzelfall nach Prüfung der Gesamtumstände durch den Vorstand im Rahmen des Antrags bei der Berechnung der Kompensationszahlung berücksichtigt werden.
- b) Der Vorstand der KVSA kann in begründeten Fällen zur Sicherung des Praxiserhalts von den o. a. Regelungen abweichen.

Anlage 7

zum Honorarverteilungsmaßstab der KVSA

Bereinigung

I. Bereinigung der Vergütungsvolumina der jeweiligen Grundbeträge

In den Vergütungsvolumen der jeweiligen Grundbeträge sind im aktuellen Abrechnungsquartal die notwendigen Bereinigungen, die durch das SGB V vorgesehen sind, sowie Änderungen in der Abgrenzung der MGV zu berücksichtigen. Die Umsetzung erfolgt anteilig aus dem bzw. in den jeweiligen betroffenen Vergütungsvolumen des jeweiligen Grundbetrags in der Höhe der gemäß dem gesamtvertraglich vereinbarten bzw. entsprechend den durch den Bewertungsausschuss festgelegten Verfahren zur Bereinigung bzw. Ein- oder Ausdeckelung bestimmten Beträge. Die durch den Bewertungsausschuss festgelegte Korrektur der Bereinigung bei Patienten der offenen Sprechstunde erfolgt aus den arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen. Mit Ausnahme der Bereinigung aufgrund von Ausdeckelungen oder der Addition aufgrund von Eindeckelung bleiben die Bereinigungen in den Ausgangswerten der jeweiligen Grundbeträge für das Folgejahr unberücksichtigt. Die Vorgaben der KBV zur Honorarverteilung bezüglich der Bereinigung sind zu beachten.

Die Bereinigung der arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen infolge des GKV-Finanzstabilisierungsgesetzes ergibt sich aus dem Anteil der abgerechneten bereinigungsrelevanten Leistungsmenge offener Sprechstunden je Arztgruppe an der bereinigungsrelevanten Gesamtleistungsmenge offener Sprechstunde. Die Berücksichtigung dieser Beträge erfolgt im jeweiligen Quartal des Folgejahres.

II. Bereinigung der Vorwegabzüge, Vergütungsbereiche, RLV, QZV, Laborvolumen und Individualbudgets für Verträge nach §§ 64, 73b, 87a, 116b und 140a SGB V

Gemäß §§ 64, 73b, 87a und 140a SGB V haben die Partner der Gesamtverträge nach § 83 SGB V den Behandlungsbedarf nach § 87a Abs. 3 Satz 2 SGB V entsprechend der Zahl und der Risiko- bzw. Morbiditätsstruktur der jeweils teilnehmenden Versicherten sowie dem in dem jeweiligen Modellvorhaben bzw. Selektivvertrag vereinbarten Inhalt zu bereinigen.

Um dem gesetzlichen Auftrag nachzukommen, bedarf es einer Regelung, die das Verfahren zur Berücksichtigung des kassenartenspezifisch bereinigten Behandlungsbedarfes der MGV bei der Bereinigung der arzt- und praxisbezogenen RLV, der QZV, der Laborvolumen, der Individualbudgets, der Vergütungsbereiche oder Vergütungsvolumen verbindlich und kassenartenübergreifend regelt. Vorgaben der KBV sind zu beachten und haben Vorrang vor den hier aufgeführten Regelungen, soweit diese die Bereinigung der Vorwegabzüge, der Vergütungsbereiche, der RLV, der QZV, der Laborvolumen oder der Individualbudgets betreffen.

Darüber hinaus sind die Bereinigungen im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung gemäß § 116b SGB V in den jeweils betroffenen Vorwegabzügen, Vergütungsbereichen, RLV, QZV, Laborvolumen oder der Individualbudgets zu berücksichtigen. Die gesonderten Vorgaben des Bewertungsausschusses bzw. der KBV sind zu beachten. Darüber hinaus erfolgt die Bereinigung soweit möglich analog den nachfolgenden Ausführungen.

1) Grundsätze der Bereinigung

Voraussetzung für die Bereinigung ist, dass von der betreffenden Krankenkasse, die einen bereinigungsrelevanten Vertrag auf o. g. Grundlagen geschlossen hat, zur Bereinigung des Behandlungsbedarfes und der MGV eine gesonderte, auf den jeweiligen konkreten bereinigungsrelevanten Vertrag bezogene Vereinbarung mit der KVSA getroffen bzw. festgesetzt wurde.

Eine Bereinigung der Grundbeträge, Vorwegabzüge, Vergütungsbereiche, arzt- und praxisbezogenen RLV bzw. der QZV, Laborvolumen, Vergütungsvolumen oder Individualbudgets setzt eine bereinigte MGV für den betreffenden Zeitraum voraus. Eine Bereinigung erfolgt unter der Voraussetzung, dass die in der MGV bereinigten Leistungen entsprechenden Regelungen für die Arztgruppe unterliegen.

Für die Ärzte, die nicht an einem für ihre Arztgruppe gültigen bereinigungsrelevanten Vertrag teilnehmen, kann eine Absenkung oder Anhebung des zu erwartenden Honorars von maximal 2,5 Prozent erfolgen. Darüber hinaus gehende Bereinigungsbeträge werden nur bei den an dem Selektivvertrag teilnehmenden Ärzten der vom Selektivvertrag betroffenen Arztgruppe angewandt.

Grundlage der Bereinigung ist der in der bereinigten MGV entsprechend der für den betroffenen Versorgungsbereich bzw. die Praxis ermittelte Betrag.

Das Bereinigungsvolumen ist für jeden zu bereinigenden Vertrag und je Quartal zwischen der betroffenen Krankenkasse und der KVSA zu ermitteln. Das gemeinsam festgestellte bzw. vom Schiedsamt festgesetzte Bereinigungsvolumen der MGV wird entsprechend der Zuordnung der Leistungen zu den Grundbeträgen, Vorwegabzügen, RLV, QZV, den Laborvolumen, den Individualbudgets, den betreffenden Budgets oder Vergütungsbereichen ermittelt und ist den entsprechenden Finanzmitteln zu entnehmen.

Die Bereinigung der RLV, QZV, der Laborvolumen, der Individualbudgets, ggf. zutreffender Budgets, von Vergütungsbereichen oder sonstigen Vorwegabzügen erfolgt nur bei denjenigen Ärzten, Arztgruppen, Leistungen, Kostenerstattungen und Fällen aus dem zu bereinigenden Behandlungsbedarf nach § 87a Abs. 3 Satz 2 SGB V, die den jeweiligen Begrenzungsregelungen unterliegen.

Zu bereinigen sind i. d. R. die RLV und/oder QZV, Laborvolumen, Individualbudgets bzw. die betreffenden Budgets oder sonstigen Vergütungsbereiche oder Vergütungsvolumen der Praxen/Einrichtungen, in denen Ärzte tätig sind, die an dem von einer Krankenkasse geschlossenen bereinigungsrelevanten Vertrag teilnehmen. Die Auswirkungen der Bereinigung werden für die betroffenen Praxen/Einrichtungen mit der Quartalsabrechnung des Bereinigungs- und Abrechnungsquartals dargestellt.

Die Bereinigungen sind für jeden betroffenen bereinigungsrelevanten Vertrag getrennt durchzuführen.

2) Durchführung der Bereinigung - Verträge mit ex ante Einschreibung

Ausgehend von der Berechnung der RLV, QZV, Individualbudgets, Laborvolumen, den betreffenden Vergütungsbereichen und Vorwegabzügen auf Basis der unbereinigten MGV wird für jeden am Vertrag mit Bereinigung teilnehmenden Arzt der zu bereinigende Betrag ermittelt.

a) Bereinigung von Vergütungsbereichen

Sind Leistungen von der Bereinigung betroffen, die nicht den RLV, QZV unterliegen, erfolgt die Bereinigung des Betrages aus den jeweiligen Grundbeträgen bzw. Vergütungsvolumen, Vergütungsbereichen, Individualbudgets, Laborvolumen oder Vorwegabzügen, dem die Leistungen zuordnen sind.

b) Bereinigung des RLV

Nach Berechnung des unbereinigten RLV-Fallwertes der Arztgruppe und der RLV-Fallzahl der Arztgruppe der am Vertrag mit Bereinigung teilnehmenden Ärzte wird das ermittelte Bereinigungsvolumen, das auf die Leistungen des RLV abstellt, in Abzug gebracht. Zur Berechnung der bereinigten RLV-Fallzahl der Arztgruppe wird von der unbereinigten RLV-Fallzahl die Anzahl der in den bereinigungsrelevanten Vertrag für diese Arztgruppe eingeschriebenen Versicherten abgezogen. Für die betreffende Arztgruppe wird ein bereinigter RLV-Fallwert durch Division des bereinigten RLV-Vergütungsbereiches und der bereinigten RLV-Fallzahl gebildet.

Für den am bereinigungsrelevanten Vertrag teilnehmenden Arzt errechnet sich das RLV durch Multiplikation der bereinigten RLV-Fallzahl mit dem bereinigten RLV-Fallwert der Arztgruppe. Im Übrigen gelten die Regelungen des HVM.

c) Bereinigung der QZV

Sofern auf den QZV-Leistungsumfang i der Arztgruppe AG ein Teil des Bereinigungsbetrags der MGV aufgrund eines bereinigungsrelevanten Vertrags mit ex ante Einschreibung von Versicherten entfällt, wird dieser wie folgt auf die einzelnen an diesem bereinigungsrelevanten Vertrag mit ex ante Einschreibung von Versicherten teilnehmenden Ärzte aufgeteilt.

$BE_{-QZV}^i_{AG}$ Auf den QZV-Leistungsumfang i der Arztgruppe AG entfallender Teil des Bereinigungsbetrags der MGV für den bereinigungsrelevanten Vertrag mit ex ante Einschreibung von Versicherten

$SV_E_{Arzt}^i$ Anzahl der bei einem Arzt der Arztgruppe AG, der Anspruch auf das arztgruppenspezifische Zusatzvolumen i hat und an dem bereinigungsrelevanten Vertrag mit ex ante Einschreibung von Versicherten teilnimmt, in diesen Vertrag eingeschriebenen Versicherten

$SV_E_{AG}^i = \sum SV_E_{Arzt}^i$ Gesamtanzahl der bei den Ärzten der Arztgruppe AG mit Anspruch auf das arztgruppenspezifische Zusatzvolumen i, die an dem bereinigungsrelevanten Vertrag mit ex ante Einschreibung von Versicherten teilnehmen, in diesen Vertrag eingeschriebenen Versicherten

$BE_{-QZV}^i_{Arzt} = BE_{-QZV}^i_{AG} * \frac{SV_E_{Arzt}^i}{SV_E_{AG}^i}$ Auf einen einzelnen am Selektivvertrag teilnehmenden Arzt entfallender Teil des Bereinigungsbetrags innerhalb des QZV i

Das zugewiesene arztindividuelle QZV $^i_{Arzt}$ wird bei an dem bereinigungsrelevanten Vertrag teilnehmenden Ärzten, die Anspruch auf das QZV $_{Arzt}$ haben, um den Bereinigungsbetrag BE $_{-QZV}^i_{Arzt}$ vermindert.

Sollte dieser Bereinigungsbetrag für einen Arzt sein unbereinigtes QZV_{Arzt}^i überschreiten, so wird das RLV dieses Arztes (ggf. zusätzlich) um den übersteigenden Bereinigungsbetrag vermindert und diesem Arzt kein bereinigtes QZV zugewiesen.

d) Bereinigung Labor

Die der Bereinigung unterliegenden Leistungen des Kapitels 32 EBM werden arztspezifisch beim Honorar aus Laborleistungen abgezogen.

3) Durchführung der Bereinigung - Verträge mit situativer Einschreibung

Im Rahmen der Bereinigung auf der Grundlage von bereinigungsrelevanten Verträgen mit situativer Einschreibung wird wie folgt verfahren:

- a) Ermittlung des zu bereinigenden Gesamtvolumens für den entsprechenden bereinigungsrelevanten Vertrag,
- b) Ermittlung des Anteils des teilnehmenden Arztes am unter a) ermittelten Bereinigungsvolumen,
- c) Abzug des unter b) ermittelten Anteils des/der teilnehmenden Arztes/Ärzte vom RLV/QZV, Laborvolumen, Individualbudget, Budget, Vergütungsbereich oder Vorwegabzug (Honorar) der betroffenen Arztgruppe und des/der teilnehmenden Arztes/Ärzte.

Anlage 8
zum Honorarverteilungsmaßstab der KVSA

gemäß 4.1.1 2. Absatz: Vergütung und Steuerung von laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen im Rahmen des ärztlichen Bereitschaftsdienstes und die Notfallleistungen der Nichtvertragsärzte, Krankenhäuser und Institute

Medizinisch ausreichende, notwendige und zweckmäßige laboratoriumsmedizinische Untersuchungen zur überbrückenden Erstversorgung:

GPT (GOP 32070)

AP (GOP 32068)

Bilirubin (GOP 32058, 32059)

Blutbild (GOP 32120-32123)

Blutzucker (GOP 32025, 32057)

CRP (GOP 32128)

CK (MB) (GOP 32092)

D-Dimere (GOP 32027, 32117, 32212)

Elektrolyte (GOP 32081, 32083)

Harnteststreifen (GOP 32033)

Gamma-GT (GOP 32071)

Kreatinin (GOP 32067)

Harnstoff (GOP 32065)

Lipase (GOP 32073)

TPZ (GOP32026, 32114)

Troponin T qualitativ (GOP 32150)

Troponin quantitativ (GOP 32416)

TSH (GOP 32101)

Ggf. Zuschlagträgergebundene Reagenzien (GOP 32089)