Kassenärztliche Vereinigung NORDRHEIN
Engagiert für Gesundheit.

Honorarverteilungsmaßstab der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

Soweit sich die nachfolgenden Vorschriften auf Ärzte beziehen, gelten sie entsprechend für deren Gemeinschaften, Psychotherapeuten, Angestellte und Medizinische Versorgungszentren, sofern nichts Abweichendes bestimmt ist.

§ 1
Abrechnung

1) Abrechnungsfähigkeit von Leistungen

Abrechnungsfähig sind alle zur ärztlichen Behandlung und Betreuung gehörenden Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 73 Abs. 2 SGB V mit Ausnahme der Nrn. 2 und 2a. Die Leistungen müssen nach den für die Durchführung maßgeblichen Bestimmungen des SGB V und der darauf gründenden Regelungen, insbesondere im Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) inklusive seiner Anlagen, Einheitlichen Bewertungsmaßstab/Euro-Gebührenordnung (EBM) sowie der Richtlinien erbracht worden sein.

Nicht abrechnungsfähig sind insbesondere

- Leistungen, für die eine Genehmigung durch oder auf Grund eines Gesetzes oder eines Gesamtvertrages vorgeschrieben ist, wenn eine solche nicht erteilt wurde,
- fachfremde Leistungen, es sei denn, dass sie zur Erstversorgung eines Notfalles notwendig sind,
- Leistungen, die unmittelbar zwischen Leistungserbringern, deren Zusammenschlüssen und/oder deren Trägern mit den Krankenkassen vereinbart wurden, auch wenn sie Leistungsinhalt einer Leistung nach dem EBM sind, sofern keine abweichenden Regelungen getroffen sind,
- Untersuchungen und Behandlungen aus betriebsärztlicher Tätigkeit,
- Schutzimpfungen, die nicht zur unmittelbaren Krankheitsbehandlung gehören, es sei denn, es bestehen insoweit besondere vertragliche Regelungen,
- badeärztliche Behandlung,
- Atteste und Untersuchungen zum Zwecke der Einleitung eines Heil- oder Rentenverfahrens für alle Kostenträger, außer wenn die Primärkrankenkassen, die Knappschaft sowie die Ersatzkassen selbst die Kostenträger sind,
- Bescheinigungen für Arbeitgeber und Behörden,
- Leistungen im Auftrag des medizinischen Dienstes sowie die Ausstellung von Bescheinigungen und Erstellung von Berichten, welche die Krankenkassen oder der medizinische Dienst zur Durchführung ihrer gesetzlichen Aufgaben oder welche die Versicherten für den Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts nicht benötigen,
- Behandlung von Unfallverletzten oder Berufskrankheiten im Auftrag der Berufsgenossenschaften,
- Leistungen nach dem Infektionsschutzgesetz im Auftrag der Gesundheitsämter,
- Besuchsgebühren bei Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern, die mit gewisser Regelmäßigkeit am selben Ort (z. B. Krankenhaus, Entbindungsanstalt) durchgeführt werden,
- Besuchsgebühren, wenn sich ein an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmender Arzt im Rahmen der ambulanten vertragsärztlichen Behandlung zur Vornahme einer vereinbarten ärztlichen Verrichtung (z. B. Anästhesie/Narkose) in die Praxis eines anderen Vertragsarztes oder in ein OP-Zentrum begibt,
- die Selbstbehandlung sowie die Behandlung von Familienangehörigen,
- Leistungen in Heimen, für die ein Betreuungsvertrag besteht.

Die ärztlichen Leistungen sind mit der jeweiligen Gebührenordnungsposition (GOP) des EBM oder sonstiger Bestimmungen einzutragen. Die Eintragungen haben individuell zu erfolgen.

2) Rechnungslegung

a) Abrechnung

Die Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen ist quartalsweise auf der Grundlage der Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) für den Einsatz von IT-Systemen in der Arztpraxis zum Zwecke der Abrechnung gemäß § 295 Abs. 4 SGB V in der jeweils geltenden Fassung, veröffentlicht im Deutschen Ärzteblatt, grundsätzlich mittels Informationstechnologie (IT) vorzunehmen. Dabei hat die Übermittlung der Abrechnungsdaten leitungsgebunden und die der abrechnungsbegründenden Daten einschließlich Dokumentationen und Qualitätsindikatoren sowie der zu übermittelnden Statistikdaten nach Maßgabe der vom Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein erlassenen Richtlinie zur IT-gestützten Quartalsabrechnung (IT-Rtl. KVNO), die grundsätzlich für die Abrechnungslegung gelten, in der jeweils geltenden Fassung, veröffentlicht im offiziellen Veröffentlichungsorgan, zu erfolgen. Mehrere dieser Abrechnungsübermittlungen während eines Quartals für denselben Versicherten zu Lasten derselben Krankenkasse bei demselben Arzt/derselben Praxis sind für die Abrechnung als ein Behandlungsfall zu führen. Dies gilt nicht, wenn der Versicherte während des Behandlungsquartals die Krankenkasse gewechselt hat bzw. bei Leistungen im organisierten ärztlichen Notfalldienst bei eigenen Patienten.
Die Abrechnung mittels IT ist an den Einsatz einer von der KBV zertifizierten Software gebunden. Die Voraussetzungen für eine derartige Abrechnungslegung sowie weitere Voraussetzungen für eine ordnungsgemäße Abrechnungslegung sind in der IT-Rtl. KVNO geregelt.

b) Persönliche Rechnungslegung

Die Rechnungslegung ist persönlich – ohne die Einschaltung von Dritten, insbesondere sog. Verrechnungsstellen, soweit nicht ausdrücklich gesetzlich oder vertraglich vorgesehen – vorzunehmen. Die aufgrund unzulässiger Datenverarbeitung erstellte Abrechnung darf nicht verwendet werden und wird zurückgewiesen.

3) Kennzeichnungspflichten

Bei der Abrechnung der vertragsärztlichen Leistungen ist eine arztbezogene Kennzeichnung unter Angabe der Arztnummer (LANR) und der Betriebs- und Nebenbetriebsstättennummern (BSNR/NBSNR) vorzunehmen. Die Erfüllung der Kennzeichnungspflicht ist Voraussetzung für die Ermittlung der arztbezogenen RLV-Fallzahl und dafür, dass die von der jeweiligen Praxis zur Abrechnung gebrachten Leistungen vergütet werden.

4) Sammelerklärung

Voraussetzung der Abrechnung ist, dass alle Leistungserbringer die vom Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein für die Abrechnung festgesetzten Erklärung(en) auf Vordruck (Sammelerklärung) ordnungsgemäß und vollständig abgeben. Dabei sind von den Leistungserbringern die für das jeweilige Quartal von der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein zur Verfügung gestellten Vordrucke zu benutzen. In der Sammelerklärung ist durch Unterschrift zu bestätigen, dass der Unterzeichner die Verantwortung für die Erfüllung der Abrechnungsvoraussetzungen trägt, weil er sie selbst erfüllt oder sich von deren Erfüllung persönlich überzeugt hat. Im letzten Fall genügt bei einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) die Unterschrift eines Partners. Bei einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) und bei Krankenhäusern ist die Unterschrift

des ärztlichen Leiters bzw. Leitenden Arztes erforderlich. Im Falle dessen kurzfristiger Verhinderung ist die Unterzeichnung durch einen stellvertretenden ärztlichen Leiter im Einzelfall zulässig, wenn dieser bereits im Vorfeld durch den Betreiber des MVZ gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein schriftlich benannt worden ist. Im Falle einer kooperativen Leitung des MVZ gilt Satz 4 entsprechend. Bei Abrechnung von Leistungen im organisierten ärztlichen Notfalldienst unter einer speziellen BSNR/NBSNR, für Notfallpraxen im Sitzdienst bzw. je Fahrdienstbereich im Fahrdienst, ist die Abrechnung von dem oder den für die Ordnungsgemäßheit der Abrechnung jeweils verantwortlichen Arzt/Ärzten zu unterzeichnen. Die Erklärung kann auch in einer vom Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein zugelassenen elektronischen Form abgegeben werden. Eine Veränderung des Erklärungstextes führt zur Unwirksamkeit.

5) Abrechnungsfristen

a) Fristen

Die Abrechnungsunterlagen im Sinne von Abs. 2a) (Abrechnungsscheine und abrechnungsbegründende Unterlagen) sind innerhalb der in der IT-Rtl. KVNO genannten Abgabefristen einzureichen.
Soweit für einen Behandlungsfall innerhalb dieser Fristen – z. B. in den Fällen des § 18 Abs. 8 Nr. 1 BMV-Ä – keine Abrechnungsunterlagen übermittelt wurden, können diese innerhalb der Jahresfrist gemäß Satz 4 eingereicht werden; dann erfolgt die Honorarverteilung nach Maßgabe der Regelungen des Einreichungsquartals; die Regelungen nach Abs. 5b) finden Anwendung.
Nach ihrer Abgabe können grundsätzlich keine nachträglichen Berichtigungen oder Ergänzungen bereits eingereichter Abrechnungsunterlagen für einen Behandlungsfall geltend gemacht werden; ausnahmsweise kann eine Nachbearbeitung mit der Folge aus Abs. 5b) verlangt werden, wenn der Abrechnungsausschluss in Relation zum Gesamthonorarvolumen einen unverhältnismäßigen Eingriff in den Teilhabeanspruch der Praxis bewirkt.
Die Einreichung von Abrechnungsunterlagen nach Ablauf eines Jahres, vom Ende des Kalendervierteljahres an gerechnet, in dem die Leistungen erbracht worden sind, ist ausgeschlossen.

b) Mögliche weitere Folgen bei verspäteter Abrechnung

Bei verspäteter Abrechnung gilt Folgendes:

(1) Vorauszahlungen werden bis zur Vorlage der Abrechnungsunterlagen eingestellt bzw. ermäßigt.
(2) Von dem anerkannten Honoraranspruch für die verspätet eingereichte Abrechnung werden 10 %, jedoch maximal Euro 10.000,00 pauschaliert zur Deckung des zusätzlich entstehenden Aufwandes in Abzug gebracht.

Von den Maßnahmen nach (1) und (2) kann ganz oder teilweise abgesehen werden, wenn der Arzt nachweist, dass er die Einreichungsfrist ohne sein Verschulden versäumt hat, oder wenn der Verwaltungsaufwand für die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein gering ist (z. B. Einreichung vor Bearbeitung der Arztgruppe). Die Regelung unter (2) wird auch zu Grunde gelegt, wenn zwei oder mehr Abrechnungen wegen eines Statuswechsels/einer Änderung der Kooperationsform während eines Quartals durchgeführt werden müssen und der Statuswechsel/die Änderung der Kooperationsform während des Quartals aus Gründen erfolgt, die die Praxis zu vertreten hat.

6) Einzelne Abrechnungsregeln

a) Organisierter ärztlicher Notfalldienst und Urlaubs- bzw. Krankheitsvertretung

Abrechnungsscheine für den organisierten ärztlichen Notfalldienst, Urlaubs- bzw. Krankheitsvertretung (Muster 19) berechtigen nur zur Abrechnung von Vertretungsleistungen und im Notfall von Leistungen der Erstversorgung. Vertretungsleistungen kommen nur dann in Betracht, wenn es sich um eine mindestens halbtägige Vertretung im Sinne des § 32 Abs. 1 Ärzte-ZV handelt, die eine Abwesenheit des vertretenen Arztes voraussetzt.
Bei Vertretungen im organisierten Notfalldienst durch einen Vertragsarzt, d. h. ohne Austausch des zum Notdienst Verpflichteten, hat der Vertreter die erbrachten Leistungen über Muster 19 unter seiner BSNR abzurechnen, sofern er den Notfalldienst in seiner eigenen Praxis wahrnimmt; dagegen sind die Leistungen bei Vertretung in den Praxisräumen des vertretenen Arztes oder in einer von der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein und Ärztekammer Nordrhein genehmigten Notfallpraxis unter dessen BSNR abzurechnen. Bei Vertretungen im organisierten Notfalldienst durch einen Nichtvertragsarzt sind die erbrachten Leistungen über Muster 19 unter der BSNR/NBSNR des vertretenen Arztes abzurechnen. Sofern Nichtvertragsärzten eine eigene BSNR/NBSNR zugeteilt wurde, ist diese nur bei persönlicher Einteilung zum organisierten ärztlichen Notfalldienst verwendbar. Sofern im Sitzdienst spezielle BSNR/NBSNR für Notfallpraxen vergeben wurden, sind diese bei der Ableistung des organisierten Notfalldienstes in den Notfallpraxen zu verwenden; außerdem hat die Abgabe der Abrechnung dieser Leistungen durch die betreffende Notfallpraxis unter dieser speziellen BSNR/NBSNR zu erfolgen, sobald diese die technischen Voraussetzungen hierfür erfüllt; das sich ergebende Honorar wird entsprechend der Abrechnung zwischen den zum Notdienst eingeteilten Praxen aufgeteilt und in deren Quartalskonto-/Abrechnungsbescheiden, differenziert nach LANR, ausgewiesen. Sofern im Fahrdienst spezielle BSNR/NBSNR je Fahrdienstbereich vergeben wurden, sind diese bei der Ableistung des organisierten Notfalldienstes im Fahrdienst zu verwenden; die weiteren Regelungen gemäß Satz 8 gelten entsprechend.
Bei Vertretungen im Urlaubs- bzw. Krankheitsfall durch einen Vertragsarzt hat der Vertreter die erbrachten Leistungen über Muster 19 unter seiner BSNR abzurechnen, sofern er den Dienst in seiner eigenen Praxis wahrnimmt; dagegen sind die Leistungen bei Vertretung in den Praxisräumen des vertretenen Arztes unter dessen BSNR abzurechnen.

b) MKG-Chirurgen

Im Falle der Leistungserbringung auf Überweisung gilt für MKG-Chirurgen, die sowohl zur vertragsärztlichen als auch zur vertragszahnärztlichen Versorgung zugelassen sind, dass die Leistungen bei einer Behandlung aufgrund einer Überweisung durch einen Vertragsarzt ausschließlich über die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein abzurechnen sind, hingegen über die Kassenzahnärztliche Vereinigung bei einer Überweisung durch einen Vertragszahnarzt.

c) Krankenhäuser und/oder ermächtigte Krankenhausärzte

(1) Eine Abrechnung ambulanter Notfallleistungen erfolgt durch das Krankenhaus; die Abrechnung derartiger Leistungen durch den ermächtigten Krankenhausarzt ist nicht zulässig. Dabei sind sämtliche Leistungen eines Krankenhauses bei ambulanter Notfallbehandlung bei einem Patienten auf demselben Behandlungsschein abzurechnen; Datum und Uhrzeit der Behandlung sind als Abrechnungsvoraussetzung anzugeben. Während der üblichen Praxiszeiten können grundsätzlich keine ambulanten Notfallleistungen abgerechnet werden. Nicht abrechnungsfähig sind ambulante Notfallleistungen eines Krankenhauses,

wenn sich die Notwendigkeit einer stationären Aufnahme ergibt und diese an demselben Tage in demselben Krankenhaus erfolgt. Einer Aufnahme in demselben Krankenhaus steht die Aufnahme in einem anderen Krankenhaus gleich, wenn für die Aufnahme dort kein zwingender medizinischer Grund besteht. Ein solcher Grund besteht insbesondere dann nicht, wenn beide Krankenhäuser die für den Einzelfall relevanten gleichen medizinischen Fachabteilungen vorhalten.

(2) Ebenfalls nicht abrechnungsfähig sind Leistungen, die aufgrund einer Krankenhauseinweisung im Rahmen der Aufnahmeuntersuchung von einem an diesem Krankenhaus tätigen Krankenhausarzt erbracht werden. Gleiches gilt für vor- und nachstationäre Behandlungen im Sinne von § 115a SGB V.

(3) Ambulant ausgeführte vertragsärztliche Leistungen sind von einem Krankenhausarzt bzw. einem ermächtigten Institut dann nicht abrechnungsfähig, wenn der Kranke an demselben Tage wegen derselben Krankheit in die stationäre Behandlung desselben Krankenhauses aufgenommen wird.

§ 2
Sachlich-rechnerische Berichtigung

Die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein überprüft durch automatisierte Verfahren oder repräsentative Stichproben die Abrechnungsunterlagen des Arztes u. a. auf sachlich-rechnerische Richtigkeit. Dabei sind sich ergebende sachlich-rechnerische Berichtigungen (z. B. unrichtige Anwendung des EBM, Abrechnung fachfremder Leistungen, Abrechnung von Leistungen außerhalb der Ermächtigung) dem Arzt, soweit sie diesen beschweren, mitzuteilen. Dies gilt nicht, wenn insbesondere zwingende Bestimmungen des EBM und/oder Bestimmungen des Regelwerks außer Acht gelassen wurden und/oder die sachlich-rechnerische Berichtigung pro Quartalsabrechnung unter Euro 200 liegt.

§ 3
Vergütungsgrundsätze

1) Grundsätze

Zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen gegenüber den Leistungserbringern werden die Preise der regionalen Euro-Gebührenordnung (§ 87a SGB V) herangezogen, sofern nichts Abweichendes bestimmt ist. Die regionale Euro-Gebührenordnung ist der EBM für ärztliche Leistungen gemäß § 87 Abs. 1 SGB V, dessen Punktzahlen mit dem regional vereinbarten Punktwert multipliziert werden. Dieser regionale Punktwert wird von den Partnern der Gesamtverträge grundsätzlich in Höhe des Orientierungswertes vereinbart, sodass als regionale Gebührenordnung grundsätzlich die Euro-Gebührenordnung, veröffentlicht im Deutschen Ärzteblatt, in ihrer jeweils geltenden Fassung gilt. Zusätzlich werden Struktur-/Förderzuschläge, sofern diese im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein oder aufgrund von Strukturverträgen vereinbart sind, gezahlt.

Im Weiteren werden – entsprechend Teil G der Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß § 87b Abs. 4 SGB V zur Honorarverteilung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen in ihrer jeweils gültigen Fassung (KBV-Vorgaben) – Einmalzahlungen im Sinne einer Anschubfinanzierung an anerkannte Praxisnetze unter den Voraussetzungen der Richtlinie der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein zur Förderung von Praxisnetzen vorgenommen.

2) Leistungen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV)

Die Verteilung der zwischen den Partnern der Gesamtverträge vereinbarten MGV wird entsprechend den nachfolgenden Regelungen durch Regelleistungsvolumina (RLV) und

qualifikationsgebundene Zusatzvolumina (QZV) begrenzt sowie einer Steuerung durch Kontingentierung bzw. Quotierung unterzogen, soweit sie außerhalb der arzt- und praxisbezogenen RLV und QZV vergütet bzw. von Arztgruppen, die nicht dem RLV unterliegen, erbracht werden. Dabei kann die Kontingentierung bzw. Quotierung u. a. nach den KBV-Vorgaben zu einer geringeren Vergütung als nach der regionalen Euro-Gebührenordnung führen.

3) **Leistungen außerhalb der MGV**
Die arztseitige Vergütung von Leistungen außerhalb der MGV erfolgt nach den getroffenen Vereinbarungen in der jeweils gültigen Fassung. Dazu werden der jeweils geltende regional vereinbarte Punktwert und vereinbarte Struktur-/Förderzuschläge bzw. die jeweils vereinbarten Euro-Beträge herangezogen. Dies gilt auch für die Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM aller Arztgruppen sowie der probatorischen Sitzungen (GOP 35150 EBM) der in § 87b Abs. 2 Satz 4 SGB V genannten Arztgruppen.

4) **Bereinigung**
Nach Abschluss von Selektivverträgen nach §§ 63 ff, 73b und 140a SGB V sowie aufgrund einer Vereinbarung nach § 116b SGB V und sonstiger gesetzlicher Vorgaben erfolgt eine Bereinigung unter Berücksichtigung der gesetzlichen Bestimmungen sowie KBV-Vorgaben. Insbesondere erfolgt eine Bereinigung dort, wo die entsprechende Leistung zuzuordnen ist. Die Bereinigungsbeträge werden dafür anteilig auf die betroffenen Förder-, Vergütungs-, Verteilungsvolumina bzw. Vergütungsbereiche im Sinne von § 7 Abs. 1, Anlage 2 und Anlage 5, die in ihrer jeweils geltenden Fassung Bestandteil dieses Honorarverteilungsmaßstabes (HVM) sind, aufgeteilt.

5) **Anpassungsfaktoren**
Insbesondere zur Berücksichtigung von Beschlüssen des Bewertungsausschusses (z. B. Beschluss in seiner 218. Sitzung am 26.03.2010), gesetzlichen Änderungen oder Änderungen des EBM ist eine Anpassung der Leistungsmengen aus den Basisquartalen vorzunehmen. Die Änderungen werden regelmäßig mittels Anwendung von Anpassungsfaktoren berücksichtigt. Historische Daten werden dabei fortgeschrieben; eine Berücksichtigung erfolgt in der Regel für vier Quartale, sofern das gewünschte Ziel erreicht ist.

§ 4
Rückstellungen

1) Rückstellungen werden nach den Prognosen des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein quartalsweise in der angenommenen ausreichenden Höhe aus der MGV gebildet. Die Rückstellungsbereiche sind untereinander ausgleichsfähig.

2) Für die Bereinigung aufgrund von Selektivverträgen nach §§ 63 ff und 140a SGB V sowie aufgrund einer Vereinbarung nach § 116b SGB V werden Rückstellungen in den betroffenen Vergütungs-, Verteilungsvolumina bzw. Vergütungsbereichen im Sinne von § 7 Abs. 1, Anlage 2 und Anlage 5 gebildet. Die Höhe der Rückstellung je Vergütungs-, Verteilungsvolumina bzw. Vergütungsbereich entspricht dabei dem jeweiligen Anteil an dem übermittelten Bereinigungsbetrag.

§ 5
Arzt- und praxisbezogene RLV und QZV im fachärztlichen Versorgungsbereich

1) Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung

Zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der vertragsärztlichen Tätigkeit werden im fachärztlichen Versorgungsbereich für die Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen arzt- und praxisbezogene RLV und QZV vorgegeben. Die Berechnung und Anpassung der RLV und QZV ergibt sich aus den nachfolgenden Bestimmungen.

Die RLV werden quartalsweise je Arzt für die in der Anlage 1, die in ihrer jeweils geltenden Fassung Bestandteil dieses HVM ist, benannten Arztgruppen ermittelt. Hierbei, wie auch bei den QZV ist der Umfang der Tätigkeit des einzelnen (auch angestellten) Arztes in der Regel laut Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid zu berücksichtigen. Für die arztbezogene Ermittlung eines QZV muss der einzelne Arzt die in Anlage 2 Schritt 5, Abs. 3 benannte Voraussetzung für das jeweilige QZV erfüllen.

Die quartalsweise Zuordnung der RLV und QZV erfolgt praxisbezogen. Dabei ergibt sich die Höhe des RLV/QZV einer Arztpraxis aus der Addition der RLV und QZV je Arzt, die in der Arztpraxis tätig sind, sofern sich aus den übrigen Bestimmungen nichts Abweichendes ergibt.

Für Vertragsärzte, die außer in ihrer Arztpraxis auch in einer oder mehreren Teil-BAG tätig sind, wird ein gesamtes RLV für die vom jeweiligen Vertragsarzt in der Arztpraxis und in der(n) Teil-BAG erbrachten Leistungen ermittelt.

2) Bildung der RLV und QZV

Zu den Einzelheiten der Bildung der RLV und QZV wird auf die Anlage 2 verwiesen.
Die arztgruppenspezifisch ermittelten QZV sind in Anlage 3, die in ihrer jeweils geltenden Fassung Bestandteil dieses HVM ist, aufgeführt.

3) Kalkulationssicherheit und Verrechnung der RLV und QZV

a) Kalkulationssicherheit

Zur Gewährleistung der Kalkulationssicherheit hinsichtlich der Höhe des zu erwartenden Honorars (§ 87b Abs. 2 Satz 1 SGB V) werden die sich nach Anlage 2 Schritt 4 errechnenden arztgruppenspezifischen kalkulatorischen RLV- und QZV-Fallwerte vor Beginn des Geltungszeitraumes auf der Homepage der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein unter www.kvno.de veröffentlicht.
Diese kalkulatorischen Fallwerte können gemäß Anlage 2 Schritt 5, Abs. 1 eine rechnerische Anpassung erfahren. Hierbei können jedoch die ermittelten rechnerischen RLV-Fallwerte die kalkulatorischen RLV-Fallwerte um maximal 5 % und die ermittelten rechnerischen QZV-Fallwerte die kalkulatorischen QZV-Fallwerte um maximal 15 % unterschreiten.

b) Verrechnung

Dem einer Arztpraxis zugeordneten RLV und ggf. QZV steht die in der Arztpraxis abgerechnete Leistungsmenge insgesamt gegenüber, d. h. sofern das RLV und/oder QZV nicht ausgeschöpft ist, kann das noch zur Verfügung stehende Honorarvolumen mit Leistungen aus dem RLV und/oder QZV ausgefüllt werden und umgekehrt. Hierbei sind auch die Leistungen zu berücksichtigen, die von den beteiligten Vertragsärzten ggf. in Teil-BAG erbracht werden.

4) Fallzahlzuwachsbegrenzung

a) Sofern die Summe aller RLV-Fälle und gleichzeitig auch die durchschnittliche RLV-Fallzahl je Arzt, unter Berücksichtigung des Tätigkeitsumfangs gemäß Zulassung, einer gemäß in Anlage 1 benannten Arztgruppe im Vergleich zum Vorjahresquartal um mehr als 5 % zunimmt, wird abweichend von Anlage 2 Schritt 5, Abs. 2a) als RLV-Fallzahl für diejenigen Ärzte dieser Arztgruppe, deren individueller Fallzahlzuwachs ebenfalls mehr als 5 % beträgt, die um 5 % erhöhte RLV-Fallzahl des Vorjahresquartals zur Berechnung des RLV zugrunde gelegt, soweit sich nicht aus den nachstehenden Bestimmungen Ergänzungen oder Abweichungen ergeben.

Bei Arztgruppen mit weniger als 70 vollen Versorgungsaufträgen im aktuellen Abrechnungsquartal kommt die vorgenannte Regelung nicht zur Anwendung.
Die Arztgruppen „Fachärzte für Nervenheilkunde“ und „Fachärzte für Neurologie“ werden bei der Feststellung der Zunahme der RLV-Fälle und der durchschnittlichen RLV-Fallzahl je Arzt gemeinsam betrachtet.

b) Bei BAG, MVZ und Praxen mit angestellten Ärzten kommt die vorgenannte Regelung nur zur Anwendung, wenn die Summe aller RLV-Fälle der arztgruppengleichen Ärzte in der BAG, dem MVZ oder einer Praxis mit angestellten Ärzten die um 5 % erhöhte Summe aller RLV-Fälle der arztgruppengleichen Ärzte des Vorjahresquartals überschreitet. In einem solchen Fall erhalten die arztgruppengleichen Ärzte in der Summe die RLV-Fallzahlen des Vorjahresquartals zuzüglich 5 % zugrunde gelegt.

c) Für erstmalig zugelassene Ärzte im Sinne der nachfolgenden Bestimmungen des Abs. 4c) (1) bis (3) findet keine Begrenzung des Fallzahlzuwachses statt. Für solche Ärzte wird die RLV-Fallzahl des aktuellen Quartals zugrunde gelegt.
   (1) Bei Ärzten, die erstmalig im Planungsbereich zugelassen sind, wird für die Dauer von 16 Quartalen eine Gründungsphase angenommen.
   Die erstmalige Anstellung im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein – mit Ausnahme der Anstellung i. S. d. § 101 Abs. 1 Nr. 5 SGB V – steht der Neuzulassung gleich. Die Umwandlung einer Zulassung in ein Angestelltenverhältnis ist keine Neuzulassung im vorgenannten Sinne.
   (2) Nachgewiesene Unterbrechungen in der Gründungsphase, insbesondere aufgrund von Mutterschutz-, Erziehungszeiten oder aufgrund der Pflege pflegebedürftiger naher Angehöriger können ausnahmsweise zu einer Verlängerung der Gründungsphase führen. Gleiches gilt im Falle der nachgewiesenen erstmaligen Erweiterung des Versorgungsumfangs um einen halben auf einen ganzen Versorgungsauftrag bzw. Steigerung des Tätigkeitsumfangs um einen Anrechnungsfaktor von 0,5 auf 1,0 laut Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid.
   (3) Ist nachgewiesen, dass bei einer Verlegung des Vertragsarztsitzes weniger als 50 % derselben Patienten des bisherigen Zulassungsortes versorgt werden, kann ausnahmsweise von einer Neuzulassung im Sinne von Abs. 4a) ausgegangen werden.

d) Für Ärzte, deren RLV-Fallzahl im Vorjahresquartal unterhalb des Arztgruppendurchschnitts liegt, wird grundsätzlich die RLV-Fallzahl des aktuellen Quartals zur Berechnung des RLV zugrunde gelegt. Sofern diese jedoch die durchschnittliche Fallzahl der Arztgruppe des Vorjahresquartals überschreitet und sowohl der Fallzahlzuwachs der jeweiligen Arztgruppe als auch der individuelle Fallzahlzuwachs mehr als 5 % im Vergleich zum Vorjahresquartal beträgt, wird die durchschnittliche Fallzahl der Arztgruppe des Vorjahresquartals angesetzt, mindestens jedoch die um den erlaubten Zuwachs um 5 % erhöhte RLV-Fallzahl des Vorjahresquartals.

e) Wenn der Versorgungs- bzw. Tätigkeitsumfang des Arztes laut Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid gegenüber dem Vorjahresquartal reduziert wird und eine

Nachbesetzung stattfindet, ist im Rahmen der vorstehenden Regelungen grundsätzlich die um den entsprechenden Anteil reduzierte RLV-Fallzahl des Arztes im Vorjahresquartal als RLV-Fallzahl des Vorjahresquartals zu berücksichtigen.

f) Ändern sich in einer BAG, einem MVZ oder einer Praxis mit angestellten Ärzten gegenüber dem Vorjahresquartal maßgebliche Faktoren (z. B. Praxiskonstellation, Tätigkeitsumfang) und führen die vorstehenden Regelungen zur Bestimmung der arztbezogenen RLV-Fallzahl zu einer nicht unwesentlichen und unbilligen praxisbezogenen Benachteiligung – weil z. B. die Summe der arztbezogenen RLV-Fallzahlen kleiner als die Praxisgesamtfallzahl im Vorjahresquartal ist, obwohl Tätigkeitsumfang und Fallzahlen jeweils gegenüber dem Vorjahresquartal praxisbezogen unverändert bleiben –, kann die zur Berechnung des erlaubten individuellen Fallzahlzuwachses maßgebliche RLV-Fallzahl des Vorjahresquartals der einzelnen Ärzte der Praxis eine Anpassung erfahren. Dabei erhalten die einzelnen Ärzte und die Praxis insgesamt – jeweils nach Berücksichtigung des erlaubten Zuwachses – maximal die aktuell abgerechnete Fallzahl.

5) Regelungen bei Beschlüssen des Landesausschusses nach § 100 Abs. 1 oder 3 SGB V

Für Ärzte einer von einem Beschluss nach § 100 Abs. 1 oder 3 SGB V betroffenen Arztgruppe mit einer Arztpraxis in dem betroffenen Planungsbereich findet die Fallzahlzuwachsbegrenzung gemäß Abs. 4 keine Anwendung.

§ 6
Härtefallregelungen im fachärztlichen Versorgungsbereich

1) Ausnahmen zur Fallzahlzuwachsbegrenzung

a) Grundsätze

Auf Antrag können die arzt- und/oder praxisbezogenen Fallzahlen für Ärzte einer Arztgruppe gemäß Anlage 1, die aufgrund der Regelungen des § 5 Abs. 4 nicht die RLV-Fallzahl des aktuellen Quartals zur Berechnung des RLV zugrunde gelegt erhalten, bis maximal auf die aktuelle Fallzahl des Abrechnungsquartals angehoben werden. Voraussetzung ist ein vom Antragsteller aus den folgenden Gründen nicht zu vertretender außergewöhnlicher Fallzahlrückgang in der Vergangenheit oder ein aktueller außergewöhnlicher Fallzahlanstieg.

Eine außergewöhnliche Änderung der Fallzahl (Rückgang bzw. Erhöhung) liegt vor, wenn diese 20 % der Fallzahl der Praxis im Vorvorjahresquartal (Rückgang) bzw. im Vorjahresquartal (Anstieg) beträgt. Dabei gilt, dass Praxen unterhalb der durchschnittlichen arztgruppenspezifischen Fallzahl lediglich 20 % der Fallzahl der Praxis und Praxen oberhalb der durchschnittlichen arztgruppenspezifischen Fallzahl 20 % des Durchschnitts nachweisen müssen, um eine außergewöhnliche Fallzahländerung belegen zu können. Die durchschnittliche arztgruppenspezifische Fallzahl ergibt sich aus der Division der RLV/QZV-Fälle der Arztgruppe im Vorjahresquartal und der Anzahl der Ärzte; bei der Bestimmung der Anzahl der Ärzte ist der Umfang der Tätigkeit laut Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid berücksichtigt. Für BAG, MVZ und Praxen mit angestellten Ärzten werden für das Vorliegen des 20 %-Kriteriums die Arztgruppendurchschnitte je Arzt additiv betrachtet.

Die Antragstellung ist erst nach Bekanntgabe des Abrechnungsbescheides für das Quartal statthaft, für das die Härtefallregelung beantragt ist und nur bis zum Ende des Quartals zulässig, in dem dieser Abrechnungsbescheid bekanntgegeben wird.

(1) Die Bewilligung kann nur aus folgenden Gründen erfolgen:

aa. Gründe, die zu einem Fallzahlrückgang in der Vergangenheit geführt haben

- Erziehung eines Kindes bis zur Vollendung des 3. Lebensjahres (§ 32 Abs. 2 Nr. 2 Ärzte-ZV)
- Pflege eines pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung bis zu einer Dauer von sechs Monaten (§ 32 Abs. 2 Nr. 3 Ärzte-ZV)
- schwere Erkrankung/Todesfälle im unmittelbaren familiären Umfeld des Arztes oder des nichtärztlichen Praxispersonals
- eigene Krankheit des Arztes, die zur Arbeitsunfähigkeit führt
- uneigennützige Tätigkeit des Arztes, insbesondere nachgewiesenes soziales Engagement durch ärztliche Tätigkeit im Rahmen eines Hilfsprojektes
- Sicherstellung in einer anderen Praxis im KV-Bezirk bei akuter, schwerer Erkrankung oder Tod des dort tätigen Vertragsarztes
- nachgewiesener Ausfall eines für die Leistungserbringung notwendigen medizinisch-technischen Gerätes
- nachgewiesener Ausfall von nichtärztlichen Mitarbeitern (z. B. Kündigung durch Mitarbeiter)

bb. Gründe, die im aktuellen Quartal liegen und zu einem Fallzahlanstieg führen

- urlaubs- und krankheitsbedingte Vertretung eines Arztes der eigenen BAG oder einer Arztpraxis in der näheren Umgebung der Arztpraxis. Angegebene Zeiten von Vertretung oder Krankheit werden nur berücksichtigt, wenn sie zusammenhängend länger als eine Woche dauern und sind in geeigneter Form nachzuweisen.
- Aufgabe einer Zulassung oder genehmigten angestellten Tätigkeit eines Arztes der eigenen BAG oder in der näheren Umgebung der Arztpraxis. Die Aufgabe einer Zulassung in o. g. Sinn liegt vor, wenn die Praxis nicht durch einen Nachfolger fortgeführt oder die Zulassung nicht in ein Angestelltenverhältnis umgewandelt wird.
- gravierende Verwerfungen der regionalen Versorgungsstruktur
- Verlegung einer Praxis im Umfeld aus dem Einzugsbereich hinaus
- Eröffnung einer Zweigpraxis, die nicht nur die Versorgungslage verbessert, sondern der Sicherstellung dient, weil in ihr Leistungen angeboten werden, die ansonsten in zumutbarer Entfernung nicht erbracht werden.

(2) Die Bewilligung ist ausgeschlossen bei:

- Umbau in der Praxis oder von Teilen und/oder Umzug der Praxis
- räumliche oder personelle Umstrukturierung der Praxis
- verlängerte bzw. veränderte Öffnungszeiten
- persönliche Fort- und/oder Weiterbildung zusammenhängend von weniger als einer Woche
- in Fällen höherer Gewalt (Witterungsbedingungen, etc.).

Durch die Fallzahlerhöhung bleibt eine für den Fall des sog. Job Sharing bestehende Leistungsbeschränkung unberührt.

b) **Ausnahmen bei Praxisschließungen, Praxisverlegungen, in Fällen der eigenen Krankheit des Arztes, jeweils in besonderen Härtefällen**

Das 20 %-Kriterium findet in den folgenden Fällen keine Anwendung:

- bei eigener Krankheit des Arztes, wenn es sich um eine schwerwiegende und lang anhaltende Erkrankung handelt.
- bei Aufgabe einer Zulassung oder genehmigten angestellten Tätigkeit eines Arztes der eigenen BAG oder in der näheren Umgebung der Arztpraxis, wenn aufgrund besonderer Umstände des Einzelfalles die Einhaltung des 20 %-Kriteriums unzumutbar erscheint.
- bei Verlegung einer Praxis im Umfeld aus dem Einzugsbereich hinaus, wenn aufgrund besonderer Umstände des Einzelfalles die Einhaltung des 20 %-Kriteriums unzumutbar erscheint.

Bei positiver Beschlussfassung wird in den Fällen der eigenen Erkrankung des Arztes (1. Spiegelstrich) die Vorvorjahresfallzahl der Berechnung zugrunde gelegt. In den Fällen der Aufgabe einer Zulassung (2. Spiegelstrich) und der Verlegung einer Praxis (3. Spiegelstrich) wird die hierauf beruhende Fallzahlsteigerung gewährt, es sei denn, die Summe der Fallzahlsteigerungen aller betroffenen Praxen überschreitet die Fallzahl der aufgegebenen und/oder verlegten Praxis. In diesen Fällen wird die Fallzahlsteigerung jeder einzelnen betroffenen Praxis lediglich anteilig gewährt.

2) **Anpassung des RLV/QZV bei Beschäftigung von Weiterbildungsassistenten nach § 75a SGB V**

Bei Beschäftigung eines genehmigten Assistenten im Rahmen der Weiterbildung nach § 75a SGB V kann in Umsetzung von § 32 Abs. 3 Satz 3 Ärzte-ZV im Einzelfall auf Antrag eine Anpassung des RLV/QZV gewährt werden. Die Anpassung ist in ihrer Höhe begrenzt durch den Anhebungsbetrag nach § 75a Abs. 1 Satz 4 SGB V. Die Antragstellung ist grundsätzlich nur bis zum Ende des Quartals, für das die Anpassung beantragt ist, zulässig; diese Frist endet aber nicht vor Ablauf eines Monats nach Bekanntgabe des maßgebenden Bescheides über die Förderung der Beschäftigung eines Weiterbildungsassistenten nach § 75a SGB V.

§ 6a
Praxisbesonderheiten im fachärztlichen Versorgungsbereich

Zur Sicherstellung eines besonderen Versorgungsbedarfs kann im Einzelfall auf Antrag eine Anpassung des arztgruppenspezifischen Fallwertes gewährt werden, wenn der Antragsteller aus objektiven Gründen gehindert ist, mit dem durchschnittlichen arztgruppenspezifischen Fallwert eine an § 12 Abs. 1 SGB V orientierte Versorgung der GKV-Versicherten zu gewährleisten.

Voraussetzung ist eine im Leistungsumfang der Praxis zum Ausdruck kommende Spezialisierung sowie eine von der Typik der Arztgruppe abweichende Praxisausrichtung mit auffallendem und messbarem signifikanten Anteil der im Spezialisierungsbereich abgerechneten Punkte im Verhältnis zum Gesamtpunktzahlvolumen der Praxis.

- Ein signifikanter Anteil des Spezialisierungsbereichs liegt vor, wenn hierauf in vier aufeinander folgenden Quartalen mindestens 20 % des Gesamtpunktzahlvolumens entfallen. Für die Ermittlung des Punktzahlanteils im jeweiligen Spezialisierungsbereich sind ggf. einzelne GOP additiv zu betrachten, wenn ein Sachzusammenhang besteht.
- Indiz für die Atypik der Praxisausrichtung im Vergleich zur Arzt-/Fachgruppe ist, wenn im Verhältnis zum Fachgruppendurchschnitt eine signifikant überdurchschnittliche Leistungshäufigkeit in einem Spezialgebiet vorliegt. Zur Begründung einer versorgungsrelevanten Besonderheit genügt es nicht, lediglich ein „Mehr“ an arzt-

/fachgruppentypischen Leistungen abzurechnen. Die Überschreitung muss entweder auf arztgruppenübergreifend erbrachten speziellen Leistungen nach dem EBM beruhen, die eine besondere (Zusatz-) Qualifikation und eine besondere Praxisausstattung erfordern, oder auf arztgruppentypischen Leistungen nach dem EBM, die im Verhältnis zur Arzt-/Fachgruppe mit mindestens 5-facher Häufigkeit im Anwendervergleich zur Sicherstellung erbracht werden müssen.

Die Berücksichtigung als Praxisbesonderheit ist ausgeschlossen, wenn die Spezialisierung ganz oder teilweise in einem leistungsfallbezogenen QZV Ausdruck gefunden hat.

Nach Feststellung der tatbestandlichen Voraussetzungen, die kumulativ erfüllt sein müssen, steht der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein ein Ermessen bei der Höhe der Festsetzung eines Fallwertzuschlages zu. Über den Fallwertzuschlag wird für vier Quartale entschieden; ein erneuter Antrag ist erst für einen Anschlusszeitraum zulässig.

§ 6b
Auffangregelung im fachärztlichen Versorgungsbereich

Soweit weitere Umstände vorliegen, die der Arzt nicht zu vertreten hat, und die dazu führen, dass das nach den Bestimmungen dieses HVM berechnete RLV im Einzelfall zu einer nachweislichen Gefährdung der wirtschaftlichen Existenz der Praxis und zu einem spezifischen Sicherstellungsbedarf führt, können auf Antrag nach Ermessen Anpassungen gewährt werden. Die Gefährdung der wirtschaftlichen Existenz der gesamten Praxis ist durch geeignete Unterlagen, insbesondere solchen, die von Dritten erstellt wurden, vollständig glaubhaft zu machen.
Die Entscheidungen über die Anträge trifft, ebenso wie nach den Regelungen der §§ 6 bis 6a, der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein.

§ 7
Verteilung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

1) Grundsätze

Grundlage für die quartalsweise Verteilung der MGV sind neben den gesetzlichen Bestimmungen und den Beschlüssen des (Erweiterten) Bewertungsausschusses die KBV-Vorgaben in der jeweils geltenden Fassung (veröffentlicht auf der Internetseite der Kassenärztlichen Bundesvereinigung unter www.kbv.de).
Die Vergütung der anerkannten Leistungsanforderungen innerhalb der MGV ist begrenzt durch die zur Verfügung stehende MGV. Diese wird unter Berücksichtigung von Teil B der KBV-Vorgaben zur Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung getrennt. Teil B der KBV-Vorgaben sieht die Bildung verschiedener Vergütungsbereiche vor. Danach sind allgemeine Grundbeträge zu bilden für

- veranlasste laboratoriumsmedizinische Untersuchungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM sowie mit diesen im Zusammenhang stehenden Kostenpauschalen des Abschnitts 40.3 EBM und den Laborwirtschaftlichkeitsbonus (Grundbetrag „Labor“)
- alle Aufwendungen betreffend Bereitschaftsdienst und Notfall ohne die Leistungen der Vorwegabzüge „Hausarzt-MGV“ und „Kinderarzt-MGV“ (Grundbetrag „Bereitschaftsdienst und Notfall“)
- den hausärztlichen Versorgungsbereich (hausärztlicher Grundbetrag)
- den fachärztlichen Versorgungsbereich ohne die Leistungen der Vorwegabzüge „Hausarzt-MGV“ und „Kinderarzt-MGV“ (fachärztlicher Grundbetrag)

sowie zwei versorgungsbereichsspezifische Grundbeträge im fachärztlichen Versorgungsbereich zu bilden für

- die Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung (Grundbetrag „PFG“)
- die Leistungen der Humangenetik (Grundbetrag „genetisches Labor“).

Durch die Multiplikation mit der Anzahl der Versicherten, die im aktuellen Abrechnungsquartal bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs verwendet werden, und weiteren Anpassungsvorgaben nach Teil B der KBV-Vorgaben entstehen die jeweiligen Vergütungsvolumina der Grundbeträge.

Nach Teil B der KBV-Vorgaben sind im Vergütungsvolumen des hausärztlichen Grundbetrages Vergütungsvolumina für folgende Vorwegabzüge zu bilden:

- Vorwegabzug für die Leistungen des allgemeinen hausärztlichen Versorgungsbereichs bestehend aus dem Kapitel 3 EBM sowie den hausärztlich durchgeführten Hausbesuchen nach den GOP 01410 bis 01413 sowie 01415 EBM gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 85. Sitzung (Vorwegabzug „Hausarzt-MGV“)
- Vorwegabzug für die kinder- und jugendmedizinischen Leistungen des Kapitels 4 EBM mit Ausnahme der Versichertenpauschalen 04004 und 04005 EBM gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 653. Sitzung (Vorwegabzug „Kinderarzt-MGV“) sowie
- Vorwegabzug für die Zuschläge zur Förderung der kinder- und jugendärztlichen Versorgung gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 653. Sitzung (Vorwegabzug „Förderung Kinder- und Jugendärzte“).

Hinsichtlich der Bildung weiterer Vergütungsvolumina und Rückstellungen im Vergütungsvolumen des hausärztlichen Grundbetrages wird auf die Anlage 5 verwiesen.

Das Vergütungsvolumen des fachärztlichen Grundbetrages wird um die in Anlage 4 ausgewiesenen Fördervolumina – die je Arztgruppe bzw. je Arztgruppe/Leistungsbereich eigenständige Kontingente bilden – gemindert.

Innerhalb des – nach Abzug der zu erwartenden grundbetragsspezifischen Zahlungen im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 75 Abs. 7 und 7a SGB V als eigenständiges Kontingent gebildeten – Vergütungsvolumens des Grundbetrages „genetisches Labor“ wird ein eigenständiges Kontingent für die Leistungen nach den GOP 11501, 11502 und 11503 EBM gebildet, das mit dem jeweiligen Leistungsbedarf des Vorjahresquartals multipliziert mit dem im Abrechnungsquartal regional vereinbarten Punktwert bewertet wird.

2) Vergütung von Leistungen, die dem RLV und dem QZV unterliegen

Die von der Arztpraxis abgerechnete Leistungsmenge wird mit dem regional vereinbarten Punktwert bewertet und bis zur Höhe des mitgeteilten RLV sowie ggf. QZV mit diesem Punktwert vergütet.

Die das RLV und ggf. QZV einer Arztpraxis insgesamt überschreitenden Leistungen werden mit einem abgestaffelten Preis vergütet. Dieser wird quartalsweise aus dem Vergütungsvolumen nach Anlage 2 Schritt 1, Abs. 1a) und dem überschreitenden Leistungsbedarf je Versorgungsbereich ermittelt, jedoch begrenzt auf max. 7,5 Cent.

Mit den Partnern der Gesamtverträge zusätzlich vereinbarte Vergütungsanteile werden vertragsgemäß, ggf. auch rückwirkend, verwendet.

3) Vergütung von Leistungen, die nicht dem RLV sowie dem QZV unterliegen

a) Die Vergütung der Leistungen der ambulanten Notfallversorgung erfolgt aus dem nach Teil B der KBV-Vorgaben gebildeten Vergütungsvolumen des Grundbetrages „Bereitschaftsdienst und Notfall“ nach der jeweils geltenden regionalen Euro-Gebührenordnung.

b) Die Vergütung der veranlassten laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 (ohne die GOP, die außerhalb der MGV vergütet werden) EBM (Anforderungen über Muster 10), der mit diesen im Zusammenhang stehenden Kostenpauschalen des Abschnitts 40.3 EBM und des Laborwirtschaftlichkeitsbonus (GOP 32001 EBM) erfolgt aus dem nach Teil B der KBV-Vorgaben gebildeten Vergütungsvolumen des Grundbetrages „Labor“ zu den Preisen der jeweils geltenden regionalen Euro-Gebührenordnung multipliziert mit der Quote „Labor“. Diese Quote errechnet sich quartalsweise durch Division des Vergütungsvolumens des Grundbetrages „Labor“ abzüglich der zu erwartenden grundbetragsspezifischen Zahlungen im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 75 Abs. 7 und 7a SGB V durch das mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung angeforderte Honorarvolumen für die GOP des Grundbetrages „Labor“. Die Vergütung der GOP des Grundbetrages „Labor“ erfolgt jedoch nicht unterhalb der Mindestquote gemäß Teil A, Ziffer 7, Satz 1 der KBV-Vorgaben und nicht oberhalb der Preise der regionalen Euro-Gebührenordnung.

c) Die Vergütung der Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung (PFG) erfolgt nach der jeweils geltenden regionalen Euro-Gebührenordnung mit der Maßgabe, dass die Vergütung aus dem nach Abs. 1 gebildeten Vergütungsvolumen des Grundbetrages „PFG“ erfolgt.

d) Die Vergütung der Leistungen, die nach Teil B, Ziffer 1.3 der KBV-Vorgaben aus dem Grundbetrag „genetisches Labor“ vergütet werden, erfolgt nach der jeweils geltenden regionalen Euro-Gebührenordnung, es sei denn, dass die mit diesem Punktwert bezahlbare Leistungsmenge das nach Abs. 1 als eigenständiges Kontingent gebildete Vergütungsvolumen des Grundbetrages „genetisches Labor“ überschreitet. Im letzteren Fall gilt Folgendes:

(1) Die Leistungsmenge der GOP 11501, 11502 und 11503 EBM wird abweichend von der regionalen Euro-Gebührenordnung nach dem EBM, multipliziert mit dem sich rechnerisch ergebenden Punktwert vergütet. Dieser Punktwert errechnet sich durch Division des nach Abs. 1 für diese Leistungen gebildeten eigenständigen Kontingents durch den entsprechenden Leistungsbedarf des aktuellen Abrechnungsquartals. Die Vergütung der Leistungen erfolgt jedoch nicht mit einem Punktwert oberhalb des Wertes der regionalen Euro-Gebührenordnung.

(2) Die Leistungsmenge der übrigen Leistungen, die nach Teil B, Ziffer 1.3 der KBV-Vorgaben aus dem Grundbetrag „genetisches Labor“ vergütet werden, wird abweichend von der regionalen Euro-Gebührenordnung nach dem EBM, multipliziert mit dem sich rechnerisch ergebenden Punktwert vergütet. Dieser Punktwert errechnet sich durch Division des – um die Vergütungsvolumina im Abrechnungsquartal gemäß (1) geminderten – nach Abs. 1 als eigenständiges Kontingent gebildeten Vergütungsvolumens des Grundbetrages „genetisches Labor“ durch den entsprechenden Leistungsbedarf dieser übrigen Leistungen des aktuellen Abrechnungsquartals. Die Vergütung der Leistungen erfolgt jedoch nicht mit einem Punktwert oberhalb des Wertes der regionalen Euro-Gebührenordnung. Sie erfolgt in den Quartalen II/2026 und III/2026 mindestens mit einem Punktwert

in Höhe von 60 % des Wertes der regionalen Euro-Gebührenordnung.

e) Die Vergütung der in Anlage 2 Schritt 1, Abs. 1c) bis 1f) und Abs. 1j) und in Anlage 5 Abs. 2a), Abs. 2b) und Abs. 2e) bis 2i) aufgeführten Leistungen erfolgt nach der jeweils geltenden regionalen Euro-Gebührenordnung, es sei denn, dass jeweils eigenständige Kontingente gebildet sind und die mit diesem Punktwert bezahlbare Leistungsmenge diese Kontingente überschreitet. In diesem Fall wird die Leistungsmenge abweichend von der regionalen Euro-Gebührenordnung nach dem EBM, multipliziert mit dem sich rechnerisch ergebenden Punktwert vergütet. Dieser Punktwert errechnet sich durch Division der jeweils gebildeten eigenständigen Kontingente durch den entsprechenden Leistungsbedarf des aktuellen Abrechnungsquartals, der der MGV unterliegt. Die Vergütung der Leistungen erfolgt jedoch nicht mit einem Punktwert oberhalb des Wertes der regionalen Euro-Gebührenordnung, sofern nichts Abweichendes bestimmt ist.

f) Die Vergütung der in Anlage 2 Schritt 1, Abs. 1g) und in Anlage 5 Abs. 2c) aufgeführten Leistungen erfolgt zu den Preisen der jeweils geltenden regionalen Euro-Gebührenordnung multipliziert mit einer rechnerischen Quote. Diese Quote errechnet sich jeweils quartalsweise aus der Division des in Anlage 2 Schritt 1, Abs. 1g) bzw. in Anlage 5 Abs. 2c) gebildeten Vergütungsvolumens durch das mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung angeforderte Honorarvolumen der betroffenen Leistungen. Die Vergütung erfolgt jedoch nicht unterhalb der Mindestquote gemäß Teil A, Ziffer 7, Satz 1 der KBV-Vorgaben und nicht oberhalb der Preise der regionalen Euro-Gebührenordnung.

g) Die Vergütung von Leistungen der Fachärzte für Pathologie außerhalb von Kapitel 19 EBM erfolgt nach der jeweils geltenden regionalen Euro-Gebührenordnung.

h) Die Vergütung der gemäß Anlage 2 Schritt 2, Abs. 2a) gebildeten Vergütungsvolumina für förderungswürdige Leistungen und in sonstigen Fällen innerhalb der arztgruppenspezifischen Vergütungsvolumen erfolgt nach der jeweils geltenden regionalen Euro-Gebührenordnung, es sei denn, dass die mit diesem Punktwert bezahlbare Leistungsmenge nach den gemäß Anlage 2 Schritt 2, Abs. 2a) jeweils gebildeten Vergütungsvolumina überschritten wird. In diesem Fall wird die Leistungsmenge abweichend von der regionalen Euro-Gebührenordnung nach dem EBM, multipliziert mit dem sich rechnerisch ergebenden Punktwert vergütet. Dieser Punktwert errechnet sich durch Division der in Anlage 2 Schritt 2, Abs. 2a) jeweils gebildeten Vergütungsvolumina durch den entsprechenden Leistungsbedarf des aktuellen Abrechnungsquartals, der der MGV unterliegt. Die Vergütung der Leistungen erfolgt jedoch nicht mit einem Punktwert oberhalb des Wertes der regionalen Euro-Gebührenordnung.

i) Die Vergütung von Leistungen, die im Rahmen einer Inanspruchnahme nach § 76 Abs. 1a SGB V erbracht werden, erfolgt entsprechend § 120 Abs. 3a Satz 1 SGB V nach der jeweils geltenden regionalen Euro-Gebührenordnung.

j) Die Vergütung der eigenerbrachten laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM und der von Laborgemeinschaften abgerechneten laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen (Anforderung über Muster 10A) erfolgt jeweils aus den in Anlage 2 Schritt 1, Abs. 1i) bzw. in Anlage 5 Abs. 2d) gebildeten Vergütungsvolumina zu den Preisen der jeweils geltenden regionalen Euro-Gebührenordnung multipliziert mit einer versorgungsbereichsspezifischen Quote „Labor“. Diese Quote errechnet sich quartalsweise durch Division der in Anlage 2 Schritt 1, Abs. 1i) bzw. in Anlage 5 Abs. 2d) gebildeten Vergütungsvolumina durch das mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung jeweils angeforderte Honorarvolumen für die betroffenen GOP. Die Vergütung der betroffenen GOP erfolgt jedoch nicht unterhalb der Mindestquote gemäß Teil A, Ziff. 7, Satz 1 der KBV-Vorgaben und nicht oberhalb der Preise der regionalen Euro-Gebührenordnung.

k) Die Vergütung der Leistungen des Kapitels 4 EBM mit Ausnahme der Versichertenpauschalen 04004 und 04005 EBM erfolgt aus dem nach Abs. 1 innerhalb des hausärztlichen Grundbetrags gebildeten Vergütungsvolumens für den Vorwegabzug „Kinderarzt-MGV“ nach der jeweils geltenden regionalen Euro-Gebührenordnung.
l) Die ggf. vorhandenen Finanzmittel im nach Abs. 1 innerhalb des hausärztlichen Grundbetrags gebildeten Vergütungsvolumen für den Vorwegabzug „Förderung Kinder- und Jugendärzte“ werden an die Leistungen aus dem Vorwegabzug „Kinderarzt-MGV“ abrechnenden Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin als Zuschläge gemäß § 87a Abs. 3b Satz 5 SGB V ausgezahlt.
m) Die Vergütung der Leistungen des Kapitels 3 EBM sowie der hausärztlich durchgeführten Hausbesuche nach den GOP 01410 bis 01413 sowie 01415 EBM erfolgt aus dem nach Abs. 1 innerhalb des hausärztlichen Grundbetrags gebildeten Vergütungsvolumen für den Vorwegabzug „Hausarzt-MGV“ nach der jeweils geltenden regionalen Euro-Gebührenordnung.

4) Vergütung förderungswürdiger Leistungen

Zusätzlich zur Vergütung gemäß Abs. 2 bzw. Abs. 3 werden die in Anlage 4 – die in ihrer jeweils geltenden Fassung Bestandteil dieses HVM ist – aufgeführten Leistungen aus den hierfür nach Abs. 1 gebildeten Kontingenten besonders gefördert, die von den Ärzten der dort genannten Arztgruppen unter den dort genannten Bedingungen im aktuellen Abrechnungsquartal abgerechnet und nach Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit anerkannt werden.
Hierzu wird die Leistungsmenge multipliziert mit dem sich je Arztgruppe bzw. je Arztgruppe/Leistungsbereich rechnerisch ergebenden Punktwert vergütet. Dieser Punktwert errechnet sich jeweils durch Division des für die in Anlage 4 aufgeführten Leistungen nach Abs. 1 jeweils gebildeten eigenständigen Kontingents durch den entsprechenden Leistungsbedarf des aktuellen Abrechnungsquartals.

5) Über-/Unterschüsse

a) Soweit in der Quartalsabrechnung Unter- oder Überschüsse in Bezug auf die gemäß Teil B der KBV-Vorgaben gebildeten Vergütungsvolumina der Grundbeträge „Labor“, „Bereitschaftsdienst und Notfall“, „genetisches Labor“ und „PFG“ festgestellt werden, werden diese gemäß Teil B Ziffer 7 der KBV-Vorgaben angepasst bzw. die dafür notwendigen Finanzmittel bereitgestellt.
Eine Finanzierung eines Unterschusses bzw. die Berücksichtigung eines Überschusses bei den Vergütungsvolumina der Grundbeträge „Labor“ und „Bereitschaftsdienst und Notfall“ erfolgt in den Vergütungsvolumina des hausärztlichen bzw. fachärztlichen Grundbetrages, beim Grundbetrag „Labor“ nach dem Anteil, des haus- bzw. fachärztlichen Versorgungsbereichs am Vergütungsvolumen des Grundbetrags „Labor“ des jeweiligen Abrechnungsquartals, beim Grundbetrag „Bereitschaftsdienst und Notfall“ entsprechend der Anzahl der Ärzte im jeweiligen Versorgungsbereich.
Eine Finanzierung eines Unterschusses bzw. die Berücksichtigung eines Überschusses bei den Vergütungsvolumina der Grundbeträge „PFG“ und „genetisches Labor“ erfolgt im Vergütungsvolumen des fachärztlichen Grundbetrages.
b) Eine Finanzierung eines Unterschusses bzw. eine Berücksichtigung eines Überschusses der in Schritt 1 und Schritt 2 der Anlage 2 sowie der in Anlage 5 gebildeten Volumina erfolgt im jeweiligen Vergütungsvolumen des fachärztlichen bzw. des hausärztlichen Grundbetrages.
c) Im Falle eines Unterschusses im Vergütungsvolumen der Vorwegabzüge „Kinderarzt-MGV“ und „Hausarzt-MGV“ erfolgen gemäß § 87a Abs. 3b Satz 9 SGB V bzw. § 87a Abs. 3c Satz 9 SGB V Ausgleichszahlungen durch die Krankenkassen. Die Vorgaben zur

Ermittlung der Ausgleichszahlungen ergeben sich jeweils aus dem entsprechenden Beschluss des (Erweiterten) Bewertungsausschusses in seiner jeweils geltenden Fassung.

§ 8
Belegärztliche Tätigkeit

1) Im Rahmen der belegärztlichen Tätigkeit sind die gesetzlichen Vorgaben zur Vermeidung nicht notwendiger stationärer Krankenhausbehandlung sowie die entsprechenden Vereinbarungen der Partner der Gesamtverträge zu beachten.

2)
   a) Ambulante Leistungen des Belegarztes am Tage der Aufnahme des eigenen Patienten in das Krankenhaus können nach den für die ambulante Behandlung geltenden Vorschriften abgerechnet werden, wenn aus zwingenden medizinischen Gründen eine sofortige stationäre Aufnahme erforderlich ist. Ambulante Leistungen des Belegarztes am Tage der Entlassung des Patienten aus dem Krankenhaus sind nicht abrechnungsfähig, es sei denn, dass ein Notfall vorliegt.
   b) Leistungen, die aufgrund einer Krankenhauseinweisung eines anderen Arztes im Rahmen der Aufnahmeuntersuchung von einem an diesem Krankenhaus tätigen Belegarzt erbracht werden, sind nicht abrechnungsfähig. Lediglich im Falle der Aufnahme auf eine Belegstation sind die Leistungen nach den für die belegärztliche Behandlung geltenden Bestimmungen abzurechnen.
   c) Bei dringend angeforderten und unverzüglich ausgeführten Einzelvisiten mit Unterbrechen der Sprechstundentätigkeit kann der Belegarzt die GOP 01412 EBM abrechnen. Bei dringend angeforderten und unverzüglich ausgeführten Einzelvisiten außerhalb der üblichen Sprechstundenzeiten kann der Belegarzt die GOP 01414 EBM mit der Kennzeichnung „D“ (01414D), ggf. in Verbindung mit den GOP 01100 bzw. 01101 EBM abrechnen; in diesen Fällen kann zusätzlich die Wegepauschale/das Wegegeld in Ansatz gebracht werden.
   d) Die Abrechnung der Leistungen nach den Abschnitten 2.5, 3.2, 4.2, 7.3, 18.3, 30.4 EBM, dem Kapitel 35 EBM sowie der Leistungen nach den GOP 01910, 01911, 10330, 13500, 13501, 13502, 13600, 13601, 13602, 13700, 14240, 14313, 14314, 16230, 16231, 21230, 21231, 21232, 30700, 30702, 30790 und 30791 EBM ist ausgeschlossen.

3) Ärztlicher Bereitschaftsdienst wird wahrgenommen, wenn sich der bereitschaftsdiensthabende Arzt des Krankenhauses auf Anordnung seines Arbeitgebers oder des Belegarztes außerhalb der regelmäßigen Arbeitszeit im Krankenhaus aufhält, um im Bedarfsfall auf der/den Belegabteilung/en rechtzeitig tätig zu werden. Sofern dem Belegarzt Aufwendungen für diesen ärztlichen Bereitschaftsdienst entstehen, erstatten die Vertragskrankenkassen dem Belegarzt diese. Hierfür hat er – ggf. durch eine Bestätigung des Krankenhausträgers – gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein nachzuweisen, dass ihm Kosten für den ärztlichen Bereitschaftsdienst entstanden sind. Der von Belegärzten selbst wahrgenommene Bereitschaftsdienst fällt nicht unter die vorstehende Regelung. Auch für jegliche Art von Rufbereitschaft des Belegarztes, seines Assistenten oder von Krankenhausärzten für den Belegarzt wird kein Entgelt geleistet. Als Vergütung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes wird von den Vertragskrankenkassen je Patient und Pflegetag Euro 2,42 gezahlt. Die Abrechnung erfolgt auf dem Belegarztschein für jeden Belegpatienten nach der Zahl der Pflegetage mit der Nr. 40170.

4)

a) Die Vergütung belegärztlicher Leistungen des Kapitels 36, der GOP 13311, 13311I, 17370 EBM und Geburtshilfe erfolgt außerhalb der MGV.

b) Die Vergütung der übrigen belegärztlichen Leistungen, also innerhalb der MGV erfolgt nach der regionalen Euro-Gebührenordnung mit der Maßgabe, dass

- die Leistungen nach dem Kapitel 33, den Abschnitten 11.3, 11.4, 19.3, 30.7 (mit Ausnahme der GOP 30700, 30702, 30790, 30791), 34.2 (mit Ausnahme der GOP 34274), 34.6 sowie die Leistungen nach den GOP 01770, 01772, 01773, 01774, 01775, 01785, 01786, 01831, 01902, 02520, 03321, 03322, 03324, 03330, 03331, 03332, 04321, 04322, 04324, 04330, 04331, 10320, 10322, 10324, 13250, 13251, 13252, 13253, 13254, 13255, 13256, 13257, 13301, 13310, 13400 bis 13431, 13551 bis 13561, 13651 bis 13701, 30430, 30431, 34500 und 34501 EBM mit 60 % der Vergütungssätze
- die Leistungen der Abschnitte 17.3, 34.3 und 34.4 mit 20 % der Vergütungssätze

vergütet werden.

Der vom Belegarzt hinzugezogene Vertragsarzt erhält unter den Voraussetzungen des § 41 Abs. 2, 6 und 7 BMV-Ä die Vergütung mit der Maßgabe, dass

- für das Aufsuchen des Belegkrankenhauses bei Durchführung von Assistenzleistungen
  - ♣ die Leistung nach der GOP 01412 EBM und je Fall die entsprechende Wegepauschale/das entsprechende Wegegeld
  - ♣ die Leistung nach der Nr. 01414C und insgesamt einmal die entsprechende Wegepauschale/das entsprechende Wegegeld
  - ♣ die Leistung nach der Nr. 01414C in Verbindung mit der Gebühr nach den GOP 01100 bzw. 01101 EBM und je Fall die entsprechende Wegepauschale/das entsprechende Wegegeld

  mit 70 % der Vergütungssätze
- für das Aufsuchen des Belegkrankenhauses bei Durchführung von Anästhesieleistungen die Leistung nach der GOP 05230 EBM für jeden ersten sowie die Nr. 05230E für jeden weiteren Kranken, ggf. in Verbindung mit den GOP 01100 bzw. 01101 EBM
- bei konsiliarischer oder mitbehandelnder Tätigkeit für das Aufsuchen des Belegkrankenhauses die Visite nach Nr. 01414C, ggf. in Verbindung mit den GOP 01100 bzw. 01101 EBM, und die jeweils durchgeführten Leistungen nach den für die ambulante Behandlung geltenden Bestimmungen mit 70 % der Vergütungssätze
- bei Durchführung von Narkosen/Anästhesien die Leistungen nach den GOP 01852, 01853, 01856, 01857, 01903 und 01913 sowie nach den Kapiteln 2 und 5 EBM mit 60 % der Vergütungssätze

vergütet werden.

§ 9
Erstattung von Kosten

1) Die Kosten für Materialien, die gemäß Abschnitt 7.3 EBM nicht in den berechnungsfähigen Leistungen enthalten sind, nicht über Kostenpauschalen oder anderweitige Regelungen abgegolten werden und auch nicht über Sprechstundenbedarf bezogen werden können, werden gesondert nach Maßgabe des § 44 Abs. 6 BMV-Ä in nachgewiesener Höhe abgerechnet, soweit die Partner der Gesamtverträge nichts Abweichendes vereinbart haben.

2) Die Sachkosten für Meniskusrefixationssysteme (lediglich im Hinterhorn oder in intermediären Bereichen) sowie Fadentransportsysteme bei orthopädischen und neuro-/chirurgischen Eingriffen werden über folgende Symbolnummern (SNR) abgerechnet:

SNR	Beschreibung	Höchstpreis je Eingriff
99400	Meniskusrefixationssysteme	Euro 349,00
99401	Fadentransportsysteme	Euro 167,00

Hinsichtlich der Abrechnung gelten grundsätzlich die Regelungen für die Kosten gemäß Abs. 1 entsprechend. Die Abrechnung der SNR setzt insbesondere eine entsprechende OPS-Codierung voraus. Ferner sind die Originalrechnungen einzureichen. Dabei können Rechnungen auch in digitaler Form eingereicht werden (z. B. pdf-Format). Eine Erstattung erfolgt bis zu den in der Tabelle ausgewiesenen Höchstpreisen.

Die Regelungen dieses Abs. 2 treten spätestens außer Kraft, sobald und unabhängig von ihrem Ergebnis die Partner der Gesamtverträge, der (Erweiterte) Bewertungsausschuss oder die Partner der Bundesmantelverträge eine Entscheidung über die Abgeltung/Erstattung der genannten Sachkosten treffen, z. B Entscheidung für oder gegen die Anpassung/Erweiterung der EBM-Kostenpauschalen, insbesondere der GOP 40750, 40752, 40754 EBM durch Nicht-/Berücksichtigung dieser Sachkosten, Neuordnung des Ambulanten Operierens und der damit zusammenhängenden Sachkosten.

§ 10
Wegegelder und Wegepauschale

1) Für jeden Besuch erhalten die Ärzte – soweit in Abs. 2 nichts anderes bestimmt ist – eine Wegepauschale von Euro 1,45 bei Tag und Euro 2,65 bei Nacht außerhalb der MGV.

2) Anstelle der Wegepauschale gemäß Abs. 1 erhalten die Ärzte für Besuche ein Wegegeld außerhalb der MGV, wenn die Entfernung von der Wohnung des Patienten zum Arztsitz mehr als 2 km beträgt. Es kann jedoch höchstens die doppelte Entfernung zum nächsten Praxissitz eines anderen Arztes mit derselben Gebietsbezeichnung zugrunde gelegt werden. Für die Ermittlung der Kilometerzahl ist der kürzeste befahrbare Weg maßgebend. Bruchteile unter 0,5 km bleiben unberücksichtigt; Bruchteile von 0,5 km und darüber werden auf volle Kilometer aufgerundet.

3) Die im organisierten ärztlichen Notfalldienst gefahrenen und auf Abrechnungsscheinen für den organisierten ärztlichen Notfalldienst ausgewiesenen Kilometer können – abweichend von Abs. 2 – ohne Rücksicht auf die Entfernung von der Wohnung des Patienten zu einem ggf. näher liegenden Arztsitz angesetzt werden. Sofern der Fahrdienst von einem zentralen Standort des Fahrdienstbereichs aus verrichtet wird, gilt dieser als Arztsitz im Sinn des Abs. 2 Satz 1.
Die im organisierten ärztlichen Notfalldienst abgerechneten Wegepauschalen und Wegegelder werden durch die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein einbehalten und verrechnet, sofern ein zentraler Fahrdienst angeboten wird.

4) Bei Besuchen, die im Rahmen der Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 4. Lebensjahres notwendig werden, ist zur Berechnung des Wegegeldes außerhalb der MGV die Entfernung zwischen der Praxis des Arztes und der Besuchsstelle maßgebend, es sei denn, der Besuch zur Durchführung der Früherkennungsuntersuchung wird im Verlauf einer allgemeinen Besuchstour erbracht. In diesem Fall ist zur Berechnung

des Wegegeldes die Entfernung zwischen dem besuchten Kind und demjenigen besuchten Patienten zugrunde zu legen, der dem besuchten Kind am nächsten wohnt, höchstens aber die Entfernung zwischen Praxis und Besuchsstelle. Besuche nach dieser Bestimmung sind nur nach GOP 01721 EBM abrechenbar.
Wegegebühren im Zusammenhang mit Früherkennungsuntersuchungen sind nicht abrechnungsfähig, wenn diese mit gewisser Regelmäßigkeit am selben Ort (z. B. Krankenhaus, Entbindungsanstalt) durchgeführt werden.

5) Als Wegegeld wird außerhalb der MGV je Doppelkilometer gezahlt:

bei Besuchen/Visiten nach den GOP 01411, 01412, 01414 + 01100, 01414 + 01101, 01415, 01418 EBM	Euro 2,04
bei Besuchen/Visiten nach den Nrn. 01410N, 01411N, 01412N, 01414N, 01414N + 01100 und 01414N + 01101, 01415N, 01418N	Euro 3,21
bei Besuchen nach den GOP 01410 und 01721 EBM	Euro 1,67.

§ 11
Quartalskonto-/Abrechnungsbescheid

1) Einzelheiten des Quartalskonto-/Abrechnungsbescheides

Über die Verteilung des Ausgabenvolumens erhält der Arzt einen Quartalskonto-/Abrechnungsbescheid. Die Bekanntgabe des Bescheides erfolgt schriftlich durch Übersendung per Post. Aus dem Bescheid und seinen Anlagen müssen insbesondere ersichtlich sein:

a) die Vergütung von Leistungen sowie die Erstattung von Kosten
b) weitere Abzüge (z. B. wegen nachträglicher sachlich-rechnerischer Berichtigung der Abrechnung etc.) sowie ggf. den Abzug des Zielerreichungsbeitrages zu Gunsten der nordrheinischen Krankenkassen/-Verbände nach der jeweils zutreffenden Vereinbarung über das Arznei- und Heilmittelausgabenvolumen
c) weitere Gutschriften (z. B. Aufhebung und Ermäßigung von Kürzungen für frühere Quartale etc.)
d) sowie die Vergütungen zu Lasten der sonstigen Kostenträger
e) die Höhe des Abzuges für Verwaltungskostenbeiträge gemäß dem jeweils geltenden Beschluss der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein
f) die Höhe des Abzugs für das Ärztliche Hilfswerk
g) gesetzlich vorgesehene Honorarkürzungen (z. B. nach § 95d Abs. 3 SGB V)
h) Einbehalte zur Sicherung bzw. Befriedigung von Rückforderungs- und Schadensersatzansprüchen sowie zukünftiger Forderungen
i) der sich aus dem Kontokorrent ergebende Auszahlungsbetrag
j) finanzielle Fördermaßnahmen aus dem Strukturfonds nach § 105 Abs. 1a SGB V.

2) Honorarzahlungen für ermächtigte Ärzte

Vergütungszahlungen für die von ermächtigten Krankenhausärzten erbrachten Leistungen erfolgen an das jeweilige Krankenhaus.

3) Fälligkeit/Abschlagszahlungen

a) Der Honorarbescheid wird in der Regel bis zum Ende des auf das Abrechnungsquartal folgenden vierten Monats erlassen. Forderungen gegen die Kassenärztliche Vereinigung werden erst fällig, nachdem Prüfungen auf Richtigkeit und ggf. auf Wirtschaftlichkeit durchgeführt und deren Ergebnisse rechtswirksam geworden sind. Bis zu diesem Zeitpunkt steht der Honorarbescheid unter Vorbehalt; Zahlungen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein an den Vertragsarzt bleiben bis dahin aufrechnungsfähige und ggf. rückzahlungspflichtige Vorschüsse.

Auf das Vierteljahreshonorar können die an der Abrechnung Teilnehmenden monatliche Abschlagszahlungen, deren Höhe ggf. in der Regel mindestens 20 %, höchstens jedoch 25 % und für die erste Abschlagszahlung des vierten Abrechnungsquartals (Oktober-Rate) 24 % des anerkannten Gesamthonorars der letzten durch die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein fertig gestellten Quartalsabrechnung betragen soll, erhalten. Die Restzahlung erfolgt nach Erteilung des Honorarbescheides. Die Höhe der Abschlagszahlungen können geschätzt werden, wenn sich die Bedingungen grundlegend insbesondere durch die Umstellung auf eine neue Vergütungssystematik, durch die Nicht-Fortführung bisheriger vertraglicher Regelungen oder aufgrund von Änderungen an der Teilnahme der vertragsärztlichen Versorgung ändern. Im Falle der Überzahlung, bei Insolvenz sowie zur Sicherung möglicher Rückforderungs- oder Schadensersatzansprüche oder künftiger Forderungen kann die Abschlags- und/oder Restzahlung reduziert oder ausgesetzt werden. Bei Überzahlungen, Rückforderungen und Schadensersatzforderungen kann – auch im Falle der Insolvenz – der festgestellte Betrag auch sofort verrechnet werden. In den ersten beiden Quartalen nach Aufnahme der Vertragsarztpraxis erhält der Arzt angemessene Abschlagszahlungen aufgrund der von ihm nachgewiesenen Zahl der Behandlungsfälle. Bei diesen handelt es sich, wie bei allen Abschlagszahlungen nach diesem HVM, um Leistungen, auf die auch bei wiederholter Gewährung kein Rechtsanspruch besteht.

b) Sofern die Krankenkassen nach den Bestimmungen der Gesamtverträge eine Berichtigung der Abrechnung eines Vertragsarztes nur innerhalb einer Ausschlussfrist geltend machen können, wird der Quartalskonto-/Abrechnungsbescheid gegenüber dem Arzt erst verbindlich, wenn entweder die Ausschlussfrist abgelaufen ist oder die Berichtigungsforderung der betreffenden Krankenkasse endgültig für unbegründet erklärt worden ist. Der betroffene Vertragsarzt ist von einer fristgerecht gestellten Berichtigungsforderung einer Krankenkasse unverzüglich zu unterrichten. Unberührt hiervon bleibt das Recht zur sachlich-rechnerischen Berichtigung der Abrechnung.

4) Honorareinbehalt

Zur Sicherung möglicher Rückforderungs- oder Schadensersatzansprüche sowie künftiger Forderungen können fällige Honoraranforderungen in ausreichender Höhe einbehalten werden. Die Einbehaltung kann durch Stellung einer selbstschuldnerischen Bankbürgschaft mit Auszahlung auf erstes Anfordern abgewendet werden.

5) Aussetzung von Honorarzahlungen

Bei Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit (z. B. Beendigung oder Entziehung der Zulassung, Tod, Wegzug) können weitere Zahlungen an den Arzt bzw. dessen Erben ganz oder teilweise ausgesetzt werden, wenn Honorarkürzungs-, Regress-, Berichtigungs- oder Erstattungsverfahren anhängig sind oder nach den gesamtvertraglichen Bestimmungen noch eingeleitet werden können. Die Aussetzung kann durch Stellung einer selbstschuldnerischen Bankbürgschaft mit Auszahlung auf erstes Anfordern abgewendet werden.

§ 12
Inkrafttreten

Die Ergänzungen zur Vergütung der Leistungen der Polygraphie und der Polysomnographie in Anlage 2 Schritt 1, Abs. 1c) und in Anlage 5 Abs. 2a) treten zum 01.01.2026 in Kraft und mit Ablauf des 30.06.2026 außer Kraft.
Im Übrigen tritt dieser HVM am 01.07.2026 in Kraft.

Kassenärztliche Vereinigung NORDRHEIN
Engagiert für Gesundheit.

ANLAGE 1
des HVM mit Wirkung ab dem 01.10.2025

RLV/QZV-Arztgruppen

Für nachfolgende Arztgruppen, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören, werden RLV und/oder QZV ermittelt und festgesetzt:

Fachärzte für Anästhesiologie
Fachärzte für Augenheilkunde
Fachärzte für Chirurgie, Kinderchirurgie, Plastische Chirurgie, Neurochirurgie und Gefäßchirurgie
Fachärzte für Frauenheilkunde
Fachärzte für Frauenheilkunde mit fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin
Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde
Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten
Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte,
Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Endokrinologie
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/Onkologie
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie
Fachärzte für Mund-Kiefer- und Gesichtschirurgie
Fachärzte für Nervenheilkunde
Fachärzte für Neurologie
Fachärzte für Nuklearmedizin
Fachärzte für Orthopädie
Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie
Fachärzte für Physikalisch-rehabilitative Medizin
Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie
Fachärzte für Diagnostische Radiologie
Fachärzte für Urologie

Kassenärztliche Vereinigung NORDRHEIN
Engagiert für Gesundheit.

ANLAGE 2
des HVM mit Wirkung ab dem 01.07.2026

Ermittlung und Bildung der Regelleistungsvolumina (RLV) und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina (QZV) aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) für die fachärztliche Versorgung

Grundlage für die quartalsweise Ermittlung und Festsetzung der RLV und QZV im fachärztlichen Versorgungsbereich ist das nach § 7 Abs. 1 gebildete und angepasste Vergütungsvolumen des fachärztlichen Grundbetrags.

Schritt 1 Berechnung des RLV-/QZV-Verteilungsvolumens des fachärztlichen Versorgungsbereichs

1) Dieses Vergütungsvolumen wird gemindert um
   a) 1 % für die abgestaffelt zu vergütenden Leistungen,
   b) Rückstellungen
      - zur Berücksichtigung einer Zunahme von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten, für Sicherstellungsaufgaben (z. B. Gewährung von Ausnahmen, nachträglich erfolgende Honorarkorrekturen aus Vorquartalen), zum Ausgleich für die Gewährung von Ausnahmeregelungen nach den §§ 6 bis 6b HVM, zum Ausgleich von Fehlschätzungen sowie für Entschädigungen in der Höhe des Verkehrswertes einer Arztpraxis im Sinn des § 103 Abs. 3a Satz 13 SGB V,
      - für die zu erwartenden Zahlungen für die Kooperationszuschläge bei BAG, MVZ und Arztpraxen mit angestellten Ärzten,
      - für die zu erwartenden bereichsspezifischen Zahlungen im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 75 Abs. 7 und 7a SGB V,
      - für die zu erwartenden Zahlungen für Leistungen, die im Rahmen einer Inanspruchnahme nach § 76 Abs. 1a SGB V erbracht werden,
      - für den, nach Anwendung des Trennungsfaktors gemäß der bis zum 30. September 2013 geltenden Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß § 87b Abs. 4 SGB V zur Honorarverteilung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen (KBV-Vorgaben), auf den fachärztlichen Versorgungsbereich entfallenden Anteil an dem zur Bildung eines Strukturfonds gemäß § 105 Abs. 1a SGB V zur Verfügung gestellten Betrag in Höhe von mindestens 0,1 % bis höchstens 0,2 % der MGV, wobei die Vertreterversammlung die Höhe innerhalb dieser Spanne als Obergrenze festlegt,
   c) die Vergütungsvolumina sog. freier Leistungen, d. h. für
      - Besuche nach den GOP 01410 bis 01413 und 01415 EBM,
      - die unvorhergesehene Inanspruchnahme nach den GOP 01100, 01101, 01102 EBM,
      - Leistungen der schmerztherapeutischen speziellen Versorgung nach den GOP 30700 bis 30708 EBM,
      - die GOP 01320 EBM für ermächtigte Ärzte, Krankenhäuser und Institute,
      - Leistungen der Anästhesie bei zahnärztlicher Behandlung nach den GOP 05330, 05331, 05340, 05341 und 05350 EBM, soweit sie nicht im Zusammenhang mit einer Leistung nach dem Katalog zu § 115b SGB V erbracht wurden,
      - ärztlich angeordnete Hilfeleistungen von Praxismitarbeitern nach den GOP 38100 und 38105 EBM,
      - EBM-Leistungen bei im Rahmen des Pilotprojektes „komplementäre Notfallversorgung in Köln“ vermittelten Patienten am Vermittlungstag,

- Leistungen der Polygraphie (GOP 30900 EBM) und der Polysomnographie (GOP 30901 EBM) (befristet für die Quartale I/2026 und II/2026),

d) die Vergütungsvolumina für jeweils eigenständige Kontingente, gebildet aus dem jeweiligen Leistungsbedarf des Vorjahresquartals, insbesondere zur Berücksichtigung der Veränderungen der Bewertung ärztlicher Leistungen des EBM in den Quartalen I/2025 bis IV/2025 mit dem nachfolgend benannten jeweiligen Anpassungsfaktor (APF) im Sinn von § 3 Abs. 5 multipliziert, multipliziert mit dem im Abrechnungsquartal geltenden regional vereinbarten Punktwert, abgesenkt um 10 %, für
   - Leistungen der Fachärzte für Strahlentherapie,
   - Leistungen der Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie sowie der Fachärzte für Transfusionsmedizin, die nicht bereits im nach § 7 Abs. 1 gebildeten Vergütungsvolumen des Grundbetrags „Labor“ enthalten sind,
   - Leistungen der Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Nephrologie, soweit die Leistungen nicht außerhalb der MGV vergütet werden,
   - schmerztherapeutische spezielle Behandlungen nach den GOP 30710 bis 30760 EBM,
   - Leistungen auf Überweisungsfällen zur Befundung von dokumentierten Untersuchungsergebnissen (z. B. computergestützte Auswertung eines kontinuierlich aufgezeichneten Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden) sowie von Auftragsleistungen nach den GOP 01826, 01827, 01840, 01915 EBM,
   - Leistungen des Kapitels 19 EBM, die nicht bereits im nach § 7 Abs. 1 gebildeten Vergütungsvolumen des Grundbetrages „genetisches Labor“ enthalten sind und die nicht außerhalb der MGV vergütet werden (APF 0,9448),
   - Leistungen der ermächtigten Krankenhausärzte, ermächtigten Krankenhäuser, Einrichtungen und Institutionen, die wegen einer begrenzten Ermächtigung auf wenige Einzelleistungen kein RLV erhalten,
   - Leistungen von Vertragsärzten, die gemäß § 73 SGB V dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören und eine Ausnahmeregelung zur Durchführung und Abrechnung von Leistungen, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich zugeordnet sind, erhalten haben (sog. KO-Leistungen),
   - die GOP 13300 und 13301 EBM für die Fachärzte für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Angiologie, die in gefäßchirurgischen Praxen tätig sind, zuzüglich der Vergütungsvolumina für die Leistungen der Sonographie nach den GOP 33060, 33061, 33070, 33072, 33073, 33075, 33076 und 30500 EBM durch die Fachärzte für Gefäßchirurgie,
   - die Exzision nach den GOP 10343 und 10344 EBM im Rahmen des Hautkrebs-Screenings,
   - Leistungen der Sonographie mittels Duplex-Verfahren nach den GOP 33070, 33071 und 33075 EBM für Fachärzte für Neurologie, Fachärzte für Psychiatrie und Neurologie sowie für Fachärzte, die sowohl als Facharzt für Neurologie, als auch als Facharzt für Psychiatrie zugelassen sind, und Nervenärzte mit Ausnahme der Fachärzte für Psychiatrie und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie,
   - Leistungen der Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, soweit die Leistungen nicht außerhalb der MGV sowie nicht aus nachfolgenden Vergütungsvolumina vergütet werden,
   - Laborgrundpauschalen nach den GOP 12210, 12222 und 12223 EBM, wobei in den Quartalen I/2025 bis IV/2025 für die Bildung des Kontingentes der im jeweiligen Vorjahresquartal abgerechnete Leistungsbedarf der GOP 12210 und 12220 EBM herangezogen wird (APF 1,6837),
   - Leistungen der Balneophototherapie nach der GOP 10350 EBM,

e) die Vergütungsvolumina für jeweils eigenständige Kontingente, gebildet aus dem jeweiligen Leistungsbedarf des Vorjahresquartals, multipliziert mit dem im Abrechnungsquartal geltenden regional vereinbarten Punktwert, für
   - Leistungen der Fachärzte für Humangenetik, die nicht bereits im nach § 7 Abs. 1 gebildeten Vergütungsvolumen des Grundbetrages „genetisches Labor“ und nicht im Kontingent nach Abs. 1i) enthalten sind und die nicht außerhalb der MGV vergütet werden,
   - nicht antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen der Psychotherapie aller Fachärzte, soweit die Leistungen nicht außerhalb der MGV vergütet werden und nicht in Anlage 3 aufgeführt sind,
   - Leistungen der Polygraphie (GOP 30900 EBM) und der Polysomnographie (GOP 30901 EBM),

f) die Vergütungen für Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM mit Ausnahme des Abschnitts 40.3 EBM und der außerhalb der MGV vergüteten Kostenpauschalen,

g) ein eigenständiges Kontingent für Kostenpauschalen des Abschnitts 40.3 EBM, gebildet aus dem jeweiligen Leistungsbedarf des Vorjahresquartals, multipliziert mit der Mindestquote gemäß Teil A, Ziffer 7, Satz 1 der KBV-Vorgaben in ihrer jeweils geltenden Fassung,

h) die zu erwartenden Zahlungen für belegärztliche Leistungen innerhalb der MGV (§ 8 HVM),

i) das Vergütungsvolumen für eigenerbrachte laboratoriumsmedizinische Untersuchungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM und für von Laborgemeinschaften abgerechnete laboratoriumsmedizinische Untersuchungen (Anforderung über Muster 10A), gebildet auf Basis des Leistungsbedarfs des jeweiligen Quartals des Jahres 2023, multipliziert mit der Mindestquote gemäß Teil A, Ziffer 7, Satz 1 der KBV-Vorgaben in ihrer jeweils geltenden Fassung, fortentwickelt entsprechend dem Verfahren zur Fortschreibung der Grundbeträge gemäß Teil B, Ziffer 3 der KBV-Vorgaben in ihrer jeweils geltenden Fassung,

j) das Vergütungsvolumen für das eigenständige Kontingent für die Leistungen nach den GOP 01841, 01842, 11230, 11233 bis 11236 EBM, gebildet in Höhe der Summe der sich gemäß der KBV-Vorgaben für die Quartale I/2023 bis IV/2023 errechnenden Erhöhungsbeträge für den fachärztlichen Grundbetrag, die sich aus der Überführung der GOP 01841, 11230, 11233 bis 11236 EBM in die MGV und der Überführung der GOP 01842 EBM aus dem Grundbetrag „genetisches Labor“ ergeben, fortentwickelt entsprechend dem Verfahren zur Fortschreibung der Grundbeträge gemäß Teil B, Ziffer 3 der KBV-Vorgaben in ihrer jeweils geltenden Fassung.

2) Bei einem Wechsel des Versorgungsbereichs durch einen Vertragsarzt sind die Regelungen in Teil B, Ziffer 5 der KBV-Vorgaben in ihrer jeweils geltenden Fassung zu beachten.

Schritt 2 Berechnung der arztgruppenspezifischen Anteile am RLV-/QZV-Verteilungsvolumen

1) Arztgruppenspezifisches Verteilungsvolumen

Das nach Schritt 1 ermittelte RLV-/QZV-Verteilungsvolumen wird jeweils auf die Arztgruppen gemäß Anlage 1 verteilt. Dazu wird der RLV-/QZV-relevante Leistungsbedarf des jeweiligen Vorjahresquartals der jeweiligen Arztgruppe durch den gesamten RLV-/QZV-relevanten Leistungsbedarf des jeweiligen Vorjahresquartals des Versorgungsbereichs dividiert – wobei der Leistungsbedarf insbesondere zur Berücksichtigung der Veränderungen der Bewertung ärztlicher Leistungen des EBM mit den jeweiligen arztgruppenspezifischen Anpassungsfaktoren (APF) im Sinn von § 3 Abs. 5 und gemäß Anhang 1 zu dieser Anlage, der in seiner jeweils geltenden Fassung Bestandteil dieses HVM ist, multipliziert wird und mit dem RLV-/QZV-Verteilungsvolumen des

jeweiligen Versorgungsbereichs multipliziert. Ob eine Leistung RLV-/QZV-relevant ist, richtet sich immer nach den Verhältnissen im aktuellen Abrechnungsquartal.

2) Arztgruppenspezifische Vergütungsbereiche

Für diese arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumina gilt im Weiteren Folgendes:

a) Bildung von Vergütungsvolumina für förderungswürdige Leistungen und in sonstigen Fällen

Innerhalb der fachärztlichen arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumina werden bei den

- Fachärzten für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämatologie/Onkologie die praxisklinische Betreuung und Beobachtung nach den GOP 01510 bis 01512 EBM,
- Fachärzten für Augenheilkunde die Strukturpauschale nach der GOP 06225 EBM,
- Fachärzten für Nervenheilkunde sowie für Neurologie die MRT-Leistungen nach den GOP 34410 bis 34492 EBM

in eigenständigen Anteilen geführt, welche auf Basis des Leistungsbedarfs des jeweiligen Vorjahresquartals gebildet und mit dem sich rechnerisch ergebenden Durchschnittspunktwert, der sich durch Division des RLV/QZV-Vergütungsvolumens durch den RLV/QZV-Leistungsbedarf des Vorjahresquartals errechnet, bewertet werden.

Innerhalb des arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumens der Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie wird für die GOP 13577 EBM ein eigenständiges Kontingent in Höhe des nach Maßgabe des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 506. Sitzung, Teil B, Ziff. 2 – ausschließlich unter Berücksichtigung der aufsummierten Häufigkeiten der GOP 13571, 13573 und 13575 EBM einschließlich Suffices der vorgenannten Arztgruppe – errechneten Erhöhungsbetrages, fortentwickelt entsprechend dem Verfahren zur Fortschreibung der Grundbeträge gemäß Teil B, Ziffer 3 der KBV-Vorgaben in ihrer jeweils geltenden Fassung, gebildet.

Innerhalb des arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumens der Fachärzte für Frauenheilkunde und der Fachärzte für Frauenheilkunde mit fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin wird für die GOP 08315 EBM jeweils ein eigenständiges Kontingent geführt, gebildet aus dem jeweiligen Leistungsbedarf des Vorjahresquartals, multipliziert mit dem im Abrechnungsquartal geltenden regional vereinbarten Punktwert, abgesenkt um 10 %.
Für die Verteilungsvolumina der Fachärzte für Diagnostische Radiologie und Fachärzte für Nuklearmedizin wird jeweils festgestellt, dass ein überwiegender Teil der Fachärzte für Diagnostische Radiologie und Fachärzte für Nuklearmedizin in der Regel einen überwiegenden Teil der Leistungen in den QZV abrechnet und die Regelung, wonach Kooperationszuschläge nicht auf die QZV angewendet werden (Schritt 5, Abs. 3), zu überproportional nachteiligen Auswirkungen führt. Deshalb werden diese arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumina aus dem Volumen nach Schritt 1, Abs. 1b) 2. Spiegelstrich erhöht. Das Erhöhungsvolumen bemisst sich nach den Zahlungen, die im entsprechenden Quartal des Bezugszeitraumes III/2009 bis II/2010 als Aufschläge bei BAG, MVZ und Arztpraxen mit angestellten Ärzten gewährt worden sind, abzüglich des Volumens, welches im jeweiligen Abrechnungsquartal für die entsprechenden Aufschläge zu zahlen ist.

Innerhalb der arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumina der Fachärzte für Orthopädie und der Fachärzte für Chirurgie werden zur Erstattung der Sachkosten gemäß § 9 Abs. 2 jeweils Anteile in Höhe der zu erwartenden Zahlungen gebildet.

b) Vergütungsbereiche für RLV und QZV

Die arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumina werden sodann für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der RLV sowie für die Vergütung innerhalb der QZV aufgeteilt, wobei der Leistungsbedarf des Vorjahresquartals, insbesondere zur Berücksichtigung der Veränderungen der Bewertung ärztlicher Leistungen des EBM mit den jeweiligen arztgruppenspezifischen APF im Sinn von § 3 Abs. 5 und gemäß Anhang 1 zu dieser Anlage multipliziert wird, zu Grunde gelegt wird.

Schritt 3 Ermittlung RLV-relevanter Fälle und QZV-Leistungsfälle

RLV-relevante Fälle einer Arztpraxis sind deren kurativ-ambulante Behandlungsfälle. Ein Behandlungsfall ist gemäß § 21 Abs. 1 BMV-Ä die Behandlung desselben Versicherten durch dieselbe Arztpraxis in einem Kalendervierteljahr zulasten derselben Krankenkasse, während der Arztfall gemäß § 21 Abs. 1b BMV-Ä die Behandlung desselben Versicherten durch denselben an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt in einem Kalendervierteljahr zulasten derselben Krankenkasse unabhängig von der Betriebs- oder Nebenbetriebsstätte umfasst. Von den RLV-relevanten Fällen sind allerdings ausgenommen

- Notfälle im organisierten Notfalldienst (Muster 19a der Vordruckvereinbarung), es sei denn, es handelt sich um eigene Patienten und Überweisungsfälle zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen oder zur Befundung von dokumentierten Untersuchungsergebnissen und
- Fälle, in denen ausschließlich Leistungen und Kostenerstattungen, die nicht dem RLV unterliegen, oder in denen neben diesen lediglich Hygienezuschläge gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 74. Sitzung am 17. November 2021 oder die GOP 01437 EBM abgerechnet werden.

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

- In Einzelpraxen entspricht die Zahl der RLV-Fälle der Zahl der Behandlungsfälle gemäß Satz 2.
- In fachgleichen BAG, MVZ und (Einzel-)Praxen mit angestellten Ärzten entspricht die Zahl der RLV-Fälle eines Arztes der Zahl der Behandlungsfälle gemäß Satz 2 der Arztpraxis multipliziert mit seinem Anteil an der RLV-relevanten Arztfallzahl der Praxis. Die Summe der RLV-Fälle einer Arztpraxis entspricht damit immer der Anzahl der RLV-relevanten Behandlungsfälle der Arztpraxis.
- In fachungleichen BAG, MVZ und (Einzel-)Praxen mit angestellten Ärzten werden die RLV-Fälle eines Arztes wie folgt berechnet:

$$\left(FZ_{Praxis} + FZ_{Praxis_{TSVG}}\right) \times \frac{\left(\mathrm{AF_{Arzt}} + \mathrm{AF_{Arzt_{TSVG}}}\right)}{\left(\mathrm{AF_{Praxis}} + \mathrm{AF_{Praxis_{TSVG}}}\right)} - \mathrm{AF_{Arzt_{TSVG}}} \times \frac{\left(\mathrm{FZ_{Praxis}} + \mathrm{FZ_{Praxis_{TSVG}}}\right)}{\left(\mathrm{AF_{Praxis}} + \mathrm{AF_{Praxis_{TSVG}}}\right)}$$

FZ_{Praxis}	Anzahl der RLV-relevanten Behandlungsfälle der Praxis gemäß Sätze 1 bis 3
$FZ_{Praxis_{TSVG}}$	Anzahl der TSVG-relevanten Behandlungsfälle der Praxis gemäß Satz 2, die nicht in FZ_{Praxis} berücksichtigt sind
$\mathrm{AF_{Arzt}}$	Anzahl der RLV-relevanten Arztfälle eines Arztes
$\mathrm{AF_{Arzt_{TSVG}}}$	Anzahl der TSVG-relevanten Arztfälle eines Arztes
$\mathrm{AF_{Praxis}}$	Summe der RLV-relevanten Arztfälle der Praxis
$\mathrm{AF_{Praxis_{TSVG}}}$	Summe der TSVG-relevanten Arztfälle der Praxis

Die Umsetzung des Arztbezuges erfolgt bei den QZV entsprechend den Regelungen bei den RLV, es sei denn, dass die QZV je Leistungsfall berechnet und mitgeteilt werden. Ein Leistungsfall liegt vor, sofern im Behandlungsfall des aktuellen Abrechnungsquartals nach Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit mindestens eine Leistung des Leistungskatalogs des entsprechenden QZV anerkannt wird.

Schritt 4 **Berechnung der arztgruppenspezifischen kalkulatorischen Fallwerte**

1) **RLV-Fallwert**
Zur Berechnung des arztgruppenspezifischen kalkulatorischen RLV-Fallwertes wird das gemäß Schritt 2, Abs. 2b) ermittelte arztgruppenspezifische RLV-Vergütungsvolumen für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der RLV durch die Anzahl der RLV-Fälle der Arztgruppe des Vorjahresquartals dividiert. Für die Arztgruppen „Fachärzte für Nervenheilkunde“ und „Fachärzte für Neurologie“ findet diese Berechnung mit der Maßgabe statt, dass jeweils die Summe aus deren RLV-Vergütungsvolumina und RLV-Fallzahlen zugrunde gelegt wird.

2) **QZV-Fallwert**
Für die Vergütung ärztlicher Leistungen aller QZV einer Arztgruppe wird das gemäß Schritt 2, Abs. 2b) ermittelte arztgruppenspezifische QZV-Verteilungsvolumen aufgeteilt, indem der Leistungsbedarf des Vorjahresquartals des jeweiligen QZV einer Arztgruppe ins Verhältnis gesetzt wird zum Leistungsbedarf des Vorjahresquartals aller QZV insgesamt einer Arztgruppe, wobei der Leistungsbedarf insbesondere zur Berücksichtigung der Veränderungen der Bewertung ärztlicher Leistungen des EBM mit den jeweiligen arztgruppen- und QZV-spezifischen APF im Sinn von § 3 Abs. 5 und gemäß Anhang 1 zu dieser Anlage multipliziert wird. Das hieraus resultierende arztgruppenspezifische Vergütungsvolumen je QZV wird durch die Anzahl der RLV-Fälle bzw. der QZV-Leistungsfälle der Arztgruppe des Vorjahresquartals dividiert und ergibt die arztgruppenspezifischen kalkulatorischen QZV-Fallwerte.

Schritt 5 **Berechnung der arzt- und praxisbezogenen RLV und QZV**

1) **Berechnung arztgruppenspezifischer rechnerischer RLV-/QZV-Fallwerte**
Die gemäß Schritt 4 ermittelten arztgruppenspezifischen kalkulatorischen RLV- und QZV-Fallwerte können durch Umsetzung der nachfolgend aufgeführten Bestimmungen, die im Rahmen der Durchführung der Quartalsabrechnung Berücksichtigung finden, rechnerische Anpassungen erfahren:
   a) Im Rahmen der Ermittlung dieser rechnerischen RLV- und QZV-Fallwerte werden die gemäß Schritt 2 Abs. 1 ermittelten arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumina der Fachärzte für Nervenheilkunde, der Fachärzte für Neurologie sowie der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie jeweils neu berechnet, indem je Arztgruppe die Summe dieser gemäß Schritt 2 Abs. 1 ermittelten drei arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumina mit dem Anteil multipliziert wird, den die betreffende Arztgruppe an der Summe des RLV-/QZV-relevanten Leistungsbedarfs des aktuellen Abrechnungsquartals dieser drei Arztgruppen hat.
   b) Im Rahmen der Ermittlung der rechnerischen RLV-Fallwerte wird die Aufteilung der arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumina für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der RLV sowie für die Vergütung innerhalb der QZV gemäß Schritt 2 Abs. 2b) auf Basis des Leistungsbedarfs des aktuellen Abrechnungsquartals vorgenommen.
   c) Im Rahmen der Ermittlung der rechnerischen QZV-Fallwerte wird die Aufteilung des arztgruppenspezifischen QZV-Verteilungsvolumens in die arztgruppenspezifischen Vergütungsvolumina je QZV gemäß Schritt 4 Abs. 2 auf Basis des Leistungsbedarfs des aktuellen Abrechnungsquartals vorgenommen.

d) Im Weiteren werden eine mögliche Fallzahl- bzw. Mengenentwicklung bei Leistungen des fachärztlichen Grundbetrages oder bei Leistungen, die sich nach § 7 Abs. 5 HVM auf den Über-/Unterschuss im Vergütungsvolumen des fachärztlichen Grundbetrages auswirken, sowie mögliche Bereinigungen gemäß § 3 Abs. 4 HVM berücksichtigt.

Die derart ermittelten rechnerischen RLV-Fallwerte können jedoch die kalkulatorischen RLV-Fallwerte um maximal 5 % unterschreiten.
Die derart ermittelten rechnerischen QZV-Fallwerte können jedoch die kalkulatorischen QZV-Fallwerte um maximal 15 % unterschreiten.

2) Berechnung des RLV

a) Die Höhe des RLV eines Arztes ergibt sich grundsätzlich aus der Multiplikation des quartalsweise gültigen arztgruppenspezifischen rechnerischen RLV-Fallwertes und der RLV-Fallzahl des Arztes im aktuellen Quartal, ggf. unter Berücksichtigung der Fallzahlzuwachsbegrenzung gemäß § 5 Abs. 4 HVM.

b) Hierbei erfolgt die Zuordnung des RLV-Fallwertes der Arztgruppe gemäß Anlage 1 grundsätzlich nach dem Gebiet der Zulassung unter Berücksichtigung der Fachgruppenzugehörigkeit bzw. Facharzt- und Schwerpunktbezeichnung gemäß der achten und neunten Ziffer der Arztnummer (LANR) laut Anlage 1 der Vereinbarung gemäß § 293 Abs. 4 und 7 SGB V über eine zentrale Arztnummernvergabe. Für Ärzte, die mit mehreren Fachgebieten zugelassen sind, erfolgt die Zuordnung nach Maßgabe von Satz 1 je Fachgebiet.

   Die Fälle eines angestellten Arztes i. S. d. § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V werden dem anstellenden Arzt für die Ermittlung der RLV-relevanten Arztfälle zugerechnet; entsprechendes gilt für Jobsharing-Ärzte i. S. d. § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V.
   In BAG, MVZ und Praxen mit angestellten Ärzten ermittelt sich das RLV unter Berücksichtigung eines Aufschlages in Höhe von 10 % (Kooperationszuschlag) für alle Ärzte eines Standortes, soweit dort mindestens zwei Ärzte zugelassen sind und/oder als Angestellte an der vertragsärztlichen Versorgung im Rahmen ihrer Zulassung und/oder Genehmigung zur Anstellung teilnehmen; andere Tätigkeiten, z. B. in Zweigpraxen bleiben unberücksichtigt. Bei den Zuschlägen werden Jobsharing-Ärzte i. S. d. § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 und Nr. 5 SGB V in keinem Fall berücksichtigt.

   Das so ermittelte RLV je Arzt wird mit dem sich aus der morbiditätsbezogenen Differenzierung des RLV nach Altersklassen ergebenden Gewichtungsfaktor multipliziert. Dieser Faktor errechnet sich im Wesentlichen aus dem durchschnittlichen Leistungsbedarf je Versichertem des Arztes dividiert durch den durchschnittlichen Leistungsbedarf je Versichertem der jeweiligen Arztgruppe.

3) Berechnung des QZV

Jeder Arzt einer der in Anlage 1 zu diesem HVM benannten Arztgruppen erhält ein oder mehrere QZV, die nach Anlage 3 zu diesem HVM für seine Arztgruppe bestimmt sind, sofern nach Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit mindestens eine Leistung des Leistungskatalogs des entsprechenden QZV im aktuellen Abrechnungsquartal anerkannt wird.

Die Höhe des QZV eines Arztes einer der in Anlage 1 zu diesem HVM benannten Arztgruppen ergibt sich aus der Multiplikation des quartalsweise gültigen arztgruppenspezifischen rechnerischen QZV-Fallwertes und der QZV-Fallzahl des Arztes.

Hierbei wird der für einen Arzt jeweils maßgebende arztgruppenspezifische rechnerische QZV-Fallwert für die QZV der Fachärzte für Diagnostische Radiologie nach den GOP 34410, 34411, 34422, 34431, 34440, 34441, 34442, 34450, 34451, 34452 EBM und für das QZV der Fachärzte für Nuklearmedizin für die GOP 34410 bis 34452, 34492 EBM für jeden über 200 % der durchschnittlichen arztgruppenspezifischen QZV-Fallzahl hinausgehenden QZV-Fall des jeweiligen QZV um 75 % gemindert.
Die durchschnittliche arztgruppenspezifische QZV-Fallzahl je QZV entspricht dem Quotienten aus QZV-Fällen der jeweiligen Arztgruppe im aktuellen Abrechnungsquartal und der Anzahl ihrer Ärzte; bei der Bestimmung der Anzahl der Ärzte wird der Umfang der Tätigkeit laut Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid berücksichtigt. Der Grenzwert je Arzt errechnet sich für jedes QZV aus dem Produkt aus seinem Tätigkeitsumfang laut Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid, der jeweiligen durchschnittlichen arztgruppenspezifischen QZV-Fallzahl und dem Faktor 2.
Bei BAG, MVZ und Praxen mit angestellten Ärzten erfolgt die Minderung des jeweiligen QZV-Fallwertes um 75 % nur für diejenigen QZV-Fälle, die sich praxisbezogen als Überschreitung ergeben. Eine praxisbezogene Überschreitung liegt dann vor, wenn die Summe der QZV-Fälle aller das jeweilige QZV abrechnenden Ärzte der Praxis den praxisbezogenen, QZV-spezifischen Grenzwert überschreitet. Dieser praxisbezogene, QZV-spezifische Grenzwert bestimmt sich für jedes QZV aus dem Produkt aus der jeweiligen durchschnittlichen arztgruppenspezifischen QZV-Fallzahl, der Summe der Tätigkeitsumfänge aller das jeweilige QZV abrechnenden Ärzte der Praxis und dem Faktor 2. Die praxisbezogene Summe der QZV-Fälle, deren arztgruppenspezifischer rechnerischer QZV-Fallwert um 75 % gemindert wird, ist begrenzt auf die Differenz aus der praxisbezogenen Summe aller Fälle der oben genannten QZV und dem praxisbezogenen, arztgruppen- und QZV-übergreifenden Grenzwert; die Begrenzung erfolgt dabei je QZV anteilig: Der Anteil entspricht dem Quotienten aus der QZV-spezifischen und der praxisbezogenen Anzahl der über 200 % der durchschnittlichen arztgruppenspezifischen QZV-Fallzahl hinausgehenden QZV-Fälle.
Der praxisbezogene, arztgruppen- und QZV-übergreifende Grenzwert entspricht dem Produkt aus der durchschnittlichen arztgruppen- und QZV-übergreifenden Behandlungsfallzahl, der Summe der Tätigkeitsumfänge aller Ärzte der Praxis, die mindestens eine der oben genannten QZV-Leistungen abrechnen, und dem Faktor 1,5; die durchschnittliche arztgruppen- und QZV-übergreifende Behandlungsfallzahl ist der Quotient aus der Summe aller Behandlungsfälle im aktuellen Abrechnungsquartal, in denen mindestens eine der oben genannten QZV-Leistungen der Fachärzte für Diagnostische Radiologie oder der Fachärzte für Nuklearmedizin abgerechnet ist, und der Anzahl der Ärzte dieser beiden Arztgruppen, die mindestens eine dieser QZV-Leistungen abrechnen; bei der Bestimmung der Anzahl der Ärzte wird der Umfang der Tätigkeit laut Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid berücksichtigt.

Hinsichtlich der Zuordnung des QZV-Fallwertes der Arztgruppe gemäß Anlage 1 finden die Regelungen zur Zuordnung des arztgruppenspezifischen RLV-Fallwertes gemäß Abs. 2b) Sätze 1 und 2 entsprechende Anwendung.

Die QZV werden gemäß Anlage 3 zu diesem HVM entweder leistungs- oder behandlungsfallbezogen gebildet. Sofern ein QZV behandlungsfallbezogen zu bilden ist, entspricht die QZV-Fallzahl des Arztes seiner zur Berechnung des RLV verwendeten RLV-Fallzahl. Wenn ein QZV leistungsfallbezogen zu bilden ist, entspricht die QZV-Fallzahl des Arztes der gemäß Schritt 3 ermittelten Anzahl der Leistungsfälle.

Dabei werden die Leistungsfälle eines angestellten Arztes i. S. d. § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V dem anstellenden Arzt zugerechnet; entsprechendes gilt für die Jobsharing-Ärzte i. S. d. § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V.

Die Anwendung des Kooperationszuschlages erfolgt nicht auf die QZV.

Kassenärztliche Vereinigung NORDRHEIN
Engagiert für Gesundheit.

ANHANG 1

zur ANLAGE 2
des HVM mit Wirkung ab dem 01.10.2025

Anpassungsfaktoren (APF) insbesondere zur Berücksichtigung der Veränderungen der Bewertung ärztlicher Leistungen des EBM

[unbesetzt]

Kassenärztliche Vereinigung NORDRHEIN
Engagiert für Gesundheit.

ANLAGE 3
des HVM mit Wirkung ab dem 01.10.2025

Arztgruppenspezifische und zwischen Leistungsfall- (LF) und Behandlungsfallbezug (BHF) differenzierte Auflistung der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV)

Arztgruppe	QZV-Leistungsbereich	LF	BHF
Fachärzte für Anästhesiologie	Akupunktur	X	
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren		X
Fachärzte für Augenheilkunde	Fluoreszenzangiographie		X
	Sonographie I		X
Fachärzte für Chirurgie, Kinderchirurgie, Plastische Chirurgie, Neurochirurgie und Gefäßchirurgie	Akupunktur	X	
	Behandlung von Hämorrhoiden		X
	Phlebologie (30500 nicht für FÄ für Gefäßchirurgie)	X	
	Physikalische Therapie		X
	Prokto-/Rektoskopie		X
	Sonographie I		X
	Sonographie III (nicht für FÄ für Gefäßchirurgie)	X	
	Teilradiologie	X	
Fachärzte für Frauenheilkunde	kurative Mammographie		X
	Mamma-Sonographie, Stanzbiopsie		X
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung		X
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren		X
	Sonographie III		X
Fachärzte für Frauenheilkunde mit fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	kurative Mammographie		X
	Mamma-Sonographie, Stanzbiopsie		X
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren		X
	Reproduktionsmedizin		X
	Sonographie III		X
Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	Phoniatrie, Pädaudiologie		X
	Sonographie I		X
	Teilradiologie		X
Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten	Behandlung von Hämorrhoiden	X	
	Dermatologische Lasertherapie		X
	Dopplersonographie der Extremitäten	X	
	Duplex-Sonographie	X	
	Hautsonographie mittels B-Mode-Verfahren	X	
	Phlebologie	X	
	Prokto-/Rektoskopie	X	
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren		X
	Selektive Phototherapie		X

Arztgruppe	QZV-Leistungsbereich	LF	BHF
Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	Akupunktur	X	
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung		X
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren		X
	Sonographie I		X
	Sonographie II		X
	Sonographie III		X
	Teilradiologie		X
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie	Akupunktur	X	
	Phlebologie		X
	Physikalische Therapie		X
	Sonographie I		X
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie	Sonographie III		X
	Teilradiologie		X
	Kapselendoskopie	X	
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/ Onkologie	Gastroenterologie I		X
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren		X
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie	Duplex-Sonographie	X	
	Sonographie I		X
	Teilradiologie		X
	Zusatzpauschale für Beobachtung nach diagnostischer Koronarangiographie	X	
	Zusatzpauschale für Beobachtung nach therapeutischer Koronarangiographie	X	
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie	Bronchoskopie	X	
	Ergospirometrische Untersuchung	X	
	Sonographie I	X	
	Teilradiologie	X	
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie	Akupunktur	X	
	Teilradiologie		X
Fachärzte für Nervenheilkunde	Akupunktur	X	
	Betreuung psychisch Kranker im sozialen Umfeld	X	
	Sonographie III	X	

Arztgruppe	QZV-Leistungsbereich	LF	BHF
Fachärzte für Neurologie	Akupunktur	X	
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	X	
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	X	
	Sonographie III	X	
Fachärzte für Nuklearmedizin	GOP 17310, 17311, 17312, 17360	X	
	GOP 17320	X	
	GOP 17330, 17332	X	
	GOP 17331, 17333	X	
	GOP 17340, 17341	X	
	GOP 17362	X	
	GOP 17363 (einmalige Abrechnung im Behandlungsfall)	X	
	GOP 17363 (mehrfache Abrechnung im Behandlungsfall)	X	
	GOP 17371, 17372, 17373	X	
	GOP 33011, 33012	X	
	GOP 34410 bis 34452, 34492	X	
Fachärzte für Orthopädie	Akupunktur	X	
	Chirotherapie	X	
	Physikalische Therapie	X	
	Sonographie I (inkl. Hüftsonographie)	X	
	Teilradiologie	X	
Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie	Otoakustische Emissionen	X	
	Sonographie I	X	
Fachärzte für Physikalisch-rehabilitative Medizin	Akupunktur	X	
	Chirotherapie		X
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren		X
Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie	Betreuung psychisch Kranker im sozialen Umfeld	X	
Fachärzte für Diagnostische Radiologie	GOP 17310, 17311, 17312, 17360	X	
	GOP 17320	X	
	GOP 17330, 17332	X	
	GOP 17331, 17333	X	
	GOP 17362	X	
	GOP 17363	X	
	GOP 17371, 17372, 17373	X	
	GOP 33011	X	
	GOP 33012	X	
	GOP 33041	X	
	GOP 33042	X	
	GOP 33070	X	
	GOP 34220	X	

	GOP 34221	X	
	GOP 34223, 34235, 34236, 34284, 34293, 34297	X	
	GOP 34230	X	
	GOP 34231	X	
	GOP 34232	X	
	GOP 34233	X	
	GOP 34234	X	
	GOP 34237	X	
	GOP 34241	X	
	GOP 34242	X	
	GOP 34246	X	
	GOP 34247	X	
	GOP 34251	X	
	GOP 34255	X	
	GOP 34270	X	
	GOP 34271	X	
	GOP 34272	X	
	GOP 34275	X	
	GOP 34280	X	
	GOP 34282	X	
	GOP 34283	X	
	GOP 34285	X	
	GOP 34286	X	
	GOP 34294	X	
	GOP 34310	X	
	GOP 34311	X	
	GOP 34320	X	
	GOP 34322	X	
	GOP 34330	X	
	GOP 34340	X	
	GOP 34341	X	
	GOP 34343	X	
	GOP 34344	X	
	GOP 34350	X	
	GOP 34351	X	
	GOP 34410	X	
	GOP 34411	X	
	GOP 34422	X	
	GOP 34431	X	
	GOP 34440	X	
	GOP 34441	X	
	GOP 34442	X	
	GOP 34450	X	
	GOP 34451	X	
	GOP 34452	X	
	GOP 34470, 34475, 34480, 34485, 34486, 34489, 34490	X	

	GOP 34492	X	
	GOP 34504	X	
	GOP 34505	X	
Fachärzte für Urologie	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren		X
	Sonographie I		X
	Stoßwellenlithotripsie		X
	Teilradiologie		X

Kassenärztliche Vereinigung NORDRHEIN
Engagiert für Gesundheit.

ANLAGE 4
des HVM mit Wirkung ab dem 01.10.2025

Förderungswürdige Leistungen

Fachärztlicher Versorgungsbereich

Leistungsbereich	GOP/Bedingungen*	Fördervolumen pro Quartal
Fachärzte für Augenheilkunde		
Fluoreszenzangiographie	06331	190.868,43€
Sonographie I für Augenärzte	33000, 33001, 33002, 33011	
Fachärzte für Chirurgie, Kinderchirurgie, Plastische Chirurgie, Neurochirurgie und Gefäßchirurgie		
Behandlung von Hämorrhoiden	30610, 30611	269.781,71 €
Phlebologie	30500, 30501	
Prokto-/Rektoskopie	30600, 30601	
Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092, 33042A, 33043A, 33043V, 33044V, 33090V	
Fachärzte für Frauenheilkunde, Fachärzte für Frauenheilkunde mit fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin		
Mamma-Sonographie, Stanzbiopsie	08320, 33041	281.628,58 €
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	
Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	
Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde		
Allergologie	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123	388.963,71 €
Hörgeräteversorgung	09372, 09373, 09374, 09375	216.473,96 €
Hyposensibilisierung	30130, 30131	173.390,32 €
Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten		
Allergologie	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123	593.182,41 €
Hyposensibilisierung	30130, 30131	149.460,77 €
Systemische Psoriasistherapie	10210, 10211 oder 10212 jeweils i. V. m. der	51.855,96 €

* Förderfähig sind nur Leistungen, für die der jeweilige Arzt von der KV Nordrhein eine ggf. erforderliche Genehmigung nach geltender Qualitätssicherungsrichtlinie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V erhalten hat und die für ihn im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung abrechnungsfähig sind, wofür weitere Bedingungen erfüllt sein müssen (z. B. Fachzugehörigkeit der Leistung).

Leistungsbereich	GOP/Bedingungen*	Fördervolumen pro Quartal
	SNR 90912 und einer gesicherten Diagnose zur Psoriasis	
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/Onkologie		
Transfusionen	02110, 02111	100.552,70 €
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie		
Allergologie	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123	133.050,36 €
Hyposensibilisierung	30130, 30131	102.258,34 €
Bronchoskopien	13662, 13663, 13664, 13670, 13662I, 13663I, 13664I, 13670I	21.483,83 €
Fachärzte für Neurologie		
Betreuung eines Patienten mit Erkrankung des zentralen Nervensystems	16230, 16231	111.503,55 €
Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie		
Hörgeräteversorgung Phoniater Hörgeräteversorgung HNO	20338, 20339, 20340, 20372, 20373, 20374, 20375, 20377, 20378 09372, 09373, 09374, 09375	11.225,25 €
Fachärzte für Urologie		
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren Sonographie I Stoßwellenlithotripsie	35100, 35110, 35111, 35113, 35120 33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092, 33042A, 33043A, 33043V, 33044V, 33090V 26330	276.881,73 €
Prostatabiopsien	26341	9.763,20 €
Urethrozystroskopie des Mannes	26310	7.853,00 €
Ärzte, die einer RLV-Arztgruppe des fachärztlichen Versorgungsbereichs gemäß Anlage 1 angehören		
Gastroskopie	13400, 13400I jeweils im Überweisungsfall	313.846,67 €
Fachärzte für Nervenheilkunde, Fachärzte für Neurologie, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie		
Betreuung psychisch, neurologisch Kranker im sozialen Umfeld	21230 unter der Voraussetzung, dass die Behandlung an mindestens 2 Kalendertagen im Quartal erfolgt ist	246.199,25 €
Gesprächsleistungen	21220, 16220, 16222	156.330,75 €

Fachärzte für Chirurgie, Kinderchirurgie, Plastische Chirurgie, Neurochirurgie und Gefäßchirurgie, Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie, Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie, Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie, Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie, Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören, Fachärzte für Orthopädie, Fachärzte für Urologie		
Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503	1.154.068,75 €

Kassenärztliche Vereinigung NORDRHEIN
Engagiert für Gesundheit.

ANLAGE 5
des HVM mit Wirkung ab dem 01.07.2026

Ermittlung und Bildung von Rückstellungen und Vergütungsvolumina aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) für die hausärztliche Versorgung

Innerhalb des nach § 7 Abs. 1 gebildeten Vergütungsvolumens des hausärztlichen Grundbetrags werden – neben den Vergütungsvolumina für die Vorwegabzüge „Hausarzt-MGV", „Kinderarzt-MGV" und „Förderung Kinder- und Jugendärzte" nach Teil B der Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß § 87b Abs. 4 SGB V zur Honorarverteilung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen (KBV-Vorgaben) in ihrer jeweils gültigen Fassung – folgende Rückstellungen und Vergütungsvolumina gebildet:

1) **Rückstellungen**
   a) für nachträglich erfolgende Honorarkorrekturen aus Vorquartalen, zum Ausgleich von Fehlschätzungen sowie für Entschädigungen in der Höhe des Verkehrswertes einer Arztpraxis im Sinn des § 103 Abs. 3a Satz 13 SGB V,
   b) für die zu erwartenden bereichsspezifischen Zahlungen im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 75 Abs. 7 und 7a SGB V,
   c) für den, nach Anwendung des Trennungsfaktors gemäß der bis zum 30. September 2013 geltenden KBV-Vorgaben, auf den hausärztlichen Versorgungsbereich entfallenden Anteil an dem zur Bildung eines Strukturfonds gemäß § 105 Abs. 1a SGB V zur Verfügung gestellten Betrag in Höhe von mindestens 0,1 % bis höchstens 0,2 % der MGV, wobei die Vertreterversammlung die Höhe innerhalb dieser Spanne als Obergrenze festlegt,

2) **Vergütungsvolumina**
   a) für sog. freie Leistungen, d. h. für
      - Besuche nach den GOP 01410 bis 01413 und 01415 EBM für die Fachärzte für Kinder und Jugendmedizin
      - die unvorhergesehene Inanspruchnahme nach den GOP 01100, 01101, 01102 EBM
      - Leistungen der schmerztherapeutischen speziellen Versorgung nach den GOP 30700 bis 30708 EBM,
      - ärztlich angeordnete Hilfeleistungen von Praxismitarbeitern nach den GOP 38100 und 38105 EBM,
      - Leistungen der Polygraphie (GOP 30900 EBM) und der Polysomnographie (GOP 30901 EBM) (befristet für die Quartale I/2026 und II/2026),
   b) ein Vergütungsvolumen für die Vergütung von Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM mit Ausnahme des Abschnitts 40.3 EBM und der außerhalb der MGV vergüteten Kostenpauschalen,
   c) ein eigenständiges Kontingent für Kostenpauschalen des Abschnitts 40.3 EBM, gebildet aus dem jeweiligen Leistungsbedarf des Vorjahresquartals, multipliziert mit der Mindestquote gemäß Teil A, Ziffer 7, Satz 1 der KBV-Vorgaben in ihrer jeweils geltenden Fassung,
   d) ein Vergütungsvolumen für eigenerbrachte laboratoriumsmedizinische Untersuchungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM und für von Laborgemeinschaften abgerechnete laboratoriumsmedizinische Untersuchungen (Anforderung über Muster 10A), gebildet auf Basis des Leistungsbedarfs des jeweiligen Quartals des Jahres 2023, multipliziert mit der Mindestquote gemäß Teil A, Ziffer 7, Satz 1 der KBV-Vorgaben in ihrer jeweils geltenden Fassung, fortentwickelt entsprechend dem

Verfahren zur Fortschreibung der Grundbeträge gemäß Teil B, Ziffer 3 der KBV-Vorgaben in ihrer jeweils geltenden Fassung,

e) für jeweils eigenständige Kontingente für die Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören, gebildet aus dem jeweiligen Leistungsbedarf des Vorjahresquartals, multipliziert mit dem im Abrechnungsquartal geltenden regional vereinbarten Punktwert, für
   - nicht antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen des Abschnitts 35.1 EBM und psychodiagnostische Testverfahren des Abschnitts 35.3 EBM, soweit die Leistungen nicht außerhalb der MGV vergütet werden,
   - Allergologie des Abschnitts 30.1 EBM,
   - Leistungen der Polygraphie (GOP 30900 EBM) und der Polysomnographie (GOP 30901 EBM),

f) für jeweils eigenständige Kontingente für die Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, gebildet aus dem jeweiligen Leistungsbedarf des Vorjahresquartals, multipliziert mit dem im Abrechnungsquartal geltenden regional vereinbarten Punktwert, für
   - nicht antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen des Abschnitts 35.1 EBM und psychodiagnostische Testverfahren des Abschnitts 35.3 EBM, soweit die Leistungen nicht außerhalb der MGV vergütet werden,
   - Allergologie des Abschnitts 30.1 EBM,

g) für jeweils eigenständige Kontingente für die Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören, gebildet aus dem jeweiligen Leistungsbedarf des Vorjahresquartals, multipliziert mit dem im Abrechnungsquartal geltenden regional vereinbarten Punktwert, abgesenkt um 10 %, für
   - Sonographie des Kapitels 33 EBM,
   - Leistungen des Kapitels 30 EBM mit Ausnahme der Abschnitte 30.1 und 30.7.1, der dem fachärztlichen Versorgungsbereich zugeordneten KO-Leistungen gemäß Anlage 2 Schritt 1, Abs. 1d) und der außerhalb der MGV vergüteten Leistungen,

h) das Vergütungsvolumen für die restlichen, dem hausärztlichen Grundbetrag unterliegenden Leistungen (d. h. aller Leistungen, die nicht in den innerhalb der in diesem Grundbetrag gebildeten Vorwegabzügen nach § 7 Abs. 1 enthalten und in den Abs. 2a) bis 2f) genannt sind), der Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören, gebildet aus dem jeweiligen Leistungsbedarf des Vorjahresquartals und bewertet mit dem (kalenderjahresbezogenen) Durchschnittspunktwert des hausärztlichen Grundbetrages,

i) das Vergütungsvolumen für die restlichen, dem hausärztlichen Grundbetrag unterliegenden Leistungen (d. h. aller Leistungen, die nicht in den innerhalb der in diesem Grundbetrag gebildeten Vorwegabzügen nach § 7 Abs. 1 enthalten und in den Abs. 2a) bis 2f) genannt sind), der Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, gebildet aus dem jeweiligen Leistungsbedarf des Vorjahresquartals und bewertet mit dem (kalenderjahresbezogenen) Durchschnittspunktwert des hausärztlichen Grundbetrages.

Der (kalenderjahresbezogene) Durchschnittspunktwert des hausärztlichen Grundbetrags ermittelt sich aus der Division des Vergütungsvolumens des hausärztlichen Grundbetrages des aktuellen Kalenderjahres,

gemindert um

- die innerhalb dieses Grundbetrages gebildeten Vergütungsvolumina für die Vorwegabzüge nach § 7 Abs. 1 und

- die Rückstellungen und Vergütungsvolumina nach Abs. 1 und Abs. 2a) bis 2f) aller vier Quartale des aktuellen Kalenderjahres,

durch den Leistungsbedarf aller Leistungen nach Abs. 2g) und Abs. 2h) des vorhergehenden Kalenderjahres.
Der Durchschnittspunktwert kann aufgrund möglicher Fallzahl- bzw. Mengenentwicklung bei Leistungen des Abs. 2 oder bei Leistungen, die sich nach § 7 Abs. 5a) und Abs. 5b) HVM auf den Über-/Unterschuss im Vergütungsvolumen des hausärztlichen Grundbetrages auswirken, sowie aufgrund möglicher Bereinigungen gemäß § 3 Abs. 4 HVM quartalsbezogene Anpassungen erfahren.