

Honorarverteilungsmaßstab der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen in der Fassung gültig ab 01.01.2026

Gemäß § 87b Abs. 1 SGB V und § 3 Abs. 3 der Satzung der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen (KVHB) wird zunächst gemäß § 22 Abs. 4 des HVM i.d.F. vom 01.04.2023 mit Beschluss des Vorstands vom 19.11.2025 folgender Honorarverteilungsmaßstab (HVM) für den Bereich der KVHB aufgestellt – vorbehaltlich der Beschlussfassung durch die Vertreterversammlung am 16.12.2025:

Präambel

Mit Wirkung ab dem 01.01.2012 wenden die Kassenärztlichen Vereinigungen bei der Verteilung der vereinbarten Gesamtvergütungen den Verteilungsmaßstab an, den sie im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen festgesetzt haben.

Der Verteilungsmaßstab hat Regelungen vorzusehen, die verhindern, dass die Tätigkeit des Leistungserbringers über seinen Versorgungsauftrag oder seinen Ermächtigungsumfang hinaus übermäßig ausgedehnt wird. Dabei soll dem Leistungserbringer eine weitgehende Kalkulationssicherheit hinsichtlich der Höhe seines zu erwartenden Honorars ermöglicht werden.

§ 1

Grundlage und Geltungsbereich

1. Grundlage für die Honorarverteilung sind die Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß § 87b Abs. 4 SGB V und die hierzu im Folgenden getroffenen Regelungen.
2. Der HVM regelt die Verteilung
 - a) der von den Krankenkassen für die Versorgung ihrer Versicherten mit Wohnort im Land Bremen entrichteten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) und die nicht mit befreiender Wirkung entrichtete morbiditätsbedingte Gesamtvergütung gemäß § 87a Abs. 3b Satz 2 SGB V und § 87a Abs. 3c Satz 2 SGB V sowie
 - b) der Gesamtvergütungsanteile an der MGV für Versicherte mit Wohnort außerhalb von Bremen, die im Bereich der KVHB Leistungen in Anspruch genommen haben, welche über den Fremdkassenzahlungsausgleich (FKZ) vergütet werden.
3. Dieser HVM gilt für alle im Bereich der KVHB an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden zugelassenen Vertragsärzte, Psychologischen Psychotherapeuten und Medizinischen Versorgungszentren, auch soweit sie an einer KV-bereichsübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaft teilnehmen. Er gilt auch für die bei den zuvor genannten Leistungserbringern angestellten Ärzten und Psychologischen Psychotherapeuten. Er gilt ferner für Ermächtigte Ärzte und Ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen sowie für Krankenhäuser und nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, soweit sie ambulante Notfalleleistungen gegenüber Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung erbringen.

Alle vorstehend genannten Vertragsärzte, Therapeuten und Einrichtungen, die den Regelungen dieses HVM unterliegen, werden in diesem HVM unabhängig vom Geschlecht als „Ärzte“ bezeichnet.

4. Der Vorstand der KVHB kann mit anderen Kassenärztlichen Vereinigungen Regelungen zur Vorgehensweise bei KV-übergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften treffen.

§ 2

Grundsätze der Vergütung der Ärzte

1. Die Leistungen, die Bestandteil der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung sind, werden – vorbehaltlich den nachfolgenden Regelungen – auf der Basis der gemäß § 87a Abs. 2 Satz 5 SGB V zum jeweiligen Zeitpunkt gültigen regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet. Zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der vertragsärztlichen Tätigkeit wird je Quartal und Arztpraxis die abrechenbare Menge vertragsärztlicher Leistungen durch Regelleistungsvolumen (RLV) und qualifikationsgebundene Zusatzvolumen (QZV) begrenzt. Leistungen nach den Absätzen 2 und 3 sowie Leistungen, für die nach § 12 im fachärztlichen Versorgungsbereich besondere Grundbeträge gebildet werden, und Vorwegabzüge nach § 13 Abs. 2 sowie Leistungen gemäß §§ 10a, 10b, 16, 19 unterliegen nicht dem Regelleistungsvolumen.
2. Für besondere ärztliche Leistungen können versorgungsbereichsspezifische Bereitstellungsvolumen gebildet werden. Diese bilden die Obergrenze für die Vergütung der Gesamtheit dieser Leistungen.
3. Die Vergütung für Leistungen, die außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gezahlt werden, ergibt sich aus der regionalen Euro-Gebührenordnung, den Honorarverträgen sowie ergänzend abgeschlossenen Verträgen.

§ 3

Ermittlung der Regelleistungsvolumen für den fachärztlichen Versorgungsbereich

1. Die Regelleistungsvolumen werden je Abrechnungsquartal und je Arzt ermittelt. Für Ärzte, die außer in ihrer Arztpraxis auch in einer oder mehreren Teilberufsausübungsgemeinschaft(en) tätig sind, wird ein gesamtes Regelleistungsvolumen für die vom jeweiligen Arzt im fachärztlichen Versorgungsbereich in der Arztpraxis und in der (den) Teilberufsausübungsgemeinschaft(en) erbrachten Leistungen ermittelt.
2. Jeder Arzt einer Arztgruppe gemäß Anlage 1 erhält ein arztgruppenspezifisches Regelleistungsvolumen. Die Höhe des Regelleistungsvolumens ergibt sich aus der Multiplikation des für das Quartal gültigen arztgruppenspezifischen Fallwertes und der RLV-Fallzahl des Arztes im Vorjahresquartal. Die Berechnung der RLV-Fallzahl ergibt sich aus den §§ 6 und 7.
3. Der für einen Arzt zutreffende arztgruppenspezifische Fallwert nach Abs. 2 wird für jeden über 170 % der durchschnittlichen RLV-Fallzahl hinausgehenden RLV-Fall wie folgt gemindert:
 - a) um 50 % für RLV-Fälle
über 170 % bis 200 % der durchschnittlichen RLV-Fallzahl der Arztgruppe
 - b) um 75 % für RLV-Fälle
über 200 % der durchschnittlichen RLV-Fallzahl der Arztgruppe

Aus Sicherstellungsgründen kann im Einzelfall von der Minderung des Fallwertes abgewichen werden. Hierüber entscheidet der Vorstand der KVHB.

4. Die Berücksichtigung des Morbiditätsfaktors Alter erfolgt bei der Berechnung der Regelleistungsvolumen entsprechend der Anlage 4.
5. Die Zuweisung der Regelleistungsvolumen erfolgt praxisbezogen. Dabei ergibt sich die Höhe des Regelleistungsvolumens einer Arztpraxis aus der Addition der Regelleistungsvolumen aller Ärzte, die in der Arztpraxis im fachärztlichen Versorgungsbereich tätig sind. Bei versorgungsbereichsübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften und Medizinischen Versorgungszentren werden die Regelleistungsvolumen aller Ärzte des fachärztlichen Versorgungsbereichs addiert.
6. Die Zuweisung der Regelleistungsvolumen soll vor Beginn des Quartals erfolgen.

§ 4

Ermittlung der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen für den fachärztlichen Versorgungsbereich

1. Für die in Anlage 2 aufgeführten Leistungsbereiche werden quartalsweise qualifikationsgebundene Zusatzvolumen gebildet. Ein Arzt hat Anspruch auf die arztgruppenspezifischen qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen, wenn
 - a. er mindestens eine Leistung des entsprechenden qualifikationsgebundenen Zusatzvolumens im jeweiligen Vorjahresquartal erbracht hat
 - b. und er die zutreffenden Gebiets- bzw. Schwerpunktbezeichnung führt - unterliegt die Voraussetzung zur Erbringung von in qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen aufgeführten Leistungen einer Qualifikation nach § 135 Abs. 2 SGB V, § 137 SGB V oder dem Führen einer Zusatzbezeichnung, ist der Nachweis zusätzlich erforderlich -
 - c. oder die Versorgung der Versicherten mit einer Leistung des qualifikationsgebundenen Zusatzvolumens aus Sicherstellungsgründen notwendig ist.
2. Die qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen werden je Arzt ermittelt. Die Höhe des qualifikationsgebundenen Zusatzvolumens eines Arztes ergibt sich aus der Multiplikation des für das Quartal gültigen arztgruppenspezifischen QZV-Fallwertes und der RLV-Fallzahl des Arztes im Vorjahresquartal.
3. Eine Zuweisung der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen erfolgt für die in Anlage 1 genannten Arztgruppen. Die Zuweisung erfolgt praxisbezogen entsprechend der Fallzahl jener Ärzte, die in der Arztpraxis tätig sind und über die Voraussetzungen gemäß Abs. 1 verfügen. Qualifikationsgebundene Zusatzvolumen in einer Arztpraxis werden addiert. Bei versorgungsbereichsübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften und Medizinischen Versorgungszentren werden die qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen eines Versorgungsbereichs addiert.

§ 5

Zuschläge für Kooperationen für den fachärztlichen Versorgungsbereich

1. Zur Förderung der vertragsärztlichen Versorgung in Berufsausübungsgemeinschaften (BAG), MVZ oder Praxen mit angestellten Ärzten wird ein Zuschlag auf das RLV gewährt:
 - a) Praxen mit einem Standort erhalten einen Zuschlag von 10 Prozent.
 - b) Praxen mit mehreren Standorten erhalten den Zuschlag nach a) wenn ein Kooperationsgrad von mindestens 10 Prozent nachgewiesen werden kann.
2. Praxisnetze, für die eine Anerkennung nach § 2 der Richtlinie der KVHB zur Anerkennung von Praxisnetzen erfolgt, erhalten eine einmalige Anschubfinanzierung in Höhe von 10.000,- Euro.
3. Das Nähere regelt der Vorstand der KVHB in Durchführungsbestimmungen.

§ 6

Für Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundene Zusatzvolumen relevante Fälle für den fachärztlichen Versorgungsbereich

Für Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundene Zusatzvolumen relevante Fälle sind kurativ-ambulante Behandlungsfälle gemäß § 21 Bundesmantelvertrag-Ärzte, ausgenommen Notfälle im organisierten Notfalldienst und Überweisungsfälle zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen, Fälle, in denen ausschließlich Leistungen und Kostenerstattungen, die nicht dem Regelleistungsvolumen und den qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen unterliegen, abgerechnet werden und Fälle gem. § 87 a Abs. 3 Satz 5 Nr. 3, 4 und 6 SGB V (TSVG-Fälle).

Zur Umsetzung des Arztbezuges gemäß § 3 Abs. 1 ist die Bemessung des Regelleistungsvolumens mit RLV-Fällen vorgegeben:

- a) In Einzelpraxen entspricht die Zahl der RLV-Fälle der Zahl der Behandlungsfälle gemäß Satz 1.
- b) In Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten entspricht die Zahl der RLV-Fälle eines Arztes der Zahl der Behandlungsfälle gemäß Satz 1 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 gemäß Satz 1 der Arztpraxis.

§ 7

Fallzahlenzuwachsbegrenzung, Fallzahlensicherung für den fachärztlichen Versorgungsbereich

1. Um eine ungerechtfertigte Erhöhung der Fallzahlen im Vorjahresquartal mit Wirkung für das Regelleistungsvolumen im Abrechnungsquartal zu vermeiden, wird der Fallzahlenzuwachs begrenzt. Grundlage für die Ermittlung der Regelleistungsvolumen im Abrechnungsquartal sind die eingereichten RLV-Fallzahlen der Praxis im Vorjahresquartal, begrenzt auf einen Zuwachs von 4 % gegenüber den zugewiesenen RLV-Fallzahlen der Praxis im Vorjahresquartal. Eine Fallzahlerhöhung bis zur

durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe fällt nicht unter die 4 %-Grenze.

2. Sofern Praxen die dem Regelleistungsvolumen im Vorjahresquartal zugrunde gelegte Fallzahl um bis zu 7 % unterschreiten, gilt für das Abrechnungsquartal weiterhin die zugewiesene Fallzahl im Vorjahresquartal. Höhere Unterschreitungen führen zu einer Minderung der Fallzahl.

Satz 1 gilt nicht für an Selektivverträgen nach §§ 73b, 116b und 140a SGB V mit Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung teilnehmende Ärzte.

Das Nähere regelt der Vorstand der KVHB in Durchführungsbestimmungen.

§ 8 Ausnahmeregelungen

1. Außergewöhnlicher Fallzahlanstieg

Bei einer außergewöhnlich starken Erhöhung der RLV-relevanten Fallzahl für den fachärztlichen Versorgungsbereich im Abrechnungsquartal kann die bei der Ermittlung des Regelleistungsvolumens und der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen zugrunde gelegte Fallzahl auf Antrag, beschränkt auf das Antragsquartal, im Nachhinein erhöht werden. Dies kommt beispielsweise bei folgenden Tatbeständen in Betracht:

- a) Urlaubs- und krankheitsbedingte Vertretung eines Arztes der eigenen Berufsausübungsgemeinschaft
- b) Urlaubs- und krankheitsbedingte Vertretung eines Arztes einer Arztpraxis in der unmittelbaren Umgebung der Arztpraxis
- c) Aufgabe einer Zulassung oder genehmigten Tätigkeit eines Arztes der eigenen Berufsausübungsgemeinschaft
- d) Aufgabe einer Zulassung oder genehmigten Tätigkeit eines Arztes in der unmittelbaren Umgebung der Arztpraxis
- e) Niedrigere Fallzahl im Vorjahresquartal wegen quartalsversetzten Urlaubs, wegen Krankheit, Praxisschließungen oder vergleichbarer Sachverhalte

Das Nähere regelt der Vorstand der KVHB in Durchführungsbestimmungen.

2. Praxisbesonderheiten

Der Arzt kann für Praxisbesonderheiten Zuschläge auf den RLV-Fallwert und den QZV-Fallwert der Arztgruppe im fachärztlichen Versorgungsbereich beantragen.

Der Vorstand der KVHB beurteilt nach pflichtgemäßem Ermessen im Einzelfall, ob eine Praxisbesonderheit vorliegt und in welchem Umfang sowie für welche Dauer Zuschläge zu gewähren sind.

Das Verfahren ist in Anlage 7 geregelt.

Über die Grundsätze der Beschlüsse berichtet der Vorstand in den Beratenden Fachausschüssen.

3. Neuzulassungen

Die Zuweisung von Fallzahlen für Ärzte im fachärztlichen Versorgungsbereich, die neu an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, regelt der Vorstand der KVHB in Durchführungsbestimmungen.

4. Beschäftigung von Weiterbildungsassistenten

In den Fällen der Beschäftigung eines Assistenten im Rahmen der Weiterbildung nach § 75a SGB V kann der Arzt im fachärztlichen Versorgungsbereich eine Erhöhung seines Regelleistungsvolumens beantragen. Der Vorstand der KVHB beurteilt nach pflichtgemäßem Ermessen im Einzelfall, ob und in welcher Höhe eine Erhöhung zu gewähren ist. Für die Beschäftigung eines Weiterbildungsassistenten wird ein Aufschlag auf das RLV von maximal 1.500,- Euro für eine volle Stelle gewährt. Teilzeitstellen erhalten einen entsprechend reduzierten Aufschlag. Die Förderung wird für maximal zwei Weiterbildungsassistenten je Praxis gewährt.

5. Überproportionale Honorarrückgänge

Verringert sich sowohl das Honorar insgesamt als auch das Honorar je Fall einer Praxis um mehr als 15 % gegenüber dem Vorjahresquartal, kann der Vorstand der KVHB im Einzelfall auf Antrag eine Ausgleichszahlung an die Praxis gewähren, wenn die Honorarminderung mit der Umstellung der Mengensteuerung auf eine neue Systematik oder dadurch begründet ist, dass die Partner der Gesamtverträge bisherige Regelungen zu den so genannten extrabudgetären Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen nicht fortgeführt haben.

Durch die Zahlung nach Satz 1 wird der Honorarverlust bis 85 % des Fallwertes des Vorjahresquartals, höchstens jedoch bis 85 % des Gesamthonorars des Vorjahresquartals ausgeglichen.

§ 9

Abrechnung von Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen für den fachärztlichen Versorgungsbereich

1. Den einer Arztpraxis für den fachärztlichen Versorgungsbereich zugewiesenen Regelleistungsvolumen und ggf. zugewiesenen qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen steht die in der Arztpraxis abgerechnete Leistungsmenge insgesamt gegenüber, d. h. sofern das einer Arztpraxis zugewiesene Regelleistungsvolumen nicht ausgeschöpft ist, kann das noch zur Verfügung stehende Honorarvolumen mit Leistungen aus dem zugewiesenen qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen innerhalb des fachärztlichen Versorgungsbereichs ausgefüllt werden und umgekehrt. Es sind auch die Leistungen zu berücksichtigen, die von den beteiligten Ärzten ggf. in Teilberufsausübungsgemeinschaften erbracht werden.
2. Im jeweiligen Quartal werden für den fachärztlichen Versorgungsbereich die über die Regelleistungsvolumen und die qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen hinausgehenden Anforderungen festgestellt. Im selben Quartal wird für den fachärztlichen Versorgungsbereich ein Vergütungsvolumen in Höhe von 2 % des versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumens entsprechend § 14 Abs. 2 ermittelt. Das Vergütungsvolumen nach Satz 2 wird durch die Anforderungen nach Satz 1 dividiert. Die über die Regelleistungsvolumen und die qualifikationsgebundenen

Zusatzvolumen hinausgehenden Anforderungen werden mit der sich nach Satz 3 ergebenden Quote vergütet.

§ 10 Bereitstellungsvolumen

1. Die Leistungen, für die je Versorgungsbereich Bereitstellungsvolumen gebildet werden, ergeben sich aus Anlage 3.
2. Der für Bereitstellungsvolumen zur Verfügung stehende Betrag ergibt sich aus der Addition der sich nach § 14 Abs. 4 ergebenden Beträge je Arztgruppe. Bereitstellungsvolumen für neu aufgenommene Leistungen sind in Höhe der im Rahmen der vertraglichen Regelungen hierfür vorgesehenen Beträge zu bilden.
3. Ist die jeweils angeforderte Leistungsmenge nach der Euro-Gebührenordnung größer als die hierfür ermittelte Geldmenge, so wird quotiert. Dies geschieht derart, dass die angeforderten Leistungen nur anteilig, d. h. zu einem geminderten Preis vergütet werden, so dass die oben genannte Geldmenge ausreicht.
4. Es wird ein Mindestpunktwert in Höhe des halben regionalen Orientierungspunktwertes gezahlt. Sollte der Mindestpunktwert mehr als zwei Quartale in Folge für einen Leistungsbereich zur Anwendung kommen und keine Kompensation durch nicht ausgeschöpfte Vergütungsvolumen für andere Leistungsbereiche möglich sein, sind Maßnahmen zu prüfen, die zu einer ausreichenden Finanzierung führen.
5. Leistungen aus dem Bereitstellungsvolumen Anästhesiologische Leistungen nach § 87b Abs. 2 Satz 5 SGB V werden nicht quotiert.
6. EBM-Anpassungen sind bei der Berechnung zu berücksichtigen.

§ 10 a Vergütungsvolumen Laborleistungen

1. Das Vergütungsvolumen für je Versorgungsbereich gebildete Vorwegabzüge für Laborleistungen ergibt sich aus § 13 Abs. 4.
2. Ist die jeweils angeforderte Leistungsmenge nach der Euro-Gebührenordnung größer als die hierfür ermittelte Geldmenge, so wird quotiert. Dies geschieht derart, dass die angeforderten Leistungen nur anteilig, d. h. zu einem geminderten Preis vergütet werden, so dass die oben genannte Geldmenge ausreicht.
3. Wird für einzelne Leistungsbereiche die zur Verfügung stehende Geldmenge durch die angeforderte Leistungsmenge nicht ausgeschöpft, kann der Differenzbetrag innerhalb des Versorgungsbereichs zur Stützung anderer Leistungsbereiche im Vergütungsvolumen Laborleistungen verwendet werden.
4. Es wird eine Mindestquote in Höhe von 50 Prozent gezahlt.

§ 10 b

Vergütung der eigenerbrachten speziellen Laboratoriumsuntersuchungen bei „Nicht-Laborärzten“

1. Für die Vertragsärzte, die zur Abrechnung von Laboratoriumsuntersuchungen berechtigt sind und nicht Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin sind (kurz: „Nicht-Laborärzte“), unterliegen die Kostenerstattungen für eigenerbrachte spezielle Laboratoriumsuntersuchungen des Abschnitts 32.3 EBM sowie mit diesen im Zusammenhang stehenden Kostenpauschalen nach den GOPen 40089 bis 40095 EBM einer fallwertbezogenen Budgetierung. Die in den Budgets enthaltenen Kostenerstattungen sind je Arztpraxis und Abrechnungsquartal nur bis zu einem begrenzten Gesamthonorarvolumen zu vergüten. Die Höhe der Budgets ist in Anlage 8 geregelt.
2. Das nach Absatz 1 ermittelte Honorarvolumen unterliegt den Regelungen nach § 10a.

§ 11

Ausgangsgröße der Honorarverteilung

Ausgangsgröße der Honorarverteilung ist die kassenübergreifende vereinbarte bereinigte, für das Abrechnungsquartal zu entrichtende morbiditätsbedingte Gesamtvergütung gemäß §§ 87a Abs. 3 Satz 1 SGB V und 87a Abs. 3c Satz 2 SGB V.

§ 12

Ermittlung des hausärztlichen und des fachärztlichen Vergütungsvolumens

Die Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung sowie die Bildung von Vorwegabzügen erfolgt gemäß den Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nach § 87b Abs. 4 SGB V sowie den Regelungen in den Honorarverträgen. Diese sehen die Bildung von Grundbeträgen je Versicherten für

- veranlasste laboratoriumsmedizinische Untersuchungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM (Anforderungen über Muster 10) und den Labor-Wirtschaftlichkeitsbonus (GOP 32001 EBM) (Grundbetrag „Labor“),
- den hausärztlichen Versorgungsbereich (hausärztlicher Grundbetrag)
- den fachärztlichen Versorgungsbereich (fachärztlicher Grundbetrag) ohne Leistungen der Vorwegabzüge „Hausarzt-MGV“ und „Kinderarzt-MGV“

Im fachärztlichen Versorgungsbereich sind versorgungsbereichsspezifische Grundbeträge je Versicherten zu bilden für den Leistungsbereich Humangenetik (Grundbetrag „genetisches Labor“) und für die Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung (Grundbetrag „PFG“).

Folgende Vorwegabzüge sind gemäß den Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nach § 87b Abs. 4 SGB V im hausärztlichen Grundbetrag verpflichtend zu bilden:

- Vorwegabzug für die Leistungen des allgemeinen hausärztlichen Versorgungsbereichs bestehend aus dem Kapitel 3 EBM sowie den hausärztlich durchgeführten Hausbesuchen nach den GOPen 01410 bis 01413 sowie 01415 EBM (ohne die mit den Suffix E, R, S, U und W GOPen) gemäß Beschluss des erweiterten

Bewertungsausschusses in seiner 85. Sitzung am 20. Mai 2025 (Vorwegabzug „Hausarzt-MGV“)

- Vorwegabzug für die kinder- und jugendmedizinischen Leistungen des Kapitels 4 EBM mit Ausnahme der Versichertenpauschalen 04004 und 04005 EBM einschließlich GOPen mit Suffix gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 653. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) (Vorwegabzug „Kinderarzt-MGV“)
- Vorwegabzug für die Zuschüsse zur Förderung der Kinder- und jugendärztlichen Versorgung gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 653. Sitzung (schriftlichen Beschlussfassung) (Vorwegabzug „Förderung Kinder- und Jugendärzte“)

Weitere Vorwegabzüge sind bedarfsabhängig innerhalb des haus- und fachärztlichen Versorgungsbereiches zu bilden.

§ 13

Berechnung des versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumens

1. Die sich aus den jeweiligen Grundbeträgen gemäß den Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nach § 87b Abs. 4 SGB V nach § 12 ergebenden Vergütungsvolumen werden saldiert mit den zugehörigen zu erwartenden Zahlungen aus dem FKZ und ergeben das versorgungsbereichsspezifische Verteilungsvolumen.
2. Aus dem nach Absatz 1 berechneten Volumen werden in angemessener Höhe versorgungsbereichsspezifische Vorwegabzüge für folgende Bereiche gebildet:
 - a) Zahlungen für Neupraxen
 - b) Honorarkorrekturen aus Vorquartalen
 - c) Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten
 - d) Praxisbesonderheiten
 - e) Ausgleich von Fehlschätzungen für Vorwegabzüge
 - f) Gewährleistung von Mindestpunktwerten
 - g) Ausgleich von Honorarverlusten entsprechen der Konvergenzregelung nach § 14 Abs. 5
 - h) Kosten zur Finanzierung von Weiterbildungsassistenten, Sicherstellungsaufgaben und Entschädigungszahlungen nach § 103 Abs. 3a Satz 8 SGB V
 - i) Zahlungen an Krankenhäuser für ambulante Behandlungen auf Vermittlung der Terminservicestellen nach § 75 Abs. 1a SGB V.
 - j) Zahlungen für Vergütungszuschläge an Praxen, die dringende Fälle aus dem ärztlichen Bereitschaftsdienst übernehmen.
 - k) Anschubfinanzierung von Praxisnetzen nach § 5 Abs. 2
 - l) Mittel zur Bildung eines Strukturfonds nach § 105 Abs. 1a SGB V
3. Bereitstellungsvolumen für neue Leistungen, die im entsprechenden Quartal des Aufsatzjahres gemäß § 14a nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung waren, werden gesondert gebildet und vom versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumen nach Abs. 1 abgezogen. Die

Entwicklung des Leistungsgeschehens bei neuen Leistungen kann berücksichtigt werden.

4. Aus dem nach Absatz 1 berechneten Volumen werden versorgungsbereichsspezifisch Ausgangswerte für folgende Leistungsbereiche als Vorwegabzüge gebildet:
 - Laborpauschalen (GOP 12210 - 12224)
 - Bezogene allgemeine Laboratoriumsuntersuchungen Kapitel 32.2 EBM (Muster 10A)
 - Eigenerbrachte allgemeine Laboratoriumsuntersuchungen Kapitel 32.2 EBM
 - Eigenerbrachte spezielle Laboratoriumsuntersuchungen Kapitel 32.3 EBM
 - Kostenpauschale In-vitro-Diagnostik (GOP 40089 - 40095)
 - Kostenpauschale Laborgemeinschaft (GOP 40089 i.Z.m. Kap. 32.2)

Die Ausgangswerte werden entsprechend der in den Honorarverträgen vereinbarten Anpassungen des Orientierungspunktwertes, des Behandlungsbedarfs aufgrund veränderter Morbiditätsstruktur und eine Anpassung des Kassenwechslereffekts fortgeschrieben.

§ 14

Berechnung des arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumens im fachärztlichen Versorgungsbereich

1. Das sich aus § 13 ergebende versorgungsbereichsspezifische Verteilungsvolumen wird auf die einzelnen Arztgruppen entsprechend ihres Anteils am ausgezahlten Honorar des Versorgungsbereichs im entsprechenden Quartal des Aufsatzjahres gemäß § 14a aufgeteilt. Bei fach- bzw. versorgungsbereichsübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften und Medizinischen Versorgungszentren wird das Verteilungsvolumen entsprechend auf die vertretenen Arztgruppen aufgeteilt. Seitdem erfolgte EBM-Anpassungen sowie die Bereinigung von TSVG-Konstellationen sind zu berücksichtigen. Regelungen in den Honorarverträgen sind ebenfalls zu berücksichtigen. Die Sätze 1 bis 3 gelten auch für die Gruppe der Ermächtigten Ärzte und Arztgruppen ohne Regelleistungsvolumen. Das arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen für die Kinder- und Jugendärzte wird abweichend davon gebildet.
2. Vom sich nach Abs. 1 ergebenden Volumen je Arztgruppe im fachärztlichen Versorgungsbereich werden zunächst 2 % für Überschreitungen bei Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen entsprechend § 9 Abs. 2 abgezogen.
3. Vom sich nach Abs. 2 ergebenden Volumen je Arztgruppe im fachärztlichen Versorgungsbereich wird anschließend der Betrag zur Zahlung der BAG-Zuschläge abgezogen. Dieser entspricht den im Vorjahresquartal zugewiesenen BAG-Zuschlägen für die Arztgruppe.
4. Das sich nach Abs. 3 ergebende arztgruppenspezifische Verteilungsvolumen wird je Arztgruppe im fachärztlichen Versorgungsbereich auf die Bereiche Regelleistungsvolumen, qualifikationsgebundene Zusatzvolumen und Bereitstellungsvolumen aufgeteilt. Maßstab für die Aufteilung ist der Leistungsbedarf für die jeweiligen Bereiche in EURO am Gesamtleistungsbedarf des entsprechenden Quartals des Aufsatzjahres gemäß § 14a. Dies gilt auch für die Aufteilung des Vergütungsvolumens QZV auf die einzelnen QZV. Seitdem erfolgte EBM- Anpassungen sind zu berücksichtigen.
5. Bei einer Veränderung der Zusammensetzung der Arztgruppen ist eine Konvergenz vorzusehen. Das Nähere regelt der Vorstand der KVHB in Durchführungsbestimmungen.

§ 14a Aufsatzjahr

Das Aufsatzjahr für die Honorarverteilung ist das Jahr 2024.

§ 15 Berechnung der Fallwerte für Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundene Zusatzvolumen im fachärztlichen Versorgungsbereich

1. Das sich nach § 14 Abs. 4 ergebende arztgruppenspezifische Verteilungsvolumen für die Regelleistungsvolumen wird geteilt durch die Anzahl der Fälle der Arztgruppe im Vorjahresquartal und ergibt den RLV-Fallwert der Arztgruppe. Der Vorstand der KVHB kann bei der Festsetzung der Regelleistungsvolumen einer Arztgruppe geeignete Maßnahmen ergreifen, um sicherzustellen, dass die arztgruppenspezifischen Versicherten- und Grundpauschalen in ausreichendem Umfang vergütet werden.
2. Der QZV-Fallwert der Arztgruppe ergibt sich, indem das sich nach § 14 Abs. 4 ergebende arztgruppenspezifische Verteilungsvolumen für die einzelnen qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen durch die Anzahl der Fälle, die diese Leistungen erbringende Ärzte im Vorjahresquartal abgerechnet haben, geteilt wird.

§ 16 Vergütung aus dem Grundbetrag „Labor“

1. Die Vergütung von Leistungen aus dem Grundbetrag „Labor“ erfolgt nach den Vorgaben zur Honorarverteilung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gem. § 87 b Abs. 4 SGB V in Teil A und B.
2. Das im Grundbetrag „Labor“ zur Verfügung stehende Vergütungsvolumen mit den zugehörigen zu erwartenden Zahlungen aus dem FKZ wird zur Bildung eines Finanzvolumens für folgende Leistungsbereiche verwendet:
 - Labor-Wirtschaftlichkeitsbonus
 - Veranlasste allgemeine laboratoriumsmedizinische Untersuchungen Kapitel 32.2 EBM
 - Veranlasste spezielle laboratoriumsmedizinische Untersuchungen Kapitel 32.3 EBM
3. Ist die insgesamt für alle Leistungsbereiche angeforderte Leistungsmenge nach der Euro-Gebührenordnung größer als das im Grundbetrag „Labor“ zur Verfügung stehende Vergütungsvolumen, so wird quotiert. Dies geschieht derart, dass die angeforderten Leistungen insgesamt nur anteilig, d. h. zu einem geminderten Preis vergütet werden, so dass die oben genannte Geldmenge ausreicht.
4. Bei der Vergütung der Gebührenordnungspositionen, die dem Grundbetrag „Labor“ unterliegen, ist die Mindestquote gemäß Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nach § 87b Abs. 4 SGB V im Teil A Nr. 7 anzuwenden.

§ 17

Vergütung aus den im fachärztlichen Versorgungsbereich gebildeten Grundbeträgen

1. Die Vergütung von Leistungen, die Bestandteil der nach § 12 im fachärztlichen Versorgungsbereich gebildeten Grundbeträgen „genetisches Labor“ und „PFG“ sind, ist begrenzt.
2. Ist die jeweils angeforderte Leistungsmenge nach der Euro-Gebührenordnung größer als die hierfür ermittelte Geldmenge, so wird entsprechend § 10 Abs. 3 und 4 quotiert.

§ 18

Leistungsbegrenzung bei begrenztem Versorgungsauftrag bzw. begrenzter Anstellung

1. Ärzte mit hälftigem Versorgungsauftrag gemäß § 95 Abs. 3 Satz 1 SGB V bzw. viertel-, halb- oder dreivierteltägiger Anstellung unterliegen in Umsetzung des § 87b Abs. 2 Satz 1 SGB V einer Leistungsmengenbegrenzung nach Maßgabe des Abs. 2.
2. Bei Reduzierung eines Versorgungsauftrages oder einer Anstellung eines Arztes reduziert sich das Regelleistungsvolumen dieses Arztes um den Anteil der Reduzierung des Versorgungsauftrages/Tätigkeitsumfanges.

§ 19

Vergütung von Ärzten ohne Regelleistungsvolumen

Die Vergütung der Gruppe der Ermächtigten Ärzte und Arztgruppen, die nicht in Anlage 1 aufgeführt sind, ist jeweils begrenzt auf das nach § 14 Abs. 1 gebildete Vergütungsvolumen. Bei Überschreitung des Vergütungsvolumens erfolgt eine Quotierung gemäß § 10 Abs. 3.

Leistungen von Einrichtungen nach § 13 Schwangerschaftskonfliktgesetz werden nicht quotiert.

§ 20

Berücksichtigung von Honorarvereinigungen

1. Gemäß §§ 73b Abs. 7 und 140a Abs. 6 SGB V haben die Partner der Gesamtverträge nach § 83 Abs. 1 SGB V ab dem 1. Januar 2009 den Behandlungsbedarf nach § 87a Abs. 3 Satz 2 SGB V entsprechend der Zahl und der Morbiditätsstruktur der teilnehmenden Versicherten sowie dem vereinbarten Versorgungsauftrag zu bereinigen.

Erfolgt eine Bereinigung nach Satz 1 sind Regelleistungsvolumen, qualitätsgebundenes Zusatzvolumen und Bereitstellungsvolumen unter Einhaltung der KBV-Vorgaben Teil F entsprechend Anlage 5 zu bereinigen.

2. Gemäß § 116 b Abs. 6 Satz 13 SGB V haben die Partner der Gesamtverträge den Behandlungsbedarf nach § 87 a Abs. 3 SGB V um die Bestandteile der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) zu bereinigen.

Erfolgt eine Bereinigung nach Satz 1 ist dies bei der Honorarverteilung entsprechend Anlage 6 zu berücksichtigen.

3. Gemäß § 87a Abs. 3 Satz 14 SGB V werden die Beträge der Bereinigung nach § 87a Abs. 3 Sätze 7 bis 12 SGB V der in § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 5 SGB V genannten Leistungen (Neupatienten) analog der Umsetzung der ursprünglichen Bereinigung zurückgeführt.
4. Gemäß § 87a Abs. 3 Satz 15 und 16 SGB V haben die Partner der Gesamtverträge den Behandlungsbedarf um in § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 6 SGB V genannten Leistungen aus offenen Sprechstunden unter Berücksichtigung der arztgruppenspezifischen Auszahlungsquoten des jeweiligen Vorjahresquartals zusätzlich zu bereinigen, wenn und soweit das arztgruppenspezifische Punktzahlvolumen dieser Leistungen gegenüber dem Vorjahresquartal um mehr als 3 Prozent steigt. Die Umsetzung erfolgt ausschließlich im Verteilungsvolumen der jeweils betroffenen Arztgruppe.
5. Gemäß § 115f Abs. 3 Satz 7 SGB V haben die Partner der Gesamtverträge den Behandlungsbedarf um Leistungen, die zugleich Bestandteil von Hybrid-DRG sind, zu bereinigen.

§ 21

Honorarverteilungskonto (HVK)

1. Zum Ausgleich von nicht kalkulierbaren Schwankungen bei Einnahmen und Ausgaben im Rahmen der Honorarverteilung wird je Versorgungsbereich ein Honorarverteilungskonto (HVK) gebildet. Das am 01.10.2013 vorhandene HVK-Guthaben wird entsprechend der Anteile der Versorgungsbereiche am Bruttohonorar abzüglich extrabudgetärer Vergütung im Jahr 2012 aufgeteilt. Dies gilt ebenfalls für zu diesem Zeitpunkt bestehende Forderungen und Verbindlichkeiten.
2. Das HVK dient zum Ausgleich insbesondere der folgenden Tatbestände:
 - Schwankungen bei der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und im FKZ
 - Nichtausschöpfung von Regelleistungsvolumen
 - Über-/ Unterschreitungen bei den Vorwegabzügen
 - Bedienung von Mindestpunktwerten / Mindestquoten
 - Sachlich-rechnerischen Berichtigungen
 - Zahlungsflüsse aufgrund von Sozialgerichtsprozessen
 - Zahlungen zur Finanzierung von Weiterbildungsassistenten, Sicherstellungsaufgaben und Entschädigungszahlungen nach § 103 Abs. 3a Satz 8 SGB V, sofern hierfür keine Rückstellungen nach § 13 Abs. 2 gebildet wurden.
 - Ausgleich von Über- bzw. Unterdeckungen bei der Vergütung des Bereitschaftsdienstes der KVHB. Die Aufteilung auf die Versorgungsbereiche erfolgt entsprechend Abs. 1 Satz 2.

§ 22

Schlussbestimmungen

1. Der Vorstand der KVHB ist berechtigt, zur Vermeidung von überproportionalen Honorarverlusten und zur Sicherung der flächendeckenden Versorgung Anpassungen bei der Honorarverteilung vorzunehmen. Zu diesem Zweck können innerhalb eines Versorgungsbereiches Honoraranteile für nicht ausgeschöpfte RLV und QZV dazu verwendet werden, im selben Abrechnungsquartal die Vergütungsanteile nach § 9 Abs. 2,

§ 10, § 10 a, § 13 Abs. 4, § 17 und/oder § 19 zu erhöhen.

2. Das Nähere zur Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen regelt der Vorstand der KVHB in Abrechnungsrichtlinien. Diese Richtlinien sind für alle an der Honorarverteilung teilnehmenden Leistungserbringer verbindlich.
3. Über die Auslegung der Regelungen dieses HVM entscheidet der Vorstand der KVHB.
4. Der Vorstand der KVHB hat die Möglichkeit, vorläufige Regelungen zu treffen. In diesem Fall ist binnen acht Wochen der HVM-Ausschuss hiermit zu befassen und binnen 4 Monaten die Vertreterversammlung der KVHB.
5. Der Vorstand der KVHB regelt in Durchführungsbestimmungen ergänzende Einzelheiten, insbesondere zu § 8 und Anlage 1.
6. Der Vorstand der KVHB ist berechtigt, abweichend zu § 13 Abs. 2 i) Zahlungen an Krankenhäuser für ambulante Behandlungen auf Vermittlung der Terminservicestellen aus dem arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen einzelner Arztgruppen zu entnehmen, wenn die Terminvermittlung an Krankenhäuser aufgrund fehlender Zurverfügungstellung von Terminen durch diese Arztgruppen erfolgt. Dabei ist die Entnahme auf maximal 5 % des arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumens nach § 14 Abs. 1 zu begrenzen.
7. Der Vorstand ist berechtigt, zur Sicherstellung der Versorgung Vergütungszuschläge für Praxen vorzusehen, die dringende Fälle aus dem ärztlichen Bereitschaftsdienst übernehmen.

§ 23 In-Kraft-Treten

Dieser HVM tritt zum 01.01.2026 in Kraft.

Anlage 1

Für nachfolgende Arztgruppen werden Regelleistungsvolumen gemäß § 87b Abs. 2 und 3 SGB V ermittelt und festgesetzt

- Fachärzte für Anästhesiologie
- Fachärzte für Augenheilkunde
- Fachärzte für Frauenheilkunde
- Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie
- Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Nephrologie
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie
- 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 Hämatom-/ Onkologie
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Endokrinologie
- Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
- Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie (Nervenärzte bis 30 % Psychotherapieanteil) / Fachärzte für Neurologie
- Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie (Nervenärzte über 30 % Psychotherapieanteil)
- Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie (bis 30 % Psychotherapieanteil)
- Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie (über 30 % Psychotherapieanteil)
- Fachärzte für Neurochirurgie
- Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie, Fachärzte für Chirurgie, Fachärzte für Orthopädie
- Fachärzte für Diagnostische Radiologie
- Fachärzte für Urologie
- Fachärzte für Nuklearmedizin
- Fachärzte für Physikalisch-Rehabilitative Medizin
- Fachärzte für Humangenetik

Anlage 2

Qualifikationsgebundene Zusatzvolumen

QZV Fachärzte	GOP
Stoßwellenlithotripsie (ESWL)	26330
Chirotherapie	30200, 30201
Kardiorespiratorische Polygraphie	30900
Sonographie I	33000 - 33012, 33041 - 33044, 33050 - 33052, 33080, 33080L, 33081, 33100
Sonographie II	33020 - 33040
Sonographie III	33060 - 33076
Psychosomatik, Übende Verfahren	35100 - 35120
Teilradiologie	34210 - 34297, 34500, 34501, 34503 (ohne 34274)
MRT-Angiographien	34470 - 34492

Anlage 3

Bereitstellungsvolumen für besondere ärztliche Leistungen

Hausärzte	GOP
Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102
Besuche	01410, 01413, 01415
Dringende Besuche	01411, 01412
Empfängnisregelung	01820 - 01824, 01828
Fachärztliche Leistungen Kinderärzte	01510T, 01511T, 01512T, 02100T, 02101T, 04004, 04005 (mit Suffix C, D, F, G, J, K), 33020 - 33022, 33070 – 33075, 33100,
Pädiatrische Versorgung KiM	99160 - 99164
Akupunktur	30790, 30791
Psychotherapie	35130 - 35142, 35600 - 35604
Sonographie Hausärzte	33000 - 33012, 33040 - 33062, 33076 - 33081
Psychosomatik, Übende Verfahren Hausärzte	35100 - 35120
Kapitel 40 EBM	40104 – 40160M, 40170, 40350, 40351, 40460, 40461, 40462
Delegationsfähige Leistungen	38100, 38105
Leistungen der Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin außerhalb Kapitel 4 sowie die Versichertenpauschalen 04004 und 04005 EBM	Leistungen außerhalb Kapitel 4 sowie die Versichertenpauschalen 04004 und 04005, die keinem anderen Bereitstellungsvolumen unterliegen

Fachärzte	GOP
Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102
Besuche	01410, 01413, 01415
Dringende Besuche	01411, 01412
Ambulante Betreuung/Nachsorge I	01510 - 01531
Ambulante Betreuung/Nachsorge II (§ 5 Honorarvertrag)	01510 - 01531 mit Suffix V
Empfängnisregelung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch	01820 - 01840, 01850 – 01857, 01900 - 01915
Strukturpauschale Augenärzte	06225
Narkosen Kap. 5.3 EBM	05310 - 05350
Akupunktur	30790, 30791
Psychotherapie	35130 - 35142, 35600 - 35604
Schmerztherapeutische Versorgung	30700 - 30708V, 99133
Gesprächs- und Betreuungsleistungen	16220, 16222, 21216, 21220
Polysomnographie	30901
Pathologische Leistungen als Überweisungsfälle zur Durchführung von Probenuntersuchungen	Kapitel 19.3
Kapitel 40 EBM	40104 – 40160M, 40170, 40350, 40351, 40460, 40461, 40462
Sehschule	06320, 06321
Anästhesiologische Leistungen nach § 87b Abs. 2 Satz 5 SGB V	05210, 05211, 05212 (mit Suffix G, V, Y, Z), 05230Z, 05310Z, 05330Z, 05331Z, 05340Z, 05341Z, 05350Z bei Angabe ICD
Delegationsfähige Leistungen	38100, 38105
Leistungen der Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie innerhalb der MGV	Leistungen außerhalb folgender Abgrenzung: Abschnitt 14.2 sowie GOPen 14220, 14222, 14240, 14313 und 14314, die keinem anderen Bereitstellungsvolumen unterliegen

Anlage 4

Morbiditätsbezogene Differenzierung des Regelleistungsvolumens nach Altersklassen

- d = KV-bezogener, arztgruppenspezifischer Leistungsbedarf je RLV-Fall Quartal 1/2019 aus Leistungen, die innerhalb des Regelleistungsvolumens vergütet werden, für Versicherte bis zum vollendeten 4. Lebensjahr
- e = KV-bezogener, arztgruppenspezifischer Leistungsbedarf je RLV-Fall Quartal 1/2019 aus Leistungen, die innerhalb des Regelleistungsvolumens vergütet werden, für Versicherte ab dem 5. bis zum vollendeten 18. Lebensjahr
- f = KV-bezogener, arztgruppenspezifischer Leistungsbedarf je RLV-Fall Quartal 1/2019 aus Leistungen, die innerhalb des Regelleistungsvolumens vergütet werden, für Versicherte ab dem 19. bis zum vollendeten 54. Lebensjahr
- g = KV-bezogener, arztgruppenspezifischer Leistungsbedarf je RLV-Fall Quartal 1/2019 aus Leistungen, die innerhalb des Regelleistungsvolumens vergütet werden, für Versicherte ab dem 55. bis zum vollendeten 75. Lebensjahr
- h = KV-bezogener, arztgruppenspezifischer Leistungsbedarf je RLV-Fall Quartal 1/2019 aus Leistungen, die innerhalb des Regelleistungsvolumens vergütet werden, für Versicherte ab dem 76. Lebensjahr
- i = KV-bezogener, arztgruppenspezifischer Leistungsbedarf je RLV-Fall Quartal 1/2019 aus Leistungen, die innerhalb des Regelleistungsvolumens vergütet werden, für alle Versicherten
- n_d = Zahl der RLV-Fälle eines Arztes für die Behandlung von Versicherten bis zum vollendeten 4. Lebensjahr Quartal 1/2019
- n_e = Zahl der RLV-Fälle eines Arztes für die Behandlung von Versicherten ab dem 5. bis zum vollendeten 18. Lebensjahr Quartal 1/2019
- n_f = Zahl der RLV-Fälle eines Arztes für die Behandlung von Versicherten ab dem 19. bis zum vollendeten 54. Lebensjahr Quartal 1/2019
- n_g = Zahl der RLV-Fälle eines Arztes für die Behandlung von Versicherten ab dem 55. bis zum vollendeten 75. Lebensjahr Quartal 1/2019
- n_h = Zahl der RLV-Fälle eines Arztes für die Behandlung von Versicherten ab dem 76. Lebensjahr Quartal 1/2019
- n = Zahl der RLV-Fälle eines Arztes im Vorjahr

Das Regelleistungsvolumen eines Arztes wird mit dem folgenden Faktor multipliziert:

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

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

Der Faktor wird alle zwei Jahre neu berechnet. Die im Jahr 2023 anstehende Neuberechnung mit Basis 2022 wird aufgrund der Überführung der „TSVG-Neupatienten“ ab 2023 in die MGV ausgesetzt.

Anlage 5

Verfahren zur Bereinigung von Regelleistungsvolumen, qualitätsgebundenem Zusatzvolumen und Bereitstellungsvolumen

Voraussetzung für die Bereinigung ist, dass von der betreffenden Krankenkasse, die einen Selektivvertrag nach §§ 73b bzw. 140a SGB V geschlossen hat, zur Bereinigung des Behandlungsbedarfes und der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung eine gesonderte, auf den jeweiligen konkreten Selektivvertrag bezogene Vereinbarung mit der KVHB getroffen bzw. festgesetzt wurde.

Eine Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung erfordert eine gleichzeitige Bereinigung der zugewiesenen Regelleistungsvolumen (RLV) und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV) sowie Bereitstellungsvolumen, sofern und soweit RLV- bzw. QZV-Leistungen (RLV-relevante Leistungen) sowie Leistungen, die Bereitstellungsvolumen zugeordnet sind, betroffen sind.

Unter diesen Voraussetzungen gilt folgendes Verfahren:

1. Ermittlung des Bereinigungsvolumens:

Das Bereinigungsvolumen ist für jeden zu bereinigenden Vertrag nach § 73b und §§ 140a SGB V gesondert und je Quartal zu ermitteln.

2. Zu bereinigendes RLV, QZV sowie Bereitstellungsvolumen:

Zu bereinigen sind RLV, QZV sowie Bereitstellungsvolumen der Praxen, die von der Krankenkasse als Teilnehmer an einem bereinigungsfähigen Vertrag entsprechend der Vorgaben des Bewertungsausschusses gemeldet wurden.

3. Ermittlung der individuellen Bereinigungsbeträge:

3.1 Für jede Praxis nach 2. wird die Anzahl der in den bereinigungsfähigen Vertrag eingeschriebenen, von der Krankenkasse gemeldeten Versicherten für das Quartal ermittelt, das zur RLV-/QZV-Zuweisung bzw. in dem ein Bereitstellungsvolumen gebildet wurde herangezogen wurde. Die so ermittelte Zahl der eingeschriebenen Versicherten wird mit dem durchschnittlichen Bereinigungsbetrag je RLV, QZV oder Bereitstellungsvolumen je eingeschriebenen Versicherten des zu bereinigenden Quartals multipliziert und bildet den Bereinigungsbetrag. Der dem RLV, QZV oder Bereitstellungsvolumen zugehörige durchschnittliche Bereinigungsbetrag je Versicherten wird ermittelt, indem das nach 1. ermittelte Bereinigungsvolumen des jeweiligen RLV, QZV oder Bereitstellungsvolumen durch die Zahl der insgesamt bei Bremer Vertragsärzten eingeschriebenen Versicherten dividiert wird.

3.2 Ist das RLV, QZV oder Bereinigungsvolumen der Praxis bereits im Vorjahresquartal bereinigt worden, so ergibt sich die Zahl der zu berücksichtigenden Versicherten aus der Zahl der eingeschriebenen Versicherten im aktuellen Quartal, abzüglich der eingeschriebenen Versicherten im Vorjahresquartal.

3.3 Die so ermittelten Bereinigungsbeträge je Praxis werden von den vor Bereinigung ermittelten RLV, QZV oder Bereitstellungsvolumen subtrahiert.

4. In besonderen Einzelfällen (Sonderkonstellationen, z. B. Praxiswechsel im Quartal, unangemessene Auswirkungen auf RLV, QZV oder Bereitstellungsvolumen) ist die KVHB berechtigt, diesen durch Sonderregelungen analog den Regelungen unter 1. bis 3. Rechnung zu tragen.

Anlage 6

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

Für die Bereinigung der arztseitigen Vergütung aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung gemäß § 116 b SGB V gelten folgende Grundsätze:

1. Grundlage für die Bereinigung der MGV aufgrund der ASV ist die je Quartal gesonderte Feststellung des zu bereinigenden Behandlungsbedarfs für ambulant spezialfachärztlich behandelte Patienten.
2. Der MGV-Bereinigungsbetrag ist gemäß der Datenlieferung im Rahmen der ASV-Abrechnung auf die einzelnen Grundbeträge, Vorwegabzüge sowie auf die einzelnen Arztgruppen aufzuteilen.
3. Die Bereinigung darf nicht zu Lasten des hausärztlichen Vergütungsanteils und der fachärztlichen Grundversorgung gehen.
4. Sofern es möglich ist, einzelne Bereinigungsbestandteile bestimmten an der ASV teilnehmenden Ärzten zuzuordnen, besteht die Möglichkeit, die Bereinigung gezielt bei diesen Ärzten vorzunehmen.
5. ASV-Behandlungsfälle mit ausschließlich Leistungen des Bereinigungs-Appendix im Vorjahresquartal werden nicht zur Bemessung des RLV herangezogen.

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

Anlage 7

Verfahren zur Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten

Praxisbesonderheiten können auf Antrag in Form von Fallwertzuschlägen zum individuellen RLV-Fallwert und/oder QZV-Fallwert berücksichtigt werden. Der Antrag muss die Leistungen unter Angabe der EBM-Gebührenordnungspositionen benennen, in denen sich die Praxisbesonderheit ausdrücken soll.

Praxisbesonderheiten ergeben sich aus einem besonderen Versorgungsauftrag oder einer besonderen, für die Versorgung bedeutsamen fachlichen Spezialisierung. Praxisbesonderheiten können sich grundsätzlich nur auf Leistungen beziehen, welche einer Mengenbegrenzung durch RLV und/oder einem QZV unterliegen.

Voraussetzung für die Annahme von Praxisbesonderheiten ist eine im Leistungsangebot der Praxis bzw. MVZ tatsächlich zum Ausdruck kommende dauerhafte Spezialisierung sowie eine von der Typik der Arztgruppe abweichende Praxisausrichtung. Vorhanden sein muss ein signifikanter Anteil der im Spezialisierungsbereich abgerechneten RLV-/QZV-Leistungen im Verhältnis zur Summe insgesamt abgerechneter RLV-/QZV-Leistungen.

Ein signifikanter Anteil des Spezialisierungsbereichs liegt vor, wenn nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung in vier aufeinanderfolgenden zurückliegenden Quartalen (einschließlich des Quartals der Antragstellung) der Anteil der die Praxisbesonderheiten ausmachenden Leistungen an der Summe der RLV-/QZV Gesamtleistungsanforderung in der Praxis bzw. in dem MVZ im Durchschnitt mindestens 20 % beträgt.

Indiz für eine Atypik der Praxisausrichtung im Vergleich zur Arztgruppe ist, wenn im Verhältnis zum Arztgruppendurchschnitt eine signifikant überdurchschnittliche Leistungshäufigkeit in einem Spezialgebiet vorliegt. Dabei genügt es nicht, lediglich ein „Mehr“ an arztgruppentypischen Leistungen abzurechnen. Die Überschreitung des praxisindividuellen RLV muss vielmehr darauf beruhen, dass in besonderem Maße spezielle Leistungen erbracht werden. Dabei muss es sich um typischerweise arztgruppenübergreifend erbrachte spezielle Leistungen handeln, die eine besondere (Zusatz-)Qualifikation und eine besondere Praxisausstattung erfordern. Deutliches Indiz für einen solchen speziellen Leistungsbereich ist eine entsprechende Ausweisung dieser Leistung im EBM.

Die Anerkennung von Praxisbesonderheiten setzt weiter voraus, dass im Vergleich zur Arztgruppe eine Fallwertüberschreitung von mehr als 30 % feststellbar ist. Für die Vergleichsbetrachtung gelten folgende Grundsätze:

- a) Die Vergleichsbetrachtung erfolgt getrennt nach RLV und QZV.
- b) Bei allen als Praxisbesonderheit beantragten Leistungen, die dem RLV der Arztgruppe unterliegen, wird die Gesamtanforderung für RLV-Leistungen der Arztgruppe über die vier aufeinanderfolgenden zurückliegenden Quartale (einschließlich des Quartals der Antragstellung) ermittelt. Die Gesamtanforderung der Arztgruppe wird durch die gesamten eingereichten RLV-Fälle der Arztgruppe aus diesen Quartalen dividiert. Hieraus ergibt sich ein Fallwert. Dieser Fallwert wird mit dem gleichermaßen ermittelten Fallwert des Antragstellers verglichen.

Überschreitet der Fallwert des Antragstellers den Fallwert der Arztgruppe um bis zu 30%, wird kein Fallwertzuschlag gewährt. Beträgt die Überschreitung mehr als 30% kann ein Fallwertzuschlag gewährt werden. Der maximale Betrag ergibt sich aus der Multiplikation der die 30%- Grenze überschreitenden Prozentzahl mit dem Fallwert des Antragstellers.

- c) Bei als Praxisbesonderheit beantragten Leistungen, die einem QZV unterliegen, entspricht die Berechnung der unter b) aufgeführten Berechnung. Die Ermittlung der Gesamtanforderung der QZV-Leistungen bezieht sich in diesem Fall nur auf das QZV, aus dem die beantragten Leistungen vergütet werden. Für die Ermittlung der Gesamtanforderung in diesem QZV werden nur Ärzte in der Arztgruppe herangezogen, die Leistungen aus diesem QZV abrechnen.

Beantragt ein Arzt aus einer Berufsausübungsgemeinschaften bzw. einem MVZ die Anerkennung einer Praxisbesonderheit, werden für die Berechnung nach b) und c) nur die Leistungsanforderungen gemäß Anlage 1.2 zum Honorarbescheid sowie nur die anteiligen RLV-Fälle des Antragstellers für die Prüfung der Voraussetzungen herangezogen.

Bei Wegfall der Voraussetzungen entfällt die Anerkennung von Praxisbesonderheiten.

Grundsätzlich wird der Honorarbedarf für Fallwertzuschläge vom Honoraranteil der jeweiligen Arztgruppe abgezogen, sofern die anspruchsgewährende Entscheidung bereits zum Berechnungszeitpunkt der Fallwerte vorliegt.

Anlage 8

Budgets für „Nicht-Laborärzte“

Die Höhe der Budgets für „Nicht-Laborärzte“ gemäß § 10 b ergibt sich aus dem Produkt des für die Arztgruppe vorgegebenen Referenzfallwertes und der Zahl der ambulanten Behandlungsfälle gemäß § 21 Abs. 1 BMV-Ärzte, ohne Muster 10 Fälle, des Abrechnungsquartals der Arztpraxis.

Referenz-Fallwerte

Arztgruppe	Referenzfallwert
Rheumatologen, Endokrinologen	40,- Euro
Nuklearmedizin, Hämatologen	21,- Euro
Dermatologen, Gynäkologen, Pneumologen	4,- Euro
Urologen	6,- Euro

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

Der Vorstand der KVHB kann auf Antrag das Budget erweitern, aussetzen oder bedarfsgerecht anpassen.