

**Beschlussfassung der Vertreterversammlung am 25.03.2022  
zum Honorarverteilungsmaßstab (HVM)  
– Änderung des HVM mit Wirkung zum 01.04.2022 –**

## **Änderung des Honorarverteilungsmaßstabes (HVM) der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein**

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein hat in ihrer Sitzung am 25.03.2022 folgende Änderungen des HVM beschlossen:

**Der HVM in der Beschlussfassung der Vertreterversammlung vom 19.11.2021 wird wie folgt modifiziert:**

- I. **§ 5 Abs. 1 Satz 5** erhält folgende neue Fassung:  
„Für die arztbezogene Ermittlung eines QZV muss der einzelne Arzt die in Anlage 2 Schritt 6, Abs. 3 benannte Voraussetzung für das jeweilige QZV erfüllen.“
  
- II. **§ 5 Abs. 3a)** erhält folgende neue Fassung:  
**„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 5 errechnenden arztgruppenspezifischen kalkulatorischen RLV- und QZV-Fallwerte vor Beginn des Geltungszeitraumes auf der Homepage der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein unter [www.kvno.de](http://www.kvno.de) veröffentlicht.  
Diese kalkulatorischen Fallwerte können gemäß Anlage 2 Schritt 6, 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.“
  
- III. **§ 5 Abs. 4a)** erhält folgende neue Fassung:  
„a) Sofern die Summe aller RLV-Fälle einer Arztgruppe im Vergleich zum Vorjahresquartal um mehr als 5 % zunimmt, wird abweichend von Anlage 2 Schritt 6, 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.“
  
- IV. **§ 5 Abs. 4g)** erhält folgende neue Fassung:  
„g) Die vorgenannten Regelungen zur Fallzahlzuwachsbegrenzung kommen in den Quartalen I/2022 bis IV/2022 aufgrund der Auswirkungen der epidemischen Lage von nationaler Tragweite auf die Fallzahlen der entsprechenden Vorjahresquartale nicht zur Anwendung.“
  
- V. **§ 7 Abs. 2e) Satz 1** erhält folgende neue Fassung:  
„Die Vergütung der in Anlage 2 Schritt 2, Abs. 1c) bis d) und Abs. 2c) bis e) und Abs. 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.“

- VI. **§ 7 Abs. 2i) Satz 1 und 2** erhalten folgende neue Fassung:  
„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 2, Abs. 1h) bzw. Schritt 2, Abs. 2h) 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 2, Abs. 1h) bzw. Schritt 2, Abs. 2h) gebildeten Vergütungsvolumina durch das mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung jeweils angeforderte Honorarvolumen für die betroffenen GOP.“
- VII. **§ 7 Abs. 4) letzter Satz** erhält folgende neue Fassung:  
„Hierzu abweichend wird ein Überschuss im Vergütungsvolumen des eigenständigen Kontingents für Leistungen der Strahlentherapie gemäß Anlage 2 Schritt 2, Abs. 2i) im Vergütungsvolumen dieses Kontingents im Folgequartal berücksichtigt.“
- VIII. **§ 12** erhält folgende neue Fassung:

**„§ 12  
Inkrafttreten**

Dieser HVM tritt am 01.04.2022 in Kraft. Die Regelungen zur sog. Infektionssprechstunde in Anlage 2 Schritt 2 und Anhang 2 zur Anlage 2 gelten bis zum 30.06.2022.“

- IX. **Anlage 2** erhält folgende neue Fassung:

**„ANLAGE 2  
des HVM mit Wirkung ab dem 01.04.2022**

**Ermittlung und Bildung der Regelleistungsvolumina (RLV) und  
qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina (QZV) aus der  
morbiditybedingten Gesamtvergütung**

**Schritt 1      **Bestimmung des Vergütungsvolumens für die haus- und fachärztliche  
Versorgung****

Maßgebend für die quartalsweise Ermittlung und Festsetzung der RLV und QZV in den jeweiligen Versorgungsbereichen ist die Festlegung sowie Anpassung des Vergütungsvolumens für die haus- und fachärztliche Versorgung nach Teil B der Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) nach § 87b Abs. 4 SGB V zur Honorarverteilung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen in ihrer jeweils gültigen Fassung (Vorgaben KBV). Die Ermittlung der Vergütungsvolumen erfolgt dabei aus den nach Teil B der Vorgaben KBV zu bildenden Grundbeträgen. Dabei werden allgemeine Grundbeträge gebildet für

- veranlasste laboratoriumsmedizinische Untersuchungen und den Laborwirtschaftlichkeitsbonus (Grundbetrag „Labor“)
  - alle Aufwendungen betreffend Bereitschaftsdienst und Notfall (Grundbetrag „Bereitschaftsdienst und Notfall“)
  - den hausärztlichen Versorgungsbereich (hausärztlicher Grundbetrag)
  - den fachärztlichen Versorgungsbereich (fachärztlicher Grundbetrag)
- sowie zwei versorgungsbereichsspezifische Grundbeträge im fachärztlichen Versorgungsbereich für
- die Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung (Grundbetrag „PFG“)
  - die Leistungen der Humangenetik (Grundbetrag „genetisches Labor“).

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

Die Vergütungsvolumina des fachärztlichen und des hausärztlichen Grundbetrages werden um die in Anlage 4 Abs. 1 bzw. Abs. 2 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 01842, 11501, 11502 und 11503 EBM gebildet, das mit dem jeweiligen Leistungsbedarf des Vorjahresquartals multipliziert mit dem im Abrechnungsquartal regional vereinbarten Punktwert bewertet wird. In das letztgenannte Kontingent sind die Leistungen nach der GOP 01841 EBM miteinzubeziehen, wenn die Partner der Gesamtverträge den Empfehlungen des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 448. Sitzung nicht folgen.

## **Schritt 2 Berechnung des RLV-/QZV-Verteilungsvolumens je Versorgungsbereich**

Im Anschluss daran wird das Vergütungsvolumen

### **1) des hausärztlichen Grundbetrages gemindert um**

- a) 2 % 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 den, nach Anwendung des Trennungsfaktors gemäß der bis zum 30. September 2013 gültigen Vorgaben KBV, 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 %, 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,
  - 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 nach der GOP 02403 EBM,
  - Leistungen der Infektionssprechstunde nach den SNR 97150, 97151 gemäß Anhang 2 zur Anlage 2,
- d) die Vergütungsvolumina für jeweils eigenständige Kontingente, gebildet aus dem jeweiligen Leistungsbedarf des Vorjahresquartals, multipliziert mit dem im Abrechnungsquartal geltenden regional vereinbarten Punktwert, abgesenkt um 10 %, für
- schmerztherapeutische spezielle Behandlungen nach den GOP 30710 bis 30760 EBM,
  - Leistungen der ermächtigten Krankenhausärzte, ermächtigten Krankenhäuser, Einrichtungen und Institutionen, die wegen einer begrenzten Ermächtigung auf wenige Einzelleistungen kein RLV erhalten,
  - 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, 01829, 01840, 01915 EBM,
- e) das Vergütungsvolumen für das eigenständige Kontingent, gebildet aus dem jeweiligen Leistungsbedarf des Vorjahresquartals, multipliziert mit dem im Abrechnungsquartal geltenden regional vereinbarten Punktwert, für nicht antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen der Psychotherapie der nicht in § 87b Abs. 2 Satz 4 SGB V genannten Arztgruppen, soweit die Leistungen nicht außerhalb der MGV vergütet werden und nicht in Anlage 3 aufgeführt sind,
- f) die Vergütungen für Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM mit Ausnahme der außerhalb der MGV vergüteten Kostenpauschalen,
- g) die zu erwartenden Zahlungen für u. a. folgende Vereinbarungen:
- belegärztliche Leistungen innerhalb der MGV (§ 8 HVM)
  - Pauschalerstattung für suprapubische Katheter
- h) das Vergütungsvolumen für die gemäß Anlage zu den KBV-Vorgaben Teil B zur Umsetzung der Anpassung des Grundbetrages „Labor“ in den hausärztlichen Grundbetrag überführten Finanzmittel für eigenerbrachte

laboratoriumsmedizinische Untersuchungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM und für von Laborgemeinschaften abgerechnete laboratoriumsmedizinische Untersuchungen (Anforderung über Muster 10A), fortentwickelt entsprechend dem Verfahren zur Fortschreibung der Grundbeträge gemäß Teil B, Ziffer 3 der Vorgaben KBV.

**2) des fachärztlichen Grundbetrages gemindert um**

- a) 2 % 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 gültigen Vorgaben KBV, 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 %, 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,
  - die Laborgrundpauschalen nach den GOP 12210 und 12220 EBM,
  - EBM-Leistungen bei im Rahmen des Pilotprojektes „komplementäre Notfallversorgung in Köln“ vermittelten Patienten am Vermittlungstag,
  - Leistungen nach der GOP 02403 EBM,
  - Leistungen der Infektionssprechstunde nach den SNR 97150, 97151 gemäß Anhang 2 zur Anlage 2,

- d) die Vergütungsvolumina für jeweils eigenständige Kontingente, gebildet aus dem jeweiligen Leistungsbedarf des Vorjahresquartals, multipliziert mit dem im Abrechnungsquartal geltenden regional vereinbarten Punktwert, abgesenkt um 10 %, für
- Leistungen der Fachärzte für Strahlentherapie, mit Ausnahme der Leistungen gemäß Abs. 2i),
  - Leistungen der Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie sowie der Fachärzte für Transfusionsmedizin, die nicht bereits im nach Schritt 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, 01829, 01840, 01915 EBM,
  - Leistungen des Kapitels 19 EBM, die nicht bereits im nach Schritt 1 gebildeten Vergütungsvolumen des Grundbetrages „genetisches Labor“ enthalten sind und die nicht außerhalb der MGV vergütet werden,
  - 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 Excision 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,
- 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 Schritt 1 gebildeten Vergütungsvolumen des Grundbetrages „genetisches Labor“ 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,
- f) die Vergütungen für Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM mit Ausnahme der außerhalb der MGV vergüteten Kostenpauschalen,
- g) die zu erwartenden Zahlungen für u. a. folgende Vereinbarungen:
- belegärztliche Leistungen innerhalb der MGV (§ 8 HVM)
  - Pauschalerstattung für suprapubische Katheter,
- h) das Vergütungsvolumen für die gemäß Anlage zu den KBV-Vorgaben Teil B zur Umsetzung der Anpassung des Grundbetrages „Labor“ in den fachärztlichen Grundbetrag überführten Finanzmittel für eigenerbrachte laboratoriumsmedizinische Untersuchungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM und für von Laborgemeinschaften abgerechnete laboratoriumsmedizinische Untersuchungen (Anforderung über Muster 10A), fortentwickelt entsprechend dem Verfahren zur Fortschreibung der Grundbeträge gemäß Teil B, Ziffer 3 der Vorgaben KBV.
- i) das Vergütungsvolumen für das eigenständige Kontingent für die Leistungen der Strahlentherapie des Kapitels 25 EBM (mit Ausnahme der GOP 25228 bis 25230 EBM) – unter der Bedingung, dass die Partner der Gesamtverträge den Empfehlungen gemäß Teil B des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 513. Sitzung am 15.09.2020 folgen –, gebildet in Höhe des nach Maßgabe des vorgenannten Beschlusses errechneten Erhöhungsbetrages, fortentwickelt entsprechend dem Verfahren zur Fortschreibung der Grundbeträge gemäß Teil B, Ziffer 3 der Vorgaben KBV.

### 3) Versorgungsbereichswechsel

Bei einem Wechsel des Versorgungsbereichs durch einen Vertragsarzt sind die Regelungen in Teil B, Ziffer 5 der Vorgaben KBV zu beachten.

## **Schritt 3 Berechnung der arztgruppenspezifischen Anteile am RLV-/QZV-Verteilungsvolumen**

### 1) Arztgruppenspezifisches Verteilungsvolumen

Das nach Schritt 2 je Versorgungsbereich ermittelte RLV-/QZV-Verteilungsvolumen wird – im hausärztlichen Versorgungsbereich zunächst gemindert um den im Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 402. Sitzung festgelegten Betrag für die Überführung der Leistungen der ärztlich angeordneten Hilfeleistungen nach den GOP 03060 bis 03065 EBM in die MGV, fortentwickelt entsprechend dem Verfahren zur Fortschreibung der Grundbeträge gemäß Teil B, Ziffer 3 der Vorgaben KBV – versorgungsbereichsspezifisch 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 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 im hausärztlichen Versorgungsbereich der Leistungsbedarf der GOP 03060 bis 03065 EBM jeweils unberücksichtigt bleibt – und mit dem RLV-/QZV-Verteilungsvolumen des



jeweiligen Versorgungsbereichs multipliziert.

## 2) **Arztgruppenspezifische Vergütungsbereiche**

Für diese arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumina gilt im Weiteren Folgendes:

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

Das Verteilungsvolumen der Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktischen Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören, wird erhöht um den in Abs. 1 Satz 1 genannten Betrag für Leistungen der ärztlich angeordneten Hilfeleistungen nach den GOP 03060 bis 03065 EBM.

Hiernach wird innerhalb des vorgenannten hausärztlichen arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumens ein eigenständiges Kontingent für diese Leistungen in Höhe des Erhöhungsbetrages gebildet.

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 rDPW 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 Vorgaben KBV, gebildet.

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 6, Abs. 3), zu überproportional nachteiligen Auswirkungen führt. Deshalb werden diese arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumina aus dem Volumen nach Schritt 2, Abs. 2b) 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.

**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.

Zu Lasten des RLV-Vergütungsvolumens aller Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin wird das auf den 60 %-igen Aufschlag auf die Versichertenpauschalen nach Abschnitt 4.1 Nr. 4 EBM entfallende Vergütungsvolumen, soweit dieser durch Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie bzw. Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie abgerechnet worden ist, in das QZV-Vergütungsvolumen neuropädiatrische Leistungen bzw. pädiatrisch-pneumologische Leistungen einbezogen.

**Schritt 4 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 die 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, 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 fachgleichen BAG, MVZ und (Einzel-)Praxen mit angestellten Ärzten werden die RLV-Fälle eines Arztes wie folgt berechnet:

$$\begin{aligned} & (FZ_{Praxis} + FZ_{PraxisTSVG}) \times \frac{(AF_{Arzt} + AF_{ArztTSVG})}{(AF_{Praxis} + AF_{PraxisTSVG})} - AF_{ArztTSVG} \\ & \times \frac{(FZ_{Praxis} + FZ_{PraxisTSVG})}{(AF_{Praxis} + AF_{PraxisTSVG})} \end{aligned}$$

$FZ_{Praxis}$	Anzahl der RLV-relevanten Behandlungsfälle der Praxis gemäß Sätze 1 bis 3
$FZ_{PraxisTSVG}$	Anzahl der TSVG-relevanten Behandlungsfälle der Praxis gemäß Satz 2, die nicht in $FZ_{Praxis}$ berücksichtigt sind
$AF_{Arzt}$	Anzahl der RLV-relevanten Arztfälle eines Arztes
$AF_{ArztTSVG}$	Anzahl der TSVG-relevanten Arztfälle eines Arztes
$AF_{Praxis}$	Summe der RLV-relevanten Arztfälle der Praxis
$AF_{PraxisTSVG}$	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 5 Berechnung der arztgruppenspezifischen kalkulatorischen Fallwerte**

### **1) RLV-Fallwert**

Zur Berechnung des arztgruppenspezifischen kalkulatorischen Fallwertes wird das gemäß Schritt 3, 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 und ergibt den arztgruppenspezifischen kalkulatorischen RLV-Fallwert.

### **2) QZV-Fallwert**

Für die Vergütung ärztlicher Leistungen aller QZV einer Arztgruppe wird das gemäß Schritt 3, 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 6 Berechnung der arzt- und praxisbezogenen RLV und QZV**

## 1) Berechnung arztgruppenspezifischer rechnerischer RLV-/QZV-Fallwerte

Die gemäß Schritt 5 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 3 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 3 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 3 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 5 Abs. 2 auf Basis des Leistungsbedarfs des aktuellen Abrechnungsquartals vorgenommen.
- d) Im Weiteren werden eine mögliche Fallzahl- bzw. Mengenentwicklung bei Leistungen des hausärztlichen bzw. fachärztlichen Grundbetrages oder bei Leistungen, die sich nach § 7 Abs. 4 HVM auf den Über-/Unterschuss im Vergütungsvolumen des hausärztlichen bzw. 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 Fallzahlzuwachsbeschränkung gemäß § 5 Abs. 4 HVM.
- b) Bei der Ermittlung des RLV wird betreffend der Zuordnung des arztgruppenspezifischen RLV-Fallwertes für Ärzte, die mit mehreren Fachgebieten zugelassen sind, auf den Schwerpunkt der Tätigkeit gemessen am Gesamtleistungsbedarf der jeweils zuletzt abgerechneten vier aufeinander folgenden Quartale abgestellt.

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.

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 4 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 Arztes zugerechnet; entsprechendes gilt für die Jobsharing-Ärzte i. S. d. § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V.

Bei der Ermittlung des QZV wird betreffend der Zuordnung des arztgruppenspezifischen QZV-Fallwertes für Ärzte, die mit mehreren Fachgebieten zugelassen sind, auf den Schwerpunkt der Tätigkeit gemessen am Gesamtleistungsbedarf der jeweils zuletzt abgerechneten vier aufeinander folgenden Quartale abgestellt.

Die Anwendung des Kooperationszuschlages erfolgt nicht auf die QZV.“

Ausgefertigt:

Düsseldorf, den 25.03.2022

gez.  
Bernd Zimmer  
Vorsitzender  
der Vertreterversammlung

gez.  
Dr. med. Frank Bergmann  
Vorstandsvorsitzender