

**Aufgrund des § 87b SGB V und des § 7 Abs. 16
der Hauptsatzung der KV RLP
hat die Vertreterversammlung der KV RLP
am 19. Juni 2024 folgenden**

Honorarverteilungsmaßstab (HVM) zum 1. Juli 2024

beschlossen.

Honorarverteilungsmaßstab der KV RLP ab 1. Juli 2024

Inhaltsverzeichnis zum HVM	Seite
§ 1 Grundlagen	3
§ 2 Geltungsbereich	3
§ 3 Grundlagen / Bewertung von Leistungen	3
§ 4 Verteilung der Vergütungen	4
§ 5 Vorrang von gesamtvertraglichen Regelungen	4
§ 6 Vergütung von ambulanten Notfallleistungen	5
§ 7 Rechtsmittel	5
§ 8 Inkrafttreten	5

Anlagenverzeichnis	Seite
Anlage 1	6
Anlage 2	19

Anhängeverzeichnis	Seite
Anhang A	27
Anhang B	28
Anhang C	29

Honorarverteilungsmaßstab der KV RLP ab 1. Juli 2024

§ 1

Grundlagen

Auf der Grundlage des § 87b SGB V regelt der Honorarverteilungsmaßstab (HVM) die Verteilung der Gesamtvergütungen im Rahmen des Sicherstellungsauftrags und der sonstigen Zahlungen aus regionalen Vereinbarungen mit den jeweiligen Partnerinnen und Partnern der Gesamtverträge nach den §§ 85 und 87a SGB V. Er regelt ferner die Verteilung der Salden aus dem Fremdkassenzahlungsausgleich (FKZ).

§ 2

Geltungsbereich

(1) Dieser HVM gilt für vertragsärztliche Leistungen der im Bereich der KV RLP

- zugelassenen und angestellten Ärztinnen und Ärzte,
- zugelassenen und angestellten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten,
- zugelassenen und angestellten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten,
- zugelassenen Medizinischen Versorgungszentren (MVZ),
- Laborgemeinschaften,
- ermächtigten Ärztinnen und Ärzte,
- ermächtigten Krankenhäuser,
- ermächtigten ärztlich geleiteten Einrichtungen,

– nachfolgend mit Vertragsärztin und/oder Vertragsarzt bezeichnet.

Er gilt außerdem für

- Nichtvertragsärztinnen und Nichtvertragsärzte hinsichtlich der Behandlung von Notfällen gemäß Richtlinie der KV RLP,
- anerkannte Praxisnetze,
- Krankenhäuser für die ambulante Inanspruchnahme aufgrund Vermittlung von Patientinnen und Patienten durch die Terminservicestelle (TSS) gemäß § 75 Abs. 1a SGB V.

(2) Darüber hinaus nehmen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte mit Zulassung außerhalb des Bereichs der KV RLP an der Honorarverteilung für ihre in Rheinland-Pfalz im Rahmen einer genehmigten KV-übergreifenden Tätigkeit erbrachten Leistungen teil. Es gelten die Bestimmungen der KBV-Richtlinie zur KV-übergreifenden Berufsausübung (Leistungsrecht am Leistungsort).

(3) Praxis im Sinne dieses HVM ist der Tätigkeitsort der Vertragsärztin oder des Vertragsarztes an ihrer oder seiner Betriebsstätte, die auch die Nebenbetriebsstätten der Praxis einschließt. Praxis in diesem Sinne ist ebenso die Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) oder ein MVZ.

§ 3

Grundlagen/Bewertung von Leistungen

(1) Die Voraussetzungen zur Berücksichtigung von vertragsärztlichen Leistungen bei der Honorarverteilung sind in der Abrechnungsordnung der KV RLP geregelt und finden entsprechend Anwendung.

(2) Grundlage für die Honorarverteilung ist das Kalendervierteljahr (Quartal). Die vertragsärztlichen Leistungen werden nach den jeweils aktuellen gesetzlichen,

Honorarverteilungsmaßstab der KV RLP ab 1. Juli 2024

vertraglichen und sonstigen Bestimmungen, insbesondere nach dem jeweils gültigen Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM), für das Quartal vergütet, in dem sie eingereicht wurden.

- (3) Die Bewertung von Leistungen, die nicht Bestandteil des EBM sind, richtet sich nach den mit den Partnerinnen und Partnern der Gesamtverträge getroffenen Vereinbarungen.
- (4) Die Bewertung von belegärztlichen Leistungen erfolgt gemäß EBM sowie nach den in der Honorarvereinbarung vereinbarten Regelungen.
- (5) Anerkannte Leistungen im Sinne dieses HVM sind die nach Anwendung der Bestimmungen des EBM (Erfüllung der spezifischen Anforderungen der Leistungslegende) bzw. nach der sachlich-rechnerischen Richtigstellung, nach der Punktzahlobergrenze bei Jobsharing-Praxen sowie nach der Wirtschaftlichkeitsprüfung anerkannten und zur Verteilung kommenden Leistungen in Punkten.
- (6) Die Berechnungen von mengenbegrenzenden Maßnahmen sowie von Punktwerten erfolgen je Quartal einheitlich über alle Krankenkassen.
- (7) Die Bereinigung der individuellen Mengenbegrenzung bei Abschluss von Selektivverträgen erfolgt nach den entsprechenden Vorgaben der Vereinbarungen mit den Partnerinnen und Partnern der Gesamtverträge.

§ 4

Verteilung der Vergütungen

- (1) Die gemäß § 1 zur Verfügung stehenden Beträge werden entsprechend der **Anlage 1** zum HVM unter Berücksichtigung der Mengenbegrenzung gemäß **Anlage 2** zum HVM verteilt. Die Verteilung erfolgt getrennt nach haus- und fachärztlichem Versorgungsbereich entsprechend den Vorgaben der KBV zur Trennung der Gesamtvergütung.

Der Vorstand wird ermächtigt, über die Bildung notwendiger Rückstellungen und deren Auflösung zu entscheiden. Hierbei sind die Vorgaben der KBV zur Trennung der Gesamtvergütung zu beachten.

- (2) Bei der Verteilung der Vergütungen sind alle zur vertragsärztlichen Versorgung gehörenden und nach § 3 anerkannten Leistungen zu berücksichtigen. Soweit in Verträgen und Richtlinien für bestimmte vertragsärztliche Leistungen die Erfüllung besonderer Anforderungen oder der Nachweis bestimmter Qualifikationen bzw. Genehmigungen verlangt wird, werden diese Leistungen bei der Honorarverteilung berücksichtigt, wenn die entsprechenden Voraussetzungen erfüllt sind.

§ 5

Vorrang von gesamtvertraglichen Regelungen

- (1) Regelungen im Honorarvertrag mit den Krankenkassen zur Vergütung von Leistungen haben Vorrang gegenüber hiervon abweichenden Regelungen im HVM. Bei Herausnahme von Leistungen aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (mGV) erfolgt eine Bereinigung des jeweiligen Versorgungsbereichs sowie des jeweiligen Honorarfonds und der PZ Vorjahr der jeweiligen Vertragsärztin oder des jeweiligen Vertragsarztes entsprechend dem Leistungsumfang im Vorjahresquartal.
- (2) Verbindliche Vorgaben der KBV gemäß § 87b Abs. 4 SGB V zur Honorarverteilung haben Vorrang gegenüber hiervon abweichenden Regelungen im HVM.

Honorarverteilungsmaßstab der KV RLP ab 1. Juli 2024

§ 6

Vergütung von ambulanten Notfalleleistungen

- (1) Nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, Institutionen und Krankenhäuser können ambulante Notfallbehandlungen nur dann abrechnen, wenn die Erkrankung der Patientin oder des Patienten aufgrund ihrer Beschaffenheit einer sofortigen Maßnahme bedarf und eine Versorgung durch eine Vertragsärztin oder einen Vertragsarzt entsprechend § 76 SGB V nicht möglich und/oder aufgrund der Umstände nicht vertretbar ist.
- (2) Ein Vergütungsanspruch für ambulante Notfalleleistungen durch die in Abs. 1 genannten Leistungserbringenden besteht nur dann, wenn die Inanspruchnahme in sprechstundenfreien Zeiten erfolgte und dadurch die Vertragsärztinnen oder Vertragsärzte die Behandlung nicht übernehmen konnten. Nicht vertretbare Umstände im Sinne des Abs. 1 sind im Rahmen der Abrechnung gesondert darzulegen.

§ 7

Rechtsmittel

Gegen Entscheidungen, die aufgrund dieses HVM ergehen, steht der betroffenen Vertragsärztin oder dem betroffenen Vertragsarzt der Widerspruch an die KV RLP gemäß § 10 Abs. 1 der Hauptsatzung der KV RLP zu. Das Widerspruchsverfahren gilt als Vorverfahren im Sinne des § 78 SGG.

§ 8

Inkrafttreten

Dieser HVM tritt zum 1. Juli 2024 in Kraft und ist erstmals auf die Abrechnungsfälle des 3. Quartalsjahres 2024 anzuwenden.

Ausgefertigt:

Mainz, 19. Juni 2024

Gez.
Dr. Siegfried Stephan
Vorsitzender der Vertreterversammlung
der KV RLP

Anlage 1

Inhaltsverzeichnis der Anlage 1 zum HVM	Seite
1. Grundsätze zur Vergütung der Leistungen	7
2. Vergütung von Leistungen innerhalb der mGV	7
3. Berechnung der Honorarfonds im hausärztlichen Versorgungsbereich	11
4. Berechnung der Honorarfonds im fachärztlichen Versorgungsbereich	12
5. Leistungen innerhalb der hausärztlichen Fachgruppenfonds	13
6. Leistungen innerhalb der fachärztlichen Fachgruppenfonds	14
7. Vergütung der übrigen Leistungen der Fachgruppenfonds	15
8. Punktwert für Fachgruppen ohne Mengenbegrenzung	16
9. Härtefallregelung	17
10. Förderung von Praxisnetzen	19
11. Entschädigungszahlungen gemäß § 103 Abs. 3a SGB V	19

1. Grundsätze zur Vergütung der Leistungen

1.1 Vergütung von Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (EGV-Leistungen)

Leistungen **außerhalb** der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gemäß Honorarvereinbarung mit den Kassenverbänden (EGV-Leistungen) oder aufgrund sonstiger vertraglicher Regelungen werden den Vertragsärztinnen und Vertragsärzten entsprechend der jeweiligen vertraglichen Vereinbarung vergütet. Die EGV-Leistungen unterliegen weder einer Trennung nach haus- und fachärztlichem Versorgungsbereich noch einer Vergütung innerhalb der Fachgruppenfonds.

1.2 Vergütung von Leistungen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (mGV-Leistungen)

Leistungen **innerhalb** der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (mGV-Leistungen) unterliegen mit Ausnahme der Leistungen gemäß Ziffern 2.1 und 2.2 dieser Anlage der Aufteilung in einen haus- und einen fachärztlichen **Grundbetrag**. Die Aufteilung in einen haus- und einen fachärztlichen **Grundbetrag** erfolgt entsprechend den Vorgaben der KBV.

1.3 Orientierungswert

Unter dem im HVM verwendeten Begriff des Orientierungswerts ist der Punktwert zur Vergütung vertragsärztlicher Leistungen nach § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V zu verstehen.

1.4 Morbiditätsrate

Unter dem im HVM verwendeten Begriff der Morbiditätsrate ist die morbiditätsbedingte Veränderung der Gesamtvergütung gemäß § 87a Abs. 4 Satz 3 SGB V zu verstehen.

2. Vergütung von Leistungen innerhalb der mGV

2.1 Grundbetrag Ärztlicher Bereitschaftsdienst

Für die Leistungen des organisierten Notfalldienstes sowie für Notfalleistungen durch Krankenhausambulanzen wird gemäß Teil B der Vorgaben der KBV in der jeweils gültigen Fassung ein Grundbetrag („Grundbetrag Ärztlicher Bereitschaftsdienst“) gebildet.

Die Leistungen des organisierten Notfalldienstes sowie die Notfalleistungen durch Krankenhausambulanzen werden mit dem Orientierungswert vergütet.

Übersteigt bzw. unterschreitet das so ermittelte Vergütungsvolumen den „Grundbetrag Ärztlicher Bereitschaftsdienst“ unter Berücksichtigung des geschätzten Saldos des Fremdkassenzahlungsausgleichs (FKZ-Saldo) aus Forderungen und Verbindlichkeiten, so wird der Differenzbetrag dem haus- und fachärztlichen Grundbetrag entsprechend Teil B der Vorgaben der KBV in der jeweils gültigen Fassung entnommen bzw. zugeführt.

2.2 Grundbetrag Labor

Für die über Muster 10 veranlassten Laborleistungen des Kapitels 32 EBM innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung sowie für den Wirtschaftlichkeitsbonus GOP 32001 EBM wird entsprechend Teil B der Vorgaben der KBV in der jeweils gültigen Fassung ein Grundbetrag gebildet („Grundbetrag Labor“).

Die Vergütungsquote für diese Leistungen ergibt sich durch Gegenüberstellung des Grundbetrags gemäß Vorgaben der KBV zuzüglich des geschätzten FKZ-Saldos mit den anerkannten und nach Euro-Gebührenordnung (Euro-GO) bewerteten Leistungen des jeweiligen Quartals. Die so ermittelte Vergütungsquote beträgt höchstens 100 Prozent und entspricht mindestens der Quote gemäß Teil A der Vorgaben der KBV (derzeit 89 Prozent).

Die Vergütung für die über Muster 10 veranlassten Laborleistungen des Kapitels 32 EBM ergibt sich aus der Bewertung gemäß EBM, multipliziert mit der Vergütungsquote des jeweiligen Quartals gemäß Absatz 2.

Der Punktwert für den Wirtschaftlichkeitsbonus gemäß GOP 32001 EBM ergibt sich aus der Multiplikation des Orientierungswerts mit der Vergütungsquote des jeweiligen Quartals gemäß Absatz 2.

Übersteigt bzw. unterschreitet das so ermittelte Vergütungsvolumen den „Grundbetrag Labor“ unter Berücksichtigung des geschätzten FKZ-Saldos aus Forderungen und Verbindlichkeiten, so wird der Differenzbetrag dem haus- und fachärztlichen Grundbetrag nach dem Anteil des jeweiligen Versorgungsbereichs am Vergütungsvolumen des „Grundbetrags Labor“ entsprechend Teil B der Vorgaben der KBV in der jeweils gültigen Fassung entnommen bzw. zugeführt.

2.3 Hausärztlicher Grundbetrag

Für die Vergütung der Leistungen gemäß Ziffer 1.2 dieser Anlage (mGV-Leistungen) der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragsärztinnen und Vertragsärzte abzüglich der Leistungen nach Ziffer 2.1 dieser Anlage („Grundbetrag Ärztlicher Bereitschaftsdienst“) und 2.2 dieser Anlage („Grundbetrag Labor“) sowie 2.5 dieser Anlage („Grundbetrag Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte“) steht je Quartal ein Grundbetrag zur Verfügung.

Der hausärztliche Grundbetrag ergibt sich gemäß Teil B der Vorgaben der KBV in der jeweils gültigen Fassung.

2.4 Fachärztlicher Grundbetrag

Für die Vergütung der Leistungen gemäß Ziffer 1.2 dieser Anlage (mGV-Leistungen) der an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragsärztinnen und Vertragsärzte abzüglich der Leistungen nach Ziffer 2.1 dieser Anlage („Grundbetrag Ärztlicher Bereitschaftsdienst“) und 2.2 dieser Anlage („Grundbetrag Labor“) sowie 2.5 dieser Anlage („Grundbetrag Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte“) steht je Quartal ein Grundbetrag zur Verfügung.

Der fachärztliche Grundbetrag ergibt sich gemäß Teil B der Vorgaben der KBV in der jeweils gültigen Fassung.

Honorarverteilungsmaßstab der KV RLP ab 1. Juli 2024

2.5 Grundbetrag Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte

Für die Vergütung der Leistungen des Kapitels 4 EBM mit Ausnahme der GOP 04003 bis 04005 EBM wird ein „Grundbetrag Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte“ entsprechend Anlage B der Vorgaben der KBV in Verbindung mit Ziffer 3 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in 653. Sitzung gebildet.

Aus diesem Grundbetrag werden die Leistungen des Kapitels 4 EBM des aktuellen Quartals mit Ausnahme der GOP 04003 bis 04005 EBM mit dem jeweils gültigen Orientierungswert vergütet.

Unterschreitet das so ermittelte Honorar den zur Verfügung stehenden Grundbetrag, wird ein Zuschlag auf den Orientierungswert für die Leistungen des Kapitels 4 EBM mit Ausnahme der GOP 04003 bis 04005 EBM vergütet. Die Höhe des Zuschlags auf den Orientierungswert ergibt sich aus der Division des Unterschreibungsbetrags durch den Leistungsbedarf im „Grundbetrag Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte“.

2.6 Aufteilung des Honorarvolumens für den hausärztlichen Versorgungsbereich

Für die Vergütung der Leistungen im hausärztlichen Versorgungsbereich steht der hausärztliche Grundbetrag gemäß Ziffer 2.3 dieser Anlage zuzüglich der Auflösung von Rückstellungen im hausärztlichen Versorgungsbereich gemäß Beschluss des Vorstands zur Verfügung. Von diesem Betrag werden vor Aufteilung auf die Honorarfonds in Abzug gebracht:

- Vergütung von Kosten des Kapitels 40 EBM innerhalb der mGV des jeweiligen Quartals,
- geschätzte Verbindlichkeiten für Leistungen im Rahmen des FKZ für den hausärztlichen Versorgungsbereich (nur mGV – ohne Labor, Notfalldienst),
- KV-Anteil der auf den hausärztlichen Versorgungsbereich entfallenden geschätzten Vergütung für Sicherstellungszuschläge gemäß § 105 Abs. 4 SGB V,
- Bildung von Rückstellungen im hausärztlichen Versorgungsbereich gemäß Beschluss des Vorstands,
- auf den hausärztlichen Bereich entfallende Vergütung zur Förderung anerkannter Praxisnetze gemäß Ziffer 10 dieser Anlage,
- von Hausärztinnen und Hausärzten erbrachte Laborleistungen des Kapitels 32 EBM (ohne Muster 10), bewertet mit der Vergütungsquote gemäß Ziffer 2.2 Absatz 2 HVM dieser Anlage,
- von Hausärztinnen und Hausärzten über Muster 10 A bezogene Laborleistungen des Kapitels 32 EBM, bewertet mit der Vergütungsquote gemäß Ziffer 2.2 Absatz 2 HVM dieser Anlage.

Das nach Abzug der Vorwegleistungen verbleibende Honorarvolumen für den hausärztlichen Versorgungsbereich wird nach Fachgruppen gemäß **Anhang A** zum HVM differenziert.

2.7 Aufteilung des Honorarvolumens für den fachärztlichen Versorgungsbereich

Für die Vergütung der Leistungen im fachärztlichen Versorgungsbereich steht der fachärztliche Grundbetrag gemäß Ziffer 2.4 dieser Anlage zuzüglich der Auflösung

Honorarverteilungsmaßstab der KV RLP ab 1. Juli 2024

von Rückstellungen im fachärztlichen Versorgungsbereich gemäß Beschluss des Vorstands zur Verfügung. Von diesem Betrag werden vor Aufteilung auf die Honorarfonds in Abzug gebracht:

- Vergütung von Kosten des Kapitels 40 EBM innerhalb der mGV des jeweiligen Quartals,
- geschätzte Verbindlichkeiten für Leistungen im Rahmen des FKZ für den fachärztlichen Versorgungsbereich (nur mGV – ohne Labor, Notfalldienst, genetisches Labor, Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung [PFG]),
- KV-Anteil der auf den fachärztlichen Versorgungsbereich entfallenden geschätzten Vergütung für Sicherstellungszuschläge gemäß § 105 Abs. 4 SGB V,
- Honorarfonds für psychotherapeutische Leistungen innerhalb der mGV gemäß Ziffer 2.8 dieser Anlage,
- Bildung von Rückstellungen im fachärztlichen Versorgungsbereich gemäß Beschluss des Vorstands,
- Grundbetrag genetisches Labor gemäß Ziffer 2.9 dieser Anlage,
- Grundbetrag PFG gemäß Ziffer 2.10 dieser Anlage,
- auf den fachärztlichen Bereich entfallende Vergütung zur Förderung anerkannter Praxisnetze gemäß Ziffer 10 dieser Anlage,
- von Fachärztinnen und Fachärzten erbrachte Laborleistungen des Kapitels 32 EBM (ohne Muster 10), bewertet mit der Vergütungsquote gemäß Ziffer 2.2 Absatz 2 HVM dieser Anlage,
- von Fachärztinnen und Fachärzten über Muster 10 A bezogene Laborleistungen des Kapitels 32 EBM, bewertet mit der Vergütungsquote gemäß Ziffer 2.2 Absatz 2 HVM dieser Anlage,
- Laborgrundpauschalen (GOP 12210 und GOP 12220 EBM), bewertet mit dem Orientierungswert und multipliziert mit der Vergütungsquote gemäß Ziffer 2.2 Absatz 2 HVM dieser Anlage.

Das nach Abzug der Vorwegleistungen verbleibende Honorarvolumen für den fachärztlichen Versorgungsbereich wird nach Fachgruppen gemäß **Anhang A** zum HVM differenziert.

2.8 Honorarfonds für psychotherapeutische Leistungen innerhalb der mGV

Der Honorarfonds für die Leistungen

- der ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten,
- der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten
- und der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte ohne die antragspflichtige Psychotherapie nach Abschnitt 35.2 EBM und Leistungen nach GOP 35150 bis 35152 EBM

ergibt sich nach dem Anteil dieser Leistungen am fachärztlichen Punktzahlvolumen des Vorjahresquartals gemäß Ziffer 2.4 dieser Anlage (mGV-Leistungen ohne „Grundbeträge Ärztlicher Bereitschaftsdienst und Labor“).

Honorarverteilungsmaßstab der KV RLP ab 1. Juli 2024

Der Punktwert für diese psychotherapeutischen Leistungen ergibt sich durch Gegenüberstellung des Honorarfonds mit dem abgerechneten Punktzahlvolumen des jeweiligen Quartals. Der so ermittelte Punktwert beträgt mindestens 5,00 Cent und darf den Orientierungswert nicht überschreiten.

Bei Unterschreitung des Mindestpunktwerts erfolgt eine Anhebung des Honorarfonds zur Sicherung des M Mindestpunktwerts. Bei Überschreitung des Höchstpunktwerts erfolgt eine entsprechende Absenkung. Der Ausgleich erfolgt aus dem Honorarvolumen für den fachärztlichen Versorgungsbereich gemäß Ziffer 2.6 dieser Anlage.

2.9 Grundbetrag genetisches Labor

Für die Leistungen des genetischen Labors wird gemäß Teil B der Vorgaben der KBV in der jeweils gültigen Fassung ein Grundbetrag gebildet („Grundbetrag genetisches Labor“).

Der Punktwert für die Leistungen des genetischen Labors ergibt sich aus der Gegenüberstellung des Grundbetrags unter Berücksichtigung des geschätzten FKZ-Saldos aus Forderungen und Verbindlichkeiten mit dem Leistungsbedarf im aktuellen Quartal. Der so ermittelte Punktwert beträgt mindestens 75 Prozent des Orientierungswertes und entspricht höchstens dem Orientierungswert.

Übersteigt bzw. unterschreitet das so ermittelte Vergütungsvolumen den „Grundbetrag genetisches Labor“ unter Berücksichtigung des geschätzten FKZ-Saldos aus Forderungen und Verbindlichkeiten, so wird der Differenzbetrag dem fachärztlichen Grundbetrag entsprechend Teil B der Vorgaben der KBV in der jeweils gültigen Fassung entnommen bzw. zugeführt.

2.10 Grundbetrag PFG

Der Grundbetrag für die PFG ergibt sich gemäß Teil B der Vorgaben der KBV in der jeweils gültigen Fassung.

Der Verteilungspunktwert PFG ergibt sich durch die Gegenüberstellung des „Grundbetrags PFG“ unter Berücksichtigung des geschätzten FKZ-Saldos aus Forderungen und Verbindlichkeiten mit dem abgerechneten Punktzahlvolumen im aktuellen Quartal.

3. Berechnung der Honorarfonds im hausärztlichen Versorgungsbereich

Im hausärztlichen Versorgungsbereich wird ein Honorarfonds für

- die Allgemeinärztinnen und Allgemeinärzte,
- die hausärztlichen Internistinnen und Internisten
- sowie die Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte

gebildet.

Die Höhe des Honorarfonds je Fachgruppe ergibt sich aus dem Honorarvolumen gemäß Ziffer 2.6 dieser Anlage nach Abzug der Vorwegleistungen, multipliziert mit dem Anteil der jeweiligen Fachgruppe am Punktzahlvolumen des Vorjahresquartals aller an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragsärztinnen und Vertragsärzte.

Hierbei bleiben Leistungen nach Ziffer 1.1 dieser Anlage (EGV-Leistungen) sowie Ziffer 2.1 und 2.2 dieser Anlage („Grundbeträge Labor und Ärztlicher Bereitschaftsdienst“), Ziffer 2.5 („Grundbetrag Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte“) und Kosten Kapitel 40 EBM

Honorarverteilungsmaßstab der KV RLP ab 1. Juli 2024

unberücksichtigt. Entsprechendes gilt für Selektivvertrags-Leistungen gemäß Ziffer 3.3 dieser Anlage.

3.1 Honorarklammer von 5 Prozent

Der nach Ziffer 3 dieser Anlage ermittelte Honorarfonds der jeweiligen Fachgruppe darf aufgrund einer Änderung des Anteils der jeweiligen Fachgruppe am Punktzahlvolumen des Vorjahresquartals aller an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragsärztinnen und Vertragsärzte das entsprechende Vergütungsvolumen des Vorjahresquartals um maximal 5 Prozent über- oder unterschreiten (Honorarklammer). Die Honorarklammer wird durch einen entsprechenden Honorarausgleich zwischen den Fachgruppen sichergestellt.

3.2 Beobachtungspflicht

Die Vertreterversammlung wird die Entwicklung der Arztzahl in der jeweiligen Fachgruppe sowie die Auswirkung auf das Punktzahlvolumen im Hinblick auf einen eventuell bestehenden Anpassungsbedarf beobachten. Entsprechendes gilt bei Änderungen der Bewertungsrelationen im EBM im Vergleich zum Vorjahresquartal.

3.3 Bereinigung aufgrund von Selektivverträgen

Soweit aufgrund bestehender Selektivverträge eine Bereinigung der mGV erfolgt, wird der Honorarfonds gemäß Ziffer 3 dieser Anlage um das von den Krankenkassen im Rahmen der Datenlieferung für Selektivverträge übermittelte anteilige Bereinigungsvolumen reduziert.

3.4 Bereinigung des Honorarfonds aufgrund einer Herausnahme von Leistungen aus der mGV

Soweit aufgrund gesetzlicher oder vertraglicher Regelungen eine Bereinigung der mGV erfolgt, wird der Honorarfonds gemäß Ziffer 3 dieser Anlage um das von der KV RLP in Abstimmung mit den Vertragspartnerinnen und Vertragspartnern ermittelte anteilige Bereinigungsvolumens reduziert.

3.5 Erhöhung des Honorarfonds auf aufgrund einer Hereinnahme von Leistungen in die mGV

Soweit aufgrund gesetzlicher oder vertraglicher Regelungen eine Erhöhung der mGV erfolgt, wird der Honorarfonds gemäß Ziffer 3 dieser Anlage um das von der KV RLP in Abstimmung mit den Vertragspartnerinnen und Vertragspartnern ermittelte anteilige Volumen erhöht.

4. Berechnung der Honorarfonds im fachärztlichen Versorgungsbereich

Im fachärztlichen Versorgungsbereich werden Honorarfonds für Fachgruppen gemäß **Anhang A** zum HVM gebildet.

Die Höhe des Honorarfonds je Fachgruppe richtet sich nach dem Honorarvolumen gemäß Ziffer 2.7 dieser Anlage nach Abzug der Vorwegleistungen, multipliziert mit dem Anteil der jeweiligen Fachgruppe am Punktzahlvolumen des Vorjahresquartals aller an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragsärztinnen und Vertragsärzte.

Hierbei bleiben Leistungen nach Ziffer 1.1 dieser Anlage (EGV-Leistungen) sowie Ziffer 2.1 und 2.2 dieser Anlage („Grundbeträge Labor und Ärztlicher Bereitschaftsdienst“), Ziffer 2.5 („Grundbetrag Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte“) und Kosten Kapitel 40 EBM,

Honorarverteilungsmaßstab der KV RLP ab 1. Juli 2024

psychotherapeutische Leistungen innerhalb der mGV, genetisches Labor und PFG unberücksichtigt. Entsprechendes gilt für Leistungen aus Selektivverträgen gemäß Ziffer 4.3 dieser Anlage.

4.1 Honorarklammer von 5 Prozent

Der nach Ziffer 4 dieser Anlage ermittelte Honorarfonds der jeweiligen Fachgruppe darf aufgrund einer Änderung des Anteils der jeweiligen Fachgruppe am Punktzahlvolumen des Vorjahresquartals aller an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragsärztinnen und Vertragsärzte das entsprechende Vergütungsvolumen des Vorjahresquartals um maximal 5 Prozent über- oder unterschreiten (Honorarklammer). Die Honorarklammer wird durch einen entsprechenden Honorarausgleich zwischen den Fachgruppen sichergestellt.

4.2 Beobachtungspflicht

Die Vertreterversammlung wird die Entwicklung der Arztzahl in der jeweiligen Fachgruppe sowie die Auswirkung auf das Punktzahlvolumen im Hinblick auf eventuell bestehenden Anpassungsbedarf beobachten. Entsprechendes gilt bei Änderungen der Bewertungsrelationen im EBM im Vergleich zum Vorjahresquartal.

4.3 Bereinigung aufgrund von Selektivverträgen

Soweit aufgrund bestehender Selektivverträge eine Bereinigung der mGV erfolgt, wird der Honorarfonds der betroffenen Fachgruppe gemäß Ziffer 4 dieser Anlage um das von den Krankenkassen im Rahmen der Datenlieferung für Selektivverträge übermittelte anteilige Bereinigungsvolumen reduziert.

4.4 Bereinigung des Honorarfonds auf aufgrund einer Herausnahme von Leistungen

Soweit aufgrund gesetzlicher oder vertraglicher Regelungen eine Bereinigung der mGV erfolgt, wird der Honorarfonds der betroffenen Fachgruppe gemäß Ziffer 3 dieser Anlage um das von der KV RLP in Abstimmung mit den Vertragspartnerinnen und Vertragspartnern ermittelte anteilige Bereinigungsvolumen reduziert.

4.5 Erhöhung des Honorarfonds auf aufgrund einer Hereinnahme von Leistungen in die mGV

Soweit aufgrund gesetzlicher oder vertraglicher Regelungen eine Erhöhung der mGV erfolgt, wird der Honorarfonds der betroffenen Fachgruppe gemäß Ziffer 3 dieser Anlage um das von der KV RLP in Abstimmung mit den Vertragspartnerinnen und Vertragspartnern ermittelte anteilige Volumen erhöht.

5. Leistungen innerhalb der hausärztlichen Fachgruppenfonds

Die in Ziffer 5.1 dieser Anlage aufgeführten Leistungen werden aus dem Honorarfonds für die Allgemeinärztinnen und Allgemeinärzte sowie für die hausärztlichen Internistinnen und Internisten nach den im jeweiligen Quartal abgerechneten Leistungen vorweg vergütet.

5.1 Vorwegleistungen innerhalb der hausärztlichen Fachgruppenfonds

- Versichertenpauschalen gemäß Anhang C zum HVM mit dem Orientierungswert,
- Heim- und Hausbesuche nach GOP 01410, 01413 und 01415 EBM mit dem Orientierungswert,

Honorarverteilungsmaßstab der KV RLP ab 1. Juli 2024

- belegärztliche Leistungen außerhalb des Kapitels 36 EBM mit dem Orientierungswert,
- Chronikerpauschalen gemäß den GOP 03220 und 03221 EBM mit dem Orientierungswert,
- hausärztliche, geriatrische und palliativmedizinische Versorgung gemäß Abschnitt 3.2.4 und 3.2.5 EBM mit dem Orientierungswert,
- problemorientiertes hausärztliches Gespräch gemäß GOP 03230 EBM mit dem Orientierungswert,
- Zusatzpauschale nach GOP 03040 EBM für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrags mit dem Orientierungswert,
- Zuschlag für die Unterstützung der hausärztlichen Versorgung durch qualifizierte nichtärztliche Praxisassistentinnen und -assistenten sowie Besuche bzw. Mitbesuche durch qualifizierte nichtärztliche Praxisassistentinnen und -assistenten nach den GOP 03060 bis 03065 EBM mit dem Orientierungswert.

5.2 Übrige Leistungen des hausärztlichen Fachgruppenfonds

Die im Honorarfonds nach Ziffer 3 dieser Anlage enthaltenen und nicht in den Vorwegleistungen nach Ziffer 5.1 dieser Anlage aufgeführten hausärztlichen Leistungen unterliegen für Allgemeinärztinnen und Allgemeinärzte sowie für hausärztliche Internistinnen und Internisten einer individuellen Mengenbegrenzung je Praxis. Näheres ist in Anlage 2 zum HVM geregelt.

Das Vergütungsvolumen für die Leistungen nach Ziffer 5.2 dieser Anlage ergibt sich je Fachgruppenfonds aus dem Vergütungsvolumen gemäß Ziffer 3.1, 3.3, 3.4 und 3.5 dieser Anlage, abzüglich der Vorwegleistungen gemäß Ziffer 5.1 dieser Anlage.

6. Leistungen innerhalb der fachärztlichen Fachgruppenfonds

Die in Ziffer 6.1 dieser Anlage aufgeführten Leistungen werden aus dem jeweiligen Fachgruppenfonds nach den im jeweiligen Quartal abgerechneten Leistungen vorweg vergütet.

6.1 Vorwegleistungen innerhalb der fachärztlichen Fachgruppenfonds

- Grundpauschalen gemäß Anhang C zum HVM mit einem Punktwert von 90 Prozent des Orientierungswerts,
- Heim- und Hausbesuche nach GOP 01410, 01413 und 01415 EBM mit dem Orientierungswert,
- belegärztliche Leistungen außerhalb des Kapitels 36 EBM mit dem Orientierungswert,
- Zusatzpauschalen nach den GOP 09329, 09343, 09364, 09365, 09372 bis 09375 EBM, GOP 20338 bis 20343 EBM, GOP 20364 und 20365 EBM sowie GOP 20372 bis 20375 EBM mit einem Punktwert von 90 Prozent des Orientierungswerts,
- Leistungen zur Betreuung und Behandlung einer Patientin oder eines Patienten mit einer onkologischen Erkrankung gemäß § 2 Abs. 3 der Onkologievereinbarung

Honorarverteilungsmaßstab der KV RLP ab 1. Juli 2024

rung Rheinland-Pfalz (GOP 07345, 08345, 09345, 10345, 13435, 13675, 15345 und 26315 EBM) mit dem Orientierungswert,

- augenärztliche Strukturpauschale nach GOP 06225 EBM mit einem Punktwert von 90 Prozent des Orientierungswerts,
- Behandlung von sekundär heilenden Wunden nach den GOP 07340 EBM und 18340 EBM mit dem Orientierungswert,
- Vergütung von Krankenhäusern für ambulante Leistungen bei Vermittlung durch die TSS mit dem Orientierungswert.

6.2 Übrige Leistungen der fachärztlichen Fachgruppenfonds

Die im Honorarfonds nach Ziffer 4 dieser Anlage enthaltenen und nicht in den Vorwegleistungen nach Ziffer 6.1 dieser Anlage aufgeführten fachärztlichen Leistungen unterliegen grundsätzlich einer individuellen Mengenbegrenzung je Praxis. Näheres ist in Anlage 2 zum HVM geregelt.

Das Vergütungsvolumen für die Leistungen nach Ziffer 6.2 dieser Anlage ergibt sich je Fachgruppenfonds aus dem Vergütungsvolumen gemäß Ziffer 4.1, 4.3, 4.4 und 4.5 dieser Anlage, abzüglich der Vorwegleistungen gemäß Ziffer 6.1 dieser Anlage.

7. Vergütung der übrigen Leistungen der Fachgruppenfonds

In Anlage 2 zum HVM ist die Mengenbegrenzung je Praxis sowie die Ermittlung des Leistungsbedarfs des Vorjahres (PZ Vorjahr) als auch des darüber hinausgehenden Leistungsbedarfs (PZ Zuwachs) geregelt.

Für Fachgruppen ohne Mengenbegrenzung gilt die Regelung gemäß Ziffer 8 dieser Anlage. Dazu gehören

- ermächtigte Ärztinnen und Ärzte sowie Institute,
- Pathologinnen und Pathologen,
- Einsendezytologinnen und Einsendezytologen,
- Humangenetikerinnen und Humangenetiker
- sowie Laborärztinnen und Laborärzte.

Für alle übrigen Fachgruppen werden für die PZ Vorjahr und den PZ Zuwachs je Fachgruppenfonds getrennte Punktwerte wie folgt ermittelt:

7.1 Honorarfonds für den Leistungsbedarf des Vorjahres (PZ Vorjahr)

Der Honorarfonds für die PZ Vorjahr einer Fachgruppe beträgt 98 Prozent des jeweiligen Fachgruppenfonds gemäß Ziffer 5.2 dieser Anlage für den hausärztlichen Versorgungsbereich bzw. Ziffer 6.2 dieser Anlage für den fachärztlichen Versorgungsbereich.

Der Punktwert für die PZ Vorjahr einer Fachgruppe ergibt sich aus dem Honorarfonds gemäß Absatz 1 Ziffer 7.1 dieser Anlage, dividiert durch die Summe der abgerechneten Leistungen aller Vertragsärztinnen und Vertragsärzte der Fachgruppe bis maximal zum jeweiligen Leistungsbedarf des Vorjahresquartals.

7.2 Honorarfonds für den zusätzlichen Leistungsbedarf zum Vorjahr

Der Honorarfonds für den PZ Zuwachs einer Fachgruppe beträgt 2 Prozent des jeweiligen Fachgruppenfonds gemäß Ziffer 5.2 dieser Anlage für den hausärztlichen Versorgungsbereich bzw. Ziffer 6.2 dieser Anlage für den fachärztlichen Versorgungsbereich.

Der Punktwert für den PZ Zuwachs einer Fachgruppe ergibt sich aus dem Honorarfonds gemäß Absatz 1 Ziffer 7.2 dieser Anlage, dividiert durch die Summe der abgerechneten Leistungen aller Vertragsärztinnen und Vertragsärzte der Fachgruppe über den jeweiligen Leistungsbedarf des Vorjahresquartals hinaus.

7.3 Punktwert für die PZ Vorjahr

Der Punktwert für die PZ Vorjahr gemäß Ziffer 7.1 dieser Anlage beträgt im hausärztlichen Versorgungsbereich mindestens 8,50 Cent, im fachärztlichen Versorgungsbereich mindestens 7,00 Cent. Wird dieser Punktwert unterschritten, so wird der Punktwert für die Vorwegleistungen gemäß Ziffer 5.1 bzw. Ziffer 6.1 dieser Anlage der jeweiligen Fachgruppe solange quotiert, bis der Punktwert von 8,50 bzw. 7,00 Cent für die PZ Vorjahr erreicht ist. Sinkt dadurch auch der Punktwert für die Leistungen gemäß Ziffer 5.1 bzw. Ziffer 6.1 dieser Anlage unter den obigen Mindestpunktwert, so wird ein einheitlicher Punktwert für die Vorwegleistungen und die PZ Vorjahr vergütet.

Ist der Punktwert für die PZ Vorjahr gemäß Ziffer 7.1 dieser Anlage rechnerisch höher als der Punktwert für die Leistungen gemäß Ziffer 5.1 bzw. Ziffer 6.1 dieser Anlage, wird ein einheitlich höherer Punktwert für die Vorwegleistungen und die PZ Vorjahr vergütet.

7.4 Punktwert für den PZ Zuwachs (Mehrleistungen zum Vorjahr)

Der Punktwert für den PZ Zuwachs gemäß Ziffer 7.2 dieser Anlage beträgt bei allen Fachgruppen mindestens 1,5 Cent. Wird dieser Punktwert unterschritten, so wird der Punktwert für die PZ Vorjahr der jeweiligen Fachgruppe entsprechend quotiert.

Ist der Punktwert für den PZ Zuwachs gemäß Ziffer 7.2 dieser Anlage höher als der Punktwert für die PZ Vorjahr der jeweiligen Fachgruppe, so wird für beide ein einheitlicher Punktwert vergütet.

8. Punktwert für Fachgruppen ohne Mengenbegrenzung

8.1 Punktwert für Ermächtigte

Der Punktwert für die Fachgruppe der ermächtigten Ärztinnen und Ärzte sowie Institute ergibt sich aus der Division des jeweiligen Fachgruppenfonds gemäß Ziffer 6.2 dieser Anlage durch den Leistungsbedarf des aktuellen Quartals. Der Punktwert beträgt mindestens 7,00 Cent und darf den durchschnittlichen Punktwert aller Honorarfonds des fachärztlichen Versorgungsbereichs gemäß Anlage 1 Ziffer 4 HVM nicht überschreiten. Die Finanzierung erfolgt aus der fachärztlichen Gesamtvergütung gemäß Ziffer 4.1 dieser Anlage der übrigen Fachgruppen unter Anwendung der Honorarklammer.

8.2 Punktwert für Auftragsärztinnen und Auftragsärzte

Der Punktwert für Auftragsärztinnen und Auftragsärzte ergibt sich aus der Division des jeweiligen Fachgruppenfonds gemäß Ziffer 6.2 dieser Anlage durch den

Honorarverteilungsmaßstab der KV RLP ab 1. Juli 2024

Leistungsbedarf des aktuellen Quartals. Der Punktwert beträgt mindestens 75 Prozent des Orientierungswerts und darf den Orientierungswert nicht überschreiten. Die Finanzierung erfolgt aus der fachärztlichen Gesamtvergütung gemäß Ziffer 4.1 dieser Anlage der übrigen Fachgruppen unter Anwendung der Honorarklammer.

8.3 Punktwert für Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte

Der Punktwert für die budgetären pädiatrischen Leistungen ohne die Leistungen gemäß Ziffer 2.5. („Grundbetrag Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte“) ergibt sich aus der Division des Fachgruppenfonds gemäß Ziffer 5.2 dieser Anlage durch den Leistungsbedarf des aktuellen Quartals.

9. Härtefallregelung

9.1 Begrenzung des Honorarverlustes je Behandlungsfall

Beträgt der Honorarrückgang einer Praxis nach Anwendung der obigen Verteilungsregelung mehr als 15 Prozent gegenüber dem Vorjahresquartal unter Berücksichtigung der Entwicklung der Fallzahl und des Leistungsbedarfs, so kann der Vorstand der KV RLP auf Antrag der Praxis eine Begrenzung des Honorarverlustes auf 15 Prozent je Fall beschließen.

Voraussetzung für eine Stützung ist, dass der Honorarverlust von 15 Prozent nicht auf einen Rückgang des Leistungsumfangs zurückzuführen ist.

Die mögliche Stützungsmaßnahme wird auf Grundlage der jeweiligen Honorarbescheide unter Berücksichtigung eventueller nachträglicher Korrekturen ermittelt. Die Finanzierung der Stützungsmaßnahme erfolgt aus den Rückstellungen des jeweiligen Versorgungsbereichs.

9.2 Begrenzung des Honorarverlustes bei Rückgang der Fallzahl auf Grundlage des § 87b Abs. 2a SGB V

9.2.1 Voraussetzungen und Anspruchsberechtigte

Der Vorstand der KV RLP kann auf Grundlage von § 87b Abs. 2a SGB V eine Begrenzung des Honorarverlustes von Praxen zu den vier Quartalen des vorherigen Kalenderjahres bei einem Rückgang der Anzahl an Patientinnen und Patienten in existenzgefährdendem Umfang beschließen, wenn der Rückgang kausal auf ein Ereignis im Sinne § 87b Abs. 2a Satz 1 SGB V zurückzuführen ist.

Anspruchsberechtigt sind Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, die das gesamte aktuelle Kalenderjahr und über den 31. Dezember hinaus vertragsärztlich tätig sind.

Voraussetzung für eine Begrenzung des Honorarverlustes ist, dass dieser mehr als 15 Prozent im Vergleich zu den vier Quartalen des vorherigen Kalenderjahres beträgt und auf einen Rückgang der Behandlungsfälle in Folge eines Ereignisses im Sinne § 87b Abs. 2a Satz 1 SGB V von mindestens 15 Prozent im Vergleich zu den vier Quartalen des vorherigen Kalenderjahres zurückzuführen ist. Hierbei sind die Mindestsprechstunden des § 19a I Ärzte-ZV grundsätzlich zu erfüllen.

Honorarverteilungsmaßstab der KV RLP ab 1. Juli 2024

Bei psychotherapeutischen Leistungserbringenden muss anstelle eines Rückgangs der Behandlungsfälle von mindestens 15 Prozent ein entsprechender Rückgang der Zeiteinheiten vorliegen.

9.2.2 Honorar Vorjahr

Das GKV-Honorar der Praxis in den Quartalen des vorherigen Kalenderjahres abzüglich Sachkosten bildet den Referenzwert. Sofern die Praxis in diesem Zeitraum Anspruch auf finanzielle Hilfen aufgrund einer Anspruchsgrundlage, die in Zusammenhang mit einem Ereignis im Sinne § 87b Abs. 2a Satz 1 SGB V steht, erhalten hat, können diese dem Referenzwert hinzugerechnet werden. Sofern die Praxis in diesem Zeitraum zusätzliche Honorare erzielt hat, die in Zusammenhang mit einem Ereignis im Sinne § 87b Abs. 2a Satz 1 SGB V stehen und über die KV RLP abgerechnet worden sind, können diese dem Referenzwert hinzugerechnet werden.

9.2.3 Honorar aktuelles Jahr

Das GKV-Honorar der Praxis in den Quartalen des aktuellen Kalenderjahres abzüglich Sachkosten bildet die Berechnungsgrundlage. Sofern die Praxis in diesem Zeitraum finanzielle Hilfen aufgrund einer Anspruchsgrundlage, die in Zusammenhang mit einem Ereignis im Sinne § 87b Abs. 2a Satz 1 SGB V steht, erhalten hat, können diese dem Referenzwert hinzugerechnet werden. Sofern die Praxis in diesem Zeitraum zusätzliche Honorare erzielt hat, die in Zusammenhang mit einem Ereignis im Sinne § 87b Abs. 2a Satz 1 SGB V stehen und über die KV RLP abgerechnet worden sind, können diese dem Referenzwert hinzugerechnet werden.

9.2.4 Stützungsbetrag

Der maximale Stützungsbetrag ergibt sich aus der Differenz zwischen 85 Prozent des Honorars der vier Quartale des vorherigen Kalenderjahres gemäß Ziffer 9.2.2 und dem Honorar der vier Quartale des aktuellen Kalenderjahres gemäß Ziffer 9.2.3.

Eine Stützung erfolgt nicht für Honorarverluste gegenüber den vier Quartalen des vorherigen Kalenderjahres, die auf eine Veränderung des Versorgungsumfangs oder eine Veränderung der Zusammensetzung der Praxis zurückzuführen sind.

9.2.5 Antragstellung und Auszahlung

Ein Antrag auf Ausgleichszahlung kann erst nach Abschluss der Honorarverteilung der vier Quartale des aktuellen Kalenderjahres und längstens bis zum 30. Juni des Folgejahres gestellt werden.

In Einzelfällen können Praxen auf Antrag bei Rückgang des Quartalsumsatzes von mehr als 25 Prozent zum Vorjahresquartal eine vorläufige Gutschrift auf eine mögliche Ausgleichszahlung erhalten. Über den Antrag entscheidet der Vorstand.

Nach Abschluss der Honorarverteilung des aktuellen Kalenderjahres wird die Differenz zwischen dem Ausgleichsbetrag für das gesamte Kalenderjahr gemäß Ziffer 9.2.4 und der Summe der quartalsweisen Gutschriften gemäß Ziffer 9.2.5 gebildet. Zu viel erhaltene Gutschriften sind zurückzuzahlen.

Honorarverteilungsmaßstab der KV RLP ab 1. Juli 2024

9.2.6 Finanzierung

Die Finanzierung des sich so ergebenden Stützungsbetrags je Praxis erfolgt aus dem nicht verteilten Honorar des jeweiligen Versorgungsbereichs (Schwankungsreserve).

9.2.7 Geltungsdauer

Die Regelungen nach 9.2 gelten, solange die Regelungen des § 87b Abs. 2a SGB V gelten.

10. Förderung von Praxisnetzen

Die gemäß Richtlinie der KV RLP anerkannten Praxisnetze erhalten eine Förderung je Quartal und je nach Erfüllung der Kriterien nach § 4 Abs. 2 der Richtlinie zur Anerkennung von Praxisnetzen und deren Anlage 1:

- Praxisnetze der Basis-Stufe: 10 Euro je Vertragsärztin oder Vertragsarzt des Praxisnetzes
- Praxisnetze der Stufe I: 15 Euro je Vertragsärztin oder Vertragsarzt des Praxisnetzes
- Praxisnetze der Stufe II: 20 Euro je Vertragsärztin oder Vertragsarzt des Praxisnetzes

Die Auszahlung des Förderbetrags erfolgt an das jeweilige Praxisnetz.

Die Aufteilung des Förderbetrags je Praxisnetz nach haus- und fachärztlichem Bereich erfolgt anteilig nach den im jeweiligen Praxisnetz vertretenen Haus- und Fachärztinnen und -ärzten.

11. Entschädigungszahlungen gemäß § 103 Abs. 3a SGB V

Hat der Zulassungsausschuss einen Antrag auf Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes in Planungsbereichen mit einem Versorgungsgrad von mehr als 140 Prozent abgelehnt und kommt es dadurch zu Entschädigungszahlungen durch die KV RLP an die Vertragsärztin oder den Vertragsarzt oder ihre oder seine Erben gemäß § 103 Abs. 3a SGB V, so sind diese Entschädigungszahlungen aus demjenigen Honorarfonds gemäß Anhang 1 des HVM vorweg zu erstatten, aus dem die zu entschädigende Vertragsärztin oder der zu entschädigende Vertragsarzt bis zu ihrem oder seinem Ausscheiden vergütet wurde.

Anlage 2

Inhaltsverzeichnis zur Anlage 2 zum HVM	Seite
1. Grundsätze der Mengenbegrenzung der KV RLP	21
2. Übermäßige Ausdehnung	21
3. Ermittlung PZ Vorjahr	22
4. Honorierung der Leistungen der Mengenbegrenzung	24
5. Ausnahmeregelungen zur Mengenbegrenzung	24
6. Laborleistungen gemäß Abschnitt 32.3 EBM durch „Nicht-Laborärztinnen“ und „Nicht-Laborärzte“	25

Honorarverteilungsmaßstab der KV RLP ab 1. Juli 2024

1. Grundsätze der Mengenbegrenzung der KV RLP

Die Leistungen einer Praxis gemäß Ziffer 5 und Ziffer 6 der Anlage 1 zum HVM (Leistungen des Fachgruppenfonds) unterliegen einer Mengenbegrenzung je Quartal.

Diese orientiert sich an dem Durchschnitt der Arztgruppe (übermäßige Ausdehnung gemäß Ziffer 2 dieser Anlage) sowie an der Punktzahl des Vorjahresquartals der Praxis (PZ Vorjahr).

Der Durchschnitt der Arztgruppe gemäß Ziffer 2 sowie Ziffer 3.2.1 und Ziffer 3.2.8 dieser Anlage bezieht sich auf die in der jeweiligen Ziffer beschriebenen Leistungen mit Vergütung innerhalb der mGV.

Sind in einer Praxis sowohl Vertragsärztinnen und Vertragsärzte mit als auch ohne Mengenbegrenzung tätig, so gilt die für die jeweilige Vertragsärztin oder den jeweiligen Vertragsarzt zutreffende Regelung gemäß dieser Anlage.

Ausgenommen von der Mengenbegrenzung nach Ziffer 2 und 3 dieser Anlage sind

- ärztliche und Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie übrige ausschließlich psychotherapeutisch tätige Vertragsärztinnen und Vertragsärzte,
- Ermächtigte,
- Auftragsärztinnen und Auftragsärzte,
- Strahlentherapeutinnen und Strahlentherapeuten,
- Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte,
- Praxen der übrigen Fachgruppen mit weniger als 100 Fällen im aktuellen Quartal.

Ebenfalls ausgenommen von der Mengenbegrenzung nach Ziffer 2 und 3 dieser Anlage sind Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, die in einem Planungsbereich tätig sind, für den der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen einen Beschluss nach § 100 Abs. 1 oder 3 SGB V getroffen hat.

Bei Praxen der übrigen Fachgruppen mit weniger als 100 Fällen im aktuellen Quartal wird der anerkannte Leistungsbedarf dieser Vertragsärztinnen und Vertragsärzte mit dem Punktwert für die PZ Vorjahr gemäß Ziffer 7.3 der Anlage 1 zum HVM vergütet.

2. Übermäßige Ausdehnung

Liegt die Punktzahl einer Praxis gemäß Ziffer 5 und Ziffer 6 der Anlage 1 zum HVM (Leistungen des Fachgruppenfonds) um mehr als 100 Prozent über dem Durchschnitt der in der Praxis vertretenen Arztgruppe unter Berücksichtigung des Tätigkeitsumfangs der in der Praxis tätigen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, so erfolgt eine Quotierung der darüber hinaus gehenden Punktzahl aller Leistungen gemäß Ziffer 5 und Ziffer 6 der Anlage 1 zum HVM um 50 Prozent. Die Leistungen nach Quotierung bilden den anerkannten Leistungsbedarf.

Es gelten die Arztgruppen gemäß Anhang B zum HVM. Die Quotierung der Punktzahl aufgrund übermäßiger Ausdehnung unterbleibt, wenn der aktuelle Versorgungsgrad der jeweiligen Fachgruppe im Planungsbereich unter 100 Prozent liegt.

3. Ermittlung der PZ Vorjahr

3.1 Grundsätzliches

Die Mengenbegrenzung einer Praxis richtet sich nach dem anerkannten Leistungsbedarf in Punkten im Vorjahresquartal (PZ Vorjahr) je Vertragsärztin und Vertragsarzt nach Anwendung von sachlich-rechnerischen Berichtigungen, Prüfmaßnahmen nach § 106 SGB V sowie nach Anwendung der Punktzahl-obergrenze (PZOG) für Praxen mit Leistungsbeschränkung gemäß § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 und 5 SGB V, jedoch ohne Berücksichtigung der Quotierung der Vorjahrespunktzahl gemäß Ziffer 2 dieser Anlage. Hierbei werden die Leistungen aller Betriebsstätten einer Praxis je Vertragsärztin und Vertragsarzt von Rheinland-Pfalz berücksichtigt.

Bei der Ermittlung der PZ Vorjahr werden gemäß Ziffer 5.2 bzw. 6.2 der Anlage 1 zum HVM die Leistungen berücksichtigt, die im aktuellen Quartal innerhalb der Mengenbegrenzung vergütet werden.

Die Mengenbegrenzung der Praxis ergibt sich aus der Summe der PZ Vorjahr je Vertragsärztin und Vertragsarzt unter Berücksichtigung der im Folgenden aufgeführten Sonderregelungen.

3.2 Sonderregelungen bei der Ermittlung der PZ Vorjahr

3.2.1 Neugründerinnen und Neugründer

Vertragsärztinnen und Vertragsärzte mit einer vertragsärztlichen Tätigkeit von maximal 16 Quartalen gelten als Neugründerinnen und Neugründer.

Für diese Vertragsärztinnen und Vertragsärzte wird die Mengenbegrenzung gemäß Ziffer 3 dieser Anlage bis maximal zum aktuellen Durchschnitt der Arztgruppe gemäß Anhang B zum HVM unter Berücksichtigung des Versorgungsauftrags bzw. des Tätigkeitsumfangs ausgesetzt.

Vertragsärztinnen und Vertragsärzte mit vollem Versorgungsauftrag
= Faktor 1,0

Vertragsärztinnen und Vertragsärzte mit dreiviertel Versorgungsumfang
= Faktor 0,75

Vertragsärztinnen und Vertragsärzte mit hälftigem Versorgungsauftrag
= Faktor 0,5

Angestellte Ärztinnen und Ärzte mit einem Tätigkeitsumfang

- bis 10 Stunden = Faktor 0,25
- über 10 bis 20 Stunden = Faktor 0,5
- über 20 bis 30 Stunden = Faktor 0,75
- über 30 Stunden = Faktor 1,0

Bei Beginnen oder Beenden der vertragsärztlichen Tätigkeit während des Quartals wird der Arztgruppenschnitt entsprechend der tatsächlichen Tätigkeitstage verringert.

Die Regelung für Neugründerinnen und Neugründer gilt nicht für angestellte Ärztinnen und Ärzte mit Leistungsbeschränkung und Jobsharing-Zugelassene.

Honorarverteilungsmaßstab der KV RLP ab 1. Juli 2024

3.2.2 Praxisübernahme

Übernimmt eine Vertragsärztin oder ein Vertragsarzt den Vertragsarztsitz einer anderen Vertragsärztin oder eines anderen Vertragsarztes, so übernimmt sie oder er deren oder dessen PZ Vorjahr unter Berücksichtigung der Regelung für Neugründerinnen und Neugründer gemäß Ziffer 3.2.1 dieser Anlage.

3.2.3 Bildung einer BAG

Die PZ Vorjahr ergibt sich gemäß Ziffer 3.1 dieser Anlage. War eine Vertragsärztin oder ein Vertragsarzt im Vorjahresquartal noch nicht in einer fachgleichen Praxis mit mehreren Vertragsärztinnen und Vertragsärzten tätig, so wird ihr oder sein Leistungsbedarf bezogen auf die Grundpauschale kalkulatorisch um 10 Prozent erhöht. Dies gilt für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte der Arztgruppen, deren Grundpauschalen nicht in Anhang C HVM (Vorwegvergütung) aufgeführt sind.

3.2.4 Verlegung Praxissitz

Wird bei Vertragsärztinnen und Vertragsärzten mit einer vertragsärztlichen Tätigkeit von mehr als 16 Quartalen der Praxissitz mehr als 5 Kilometer (Hausärztinnen und Hausärzte) bzw. mehr als 25 Kilometer (Fachärztinnen und Fachärzte) – kürzeste Route laut Routenplaner – verlegt, so gilt die Person als Neugründerin bzw. Neugründer gemäß Ziffer 3.2.1 dieser Anlage. Ansonsten gilt eine Verlegung des Praxissitzes nicht als Neugründung im Sinne von Ziffer 3.2.1 dieser Anlage.

3.2.5 Veränderung des Versorgungsauftrags bzw. Tätigkeitsumfangs

Reduziert eine Vertragsärztin oder ein Vertragsarzt den Versorgungsauftrag bzw. Tätigkeitsumfang, so reduziert sich die PZ Vorjahr entsprechend. Erhöht eine Vertragsärztin oder ein Vertragsarzt den Versorgungsauftrag bzw. Tätigkeitsumfang, so gilt die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt als Neugründerin oder Neugründer gemäß Ziffer 3.2.1 dieser Anlage.

3.2.6 Ausscheiden aus einer BAG

Bei Ausscheiden einer Vertragsärztin oder eines Vertragsarztes aus einer BAG oder bei Ruhen der Zulassung wird die PZ Vorjahr grundsätzlich auf die Personen der gleichen Arztgruppe innerhalb der Praxis übertragen.

Wird durch das Ausscheiden die frühere BAG als Einzelpraxis fortgeführt, so wird für diese Vertragsärztin oder diesen Vertragsarzt die Regelung zur übermäßigen Ausdehnung gemäß Ziffer 2 dieser Anlage für zwei volle Quartale ausgesetzt.

3.2.7 Auflösung einer BAG

Bei Fortführung der vertragsärztlichen Tätigkeit nach Auflösung einer BAG ergibt sich die PZ Vorjahr je Vertragsärztin und Vertragsarzt gemäß Ziffer 3.1 dieser Anlage.

3.2.8 Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung

Bei der Ermittlung der PZ Vorjahr werden die geförderten Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung (ÄiW) berücksichtigt. Genehmigte und geförderte ÄiW führen zu einer Anhebung der PZ Vorjahr um den Faktor 0,35 des Arztgruppen-

Honorarverteilungsmaßstab der KV RLP ab 1. Juli 2024

schnitts (bezogen auf die der Mengensteuerung unterliegenden Leistungen), sofern im Vorjahresquartal noch keine ÄiW beschäftigt waren. Die Anhebung erfolgt längstens für vier Quartale. Dem liegt eine Beschäftigung über 38,5 Stunden zugrunde (Faktor 1,0). Bei geringerer Beschäftigung verringert sich die Anhebung entsprechend.

3.2.9 Assistenzen nach § 7 Assistenten-Richtlinie der KV RLP

Bei der Ermittlung der PZ Vorjahr werden genehmigte Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung (ÄiW), deren Beschäftigung entweder im Rahmen einer Kennenlernphase nach § 7 Abs. 1 Assistenten-Richtlinie der KV RLP oder zur Einarbeitung durch Weiterbeschäftigung der oder des Praxisabgebenden nach erfolgter Übergabe der Praxis gemäß § 7 Abs. 2 Assistenten-Richtlinie der KV RLP erfolgt, berücksichtigt. Eine oder einer nach den vorgenannten Regelungen genehmigte Ärztin oder genehmigter Arzt in Weiterbildung führt zu einer Anhebung der PZ Vorjahr um den Faktor 0,35 des Arztgruppenschnitts (bezogen auf die der Mengensteuerung unterliegenden Leistungen), sofern im Vorjahresquartal noch keine Ärztin oder kein Arzt in Weiterbildung beschäftigt war. Die Anhebung erfolgt längstens für zwei Quartale. Dem liegt eine Vollzeitbeschäftigung zugrunde (Faktor 1,0). Bei geringerer Beschäftigung verringert sich die Anhebung entsprechend.

4. Honorierung der Leistungen der Mengenbegrenzung

Je Quartal wird der anerkannte Leistungsbedarf aus dem Fachgruppenfonds gemäß Ziffer 5.2 bzw. 6.2 der Anlage 1 zum HVM als Summe über die gesamte Praxis mit der Summe der PZ Vorjahr der gesamten Praxis unter Beachtung der vorgenannten Regelung verglichen.

Liegt der anerkannte Leistungsbedarf der Praxis im aktuellen Quartal unter der PZ Vorjahr oder unterliegt die Praxis keiner Mengenbegrenzung, so wird der anerkannte Leistungsbedarf mit dem für die Fachgruppe zutreffenden Punktwert gemäß Ziffer 7.1 und 7.3 der Anlage 1 zum HVM vergütet.

Liegt der anerkannte Leistungsbedarf der Praxis im aktuellen Quartal über der PZ Vorjahr, so wird die PZ Vorjahr mit dem für die Fachgruppe zutreffenden Punktwert gemäß Ziffer 7.1 und 7.3 der Anlage 1 zum HVM vergütet.

Die darüber hinausgehenden Leistungen (Differenz zwischen aktuellem Punktzahlvolumen der Praxis und der Summe PZ Vorjahr) werden mit dem für die Fachgruppe zutreffenden Punktwert gemäß Ziffer 7.2 und 7.4 der Anlage 1 zum HVM vergütet.

Bei fachübergreifenden BAG erfolgt die Aufteilung des anerkannten Leistungsbedarfs nach dem Anteil der jeweiligen Fachgruppe entsprechend der Kennzeichnung mit der lebenslangen Arztnummer (LANR). Die Vergütung der Leistungen erfolgt entsprechend der Aufteilung aus dem jeweiligen Fachgruppenfonds.

5. Ausnahmeregelungen zur Mengenbegrenzung

Auf Antrag kann eine Aussetzung der Mengenbegrenzung oder Anhebung der PZ Vorjahr erfolgen. Mögliche Antragsgründe lauten:

Honorarverteilungsmaßstab der KV RLP ab 1. Juli 2024

5.1 Unverschuldete Ausfallzeiten im Vorjahresquartal

Die Anhebung der PZ Vorjahr der Praxis erfolgt entsprechend dem Punktzahlzuwachs der Leistungen der Mengenbegrenzung gemäß Ziffer 5.2 bzw. 6.2 der Anlage 1 zum HVM und/oder Fallzahlzuwachs im aktuellen Quartal gegenüber dem Vorjahresquartal. Der Zuwachs muss mindestens 10 Prozent betragen und durch unverschuldete Ausfallzeiten – beispielsweise auf Grund von Krankheit – im Vorjahresquartal begründet sein.

5.2 Übernahme von Patientinnen und Patienten durch das Beenden oder Ruhen der vertragsärztlichen Tätigkeit anderer Vertragsärztinnen und Vertragsärzte in der näheren Umgebung

Die Anhebung der PZ Vorjahr der Praxis erfolgt für vier volle Quartale entsprechend dem Fallzahlzuwachs aufgrund der nachweislich übernommenen Patientenschaft. Es müssen mindestens 25 übernommene Patientinnen und Patienten oder 10 Prozent übernommene Patientinnen und Patienten bei Praxen mit weniger als 250 Fällen anhand eines Abgleichs nachgewiesen werden. Die Gesamtfallzahl der Praxis muss insgesamt um mehr als 25 Patientinnen und Patienten bzw. um mehr als 10 Prozent bei Praxen mit weniger als 250 Fällen angestiegen sein.

5.3 Erteilung einer neuen Genehmigung

Die Anhebung der PZ Vorjahr erfolgt entsprechend dem Punktzahlzuwachs der Leistungen der neu erteilten Genehmigung der Vertragsärztin oder des Vertragsarztes im aktuellen Quartal gegenüber dem Vorjahresquartal. Die Anhebung erfolgt maximal bis zum eingereichten Leistungsbedarf der Vertragsärztin oder des Vertragsarztes.

Der Punktzahlzuwachs der Leistungen der Mengenbegrenzung gemäß Ziffer 5.2 bzw. 6.2 der Anlage 1 zum HVM im aktuellen Quartal gegenüber dem Vorjahresquartal der Vertragsärztin oder des Vertragsarztes muss mindestens 10 Prozent betragen.

5.4 Einzelfallentscheidung

Der Vorstand der KV RLP kann in begründeten Einzelfällen, insbesondere aus Sicherstellungsgründen, weitere Ausnahmen zur Mengenbegrenzung vornehmen.

6. Laborleistungen gemäß Abschnitt 32.3 EBM durch „Nicht-Laborärztinnen“ und „Nicht-Laborärzte“

Für die Vergütung von Laborleistungen gemäß Abschnitt 32.3 EBM durch ermächtigte Laborärztinnen und -ärzte sowie „Nicht-Laborärztinnen“ und „Nicht-Laborärzte“ besteht eine Obergrenze je Praxis.

Diese Obergrenze ergibt sich je Vertragsärztin und Vertragsarzt aus der Zahl der kurativ-ambulantem Behandlungsfälle der Vertragsärztin oder des Vertragsarztes, multipliziert mit dem Referenzfallwert der jeweiligen Fachgruppe wie folgt:

Arztgruppe	Referenzfallwert in Euro
Endokrinologen, Rheumatologen	40,00
Hämatologen, Nuklearmediziner	21,00
übrige Fachgruppen	4,00

Honorarverteilungsmaßstab der KV RLP ab 1. Juli 2024

Die Obergrenze der Praxis ergibt sich aus der Summe der Obergrenzen der Vertragsärztinnen bzw. der Vertragsärzte der Praxis mit Genehmigung zur Erbringung von Leistungen gemäß Abschnitt 32.3 EBM. Bei der Ermittlung der Obergrenze werden Überweisungsfälle zur ausschließlichen Erbringung von Laborleistungen („reine Laborfälle“) gemäß Muster 10 sowie die hierbei abgerechneten Laborleistungen des Abschnitts 32.3 EBM nicht mitgezählt.

Der Obergrenze werden die abgerechneten Laborleistungen in Euro gemäß Abschnitt 32.3 EBM entsprechend der Bewertung gemäß EBM unter Beachtung von Höchstwertregelungen gegenübergestellt.

Bei Überschreitung der Obergrenze wird die Bewertung der jeweiligen Laborleistung gemäß Abschnitt 32.3 EBM entsprechend dem Verhältnis des Laborbudgets zu den abgerechneten Laborleistungen abgesenkt. Anschließend erfolgt die Multiplikation mit der Vergütungsquote gemäß Ziffer 2.2 Absatz 2 HVM des jeweiligen Quartals.

6.1 Ausnahmeregelung

Der Vorstand kann in begründeten Ausnahmefällen auf Antrag der Praxis eine Anhebung oder eine Aufhebung der Obergrenze gemäß Ziffer 6 dieser Anlage beschließen.

Anhang A zum HVM der KV RLP Übersicht Fachgruppen

FG-Nr.	Fachgruppe (FG) gemäß HVM	Zuordnung
1	Allgemeinärzte, hausärztliche Internisten	hausärztlicher Versorgungsbereich
2	Kinder- und Jugendärzte	hausärztlicher Versorgungsbereich
3	Anästhesisten	fachärztlicher Versorgungsbereich
4	Augenärzte	fachärztlicher Versorgungsbereich
6	Gynäkologen und Reproduktionsmediziner	fachärztlicher Versorgungsbereich
7	Hals-Nasen-Ohren-Ärzte sowie Phoniater und Pädaudiologen	fachärztlicher Versorgungsbereich
8	Hautärzte	fachärztlicher Versorgungsbereich
9	Fachärztliche Internisten	fachärztlicher Versorgungsbereich
12	Nervenärzte, Neurologen, Psychiater, Kinder- und Jugendpsychiater	fachärztlicher Versorgungsbereich
14	Radiologen, Nuklearmediziner, Strahlentherapeuten	fachärztlicher Versorgungsbereich
15	Urologen	fachärztlicher Versorgungsbereich
16	Auftragsärzte	fachärztlicher Versorgungsbereich
17	Ermächtigte Ärzte und Institute	fachärztlicher Versorgungsbereich
19	Schmerzzentren	fachärztlicher Versorgungsbereich
20	Chirurgen, Neurochirurgen, Mund-Kiefer-Gesichts-Chirurgen, Orthopäden, Fachärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin	fachärztlicher Versorgungsbereich

Anhang B zum HVM der KV RLP
Übersicht Arztgruppen

AGR-Nr.	Arztgruppe (AGR)	Zuordnung zur Fachgruppe gemäß Anhang A
1	FÄ für Allgemeinmedizin, hausärztlich tätige Internisten (hä)	1
2	Kinder- und Jugendärzte	2
41	Diabetologische Schwerpunkt-Praxen Hausärzte	1
3	FÄ für Anästhesiologie	3
4	FÄ für Augenheilkunde	4
5	FÄ für Chirurgie / Neurochirurgie	20
6	FÄ für Frauenheilkunde und Geburtshilfe	6
7	FÄ für Reproduktionsmedizin	6
8	FÄ für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	7
9	FÄ für Haut- und Geschlechtskrankheiten	8
10	FÄ für Humangenetik	16
11	FÄ für Innere Medizin ohne Schwerpunkt	9
12	FÄ für Angiologie	9
13	FÄ für Endokrinologie	9
14	FÄ für Innere Med. SP Nephrologie	9
15	FÄ für Innere Med. SP Gastroenterologie	9
16	FÄ für Innere Med. SP Hämatologie und Onkologie	9
17	FÄ für Innere Med. SP Kardiologie	9
18	FÄ für Innere Med. SP Kardiologie mit invasiver Tätigkeit	9
19	FÄ für Innere Med. SP Pneumologie	9
20	FÄ für Innere Med. SP Rheumatologie	9
21	Kinder- und Jugendpsychiater (KJP)	12
22	FÄ für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	20
23	FÄ für Nervenheilkunde	12
24	FÄ für Neurologie	12
25	FÄ für Nuklearmedizin	14
26	FÄ für Orthopädie	20
27	FÄ für Pathologie	16
28	FÄ für Psychiatrie und Psychotherapie	12
29	Zytologie, Histologie	16
33	FÄ für Diagnostische Radiologie, überwiegend nur Röntgen	14
34	FÄ für Diagnostische Radiologie, überwiegend nur CT	14
35	FÄ für Diagnostische Radiologie, überwiegend nur MRT	14
36	FÄ für Diagnostische Radiologie, überwiegend mit CT, mit MRT	14
37	FÄ für Urologie	15
38	FÄ für Physikalische und Rehabilitative- Medizin	20
39	FÄ für Laboratoriumsmedizin, FÄ für Molekular- und Zytogenetik	16
40	Schmerztherapiezentren	19
42	Nervenärzte psychiatrischer Schwerpunkt	12
43	Psychiater psychotherapeutischer Schwerpunkt	12
47	Angiologie; invasiv tätig	9
55	FÄ für Strahlentherapie	14
74	Institute	17
99	Ermächtigte	17

Anhang C zum HVM der KV RLP
Übersicht Grund- und Versichertenpauschalen mit Vorwegvergütung

FG-Nr.	Fachgruppe gemäß HVM	Gebührenordnungspositionen
1	Allgemeinärzte, hausärztliche Internisten	GOP 03000 EBM, GOP 03030 EBM, GOP 30700 EBM
3	Anästhesisten	GOP 05210 bis 05212 EBM, GOP 30700 EBM
6	Gynäkologen und Reproduktionsmediziner	GOP 08210 bis 08212 EBM
7	HNO-Ärzte sowie Phoniater und Pädaudiologen	GOP 09210 bis 09212 EBM, GOP 20210 bis 20212 EBM
15	Urologen	GOP 26210 bis 26212 EBM
20	Chirurgen, Neurochirurgen, MKG-Chirurgen, Orthopäden, FÄ für Physikalische und Rehabilitative Medizin	GOP 07210 bis 07212 EBM, GOP 15210 bis 15212 EBM, GOP 16210 bis 16212 EBM, GOP 18210 bis 18212 EBM, GOP 27210 bis 27212 EBM, GOP 30700 EBM