

Vertraulich

Musterarztpraxis
Musterstraße 1
12345 Musterstadt

Erläuterungen zur Struktur der Honorarabrechnung

Sehr geehrte Damen und Herren,

anliegend erhalten Sie die Unterlagen für Ihre Honorarabrechnung in folgender Reihenfolge:

1. [Kontoübersicht](#)
Übersicht über die Kontobewegungen im abgerechneten Quartal
2. [Honorarbescheid](#) und [Rechtliche Hinweise](#)
Der Beleg für Ihre abgerechneten Leistungen – unterteilt in vier Vergütungskategorien
3. [Kennzahlenblatt](#)
Auf einen Blick: Alle wichtigen Honorardaten und ihre Entwicklung über die vergangenen fünf Quartale
4. [Anlagen](#)

Ihre
Kassenärztliche Vereinigung Hamburg

Kontoübersicht zum Honorarbescheid für das Quartal x/xxxx

Datum	Buchungstext	Lastschrift	Gutschrift
xx.xx.xxxx	Abschlag (Monat) xxxx	0,00	0,00
xx.xx.xxxx	Abschlag (Monat) xxxx	0,00	0,00
xx.xx.xxxx	Abschlag (Monat) xxxx	0,00	0,00
xx.xx.xxxx	Genehmigung zusätzl. Ort	0,00	0,00
xx.xx.xxxx	Anstell. Max Mustermann	0,00	0,00
xx.xx.xxxx	ZA-Anstell. Gen. Dr. med. Mia Mustermann (SB)	0,00	0,00
xx.xx.xxxx	Anstell. Moritz Mustermann	0,00	0,00
xx.xx.xxxx	Anstell. Reg.Dr. med. Mia Mustermann (SB)	0,00	0,00
xx.xx.xxxx	Anstell. Gen. Max Mustermann	0,00	0,00
xx.xx.xxxx	Anstell. Register Max Mustermann	0,00	0,00
xx.xx.xxxx	Honorar lt. Abr. x/xxxx	0,00	0,00
xx.xx.xxxx	Zusätzliche Entbudgetierungsvergütung TSVG x/xxxx	0,00	0,00
xx.xx.xxxx	Ärztlicher telefonischer Beratungsdienst x/xxxx	0,00	0,00
xx.xx.xxxx	Stützungsbetrag Corona-Rettungsschirm x/xxxx	0,00	0,00
xx.xx.xxxx	Honorarkürzung §§ 40 ff. Bedarfsplanungs-Richtlinie x/xxxx	0,00	0,00
xx.xx.xxxx	Honorarkürzung § 291 Abs. 2b SGB V x/xxxx	0,00	0,00
xx.xx.xxxx	2,40 % Verwaltungskosten allgemein x/xxxx	0,00	0,00
xx.xx.xxxx	2,40 % Verwaltungskosten Verwaltung Notdienst x/xxxx	0,00	0,00
xx.xx.xxxx	0,30 % Sicherstellung	0,00	0,00
Summe		0,00	0,00
xx.xx.xxxx	Restzahlung x/xxxx	0,00	0,00

**** Bitte aufbewahren für Ihre Steuerunterlagen ****



Die [Kontoübersicht](#) gibt Ihnen Auskunft über die Kontobewegungen auf Ihrem KV-Konto sowie über die Höhe der Restzahlung bzw. den Saldenübertrag.

Honorarbescheid für das Quartal x/xxxx

Abrechnungsgebiet (AG): Ersatzkassen / Primärkassen (AG1)

Leistungsart	Honorar- anforderung ¹	Honorar- auszahlung	Garantie- quote in %	Auszahlungs- quote in %
Budgetierte Leistungen innerhalb der Garantiequote (GQ)				
Verbleibende MGV-Leistungen	0,00	0,00	0,0	0,0
Histologie/Zytologie	0,00	0,00	0,0	0,0
Eigenlabor	0,00	0,00	0,0	0,0
Gesamt	0,00	0,00	0,0	0,0

Leistungsart	Honorar- anforderung	Honorar- auszahlung	Garantie- quote in %	Auszahlungs- quote in %
Budgetierte Leistungen außerhalb der GQ				
Wirtschaftlichkeitsbonus Labor	0,00	0,00	-	0,0
Genetisches Labor	0,00	0,00	-	0,0
Labor Muster 10a	0,00	0,00	-	0,0
Gesamt	0,00	0,00	-	0,0

Leistungsart	Honorar- anforderung	Honorar- auszahlung	Garantie- quote in %	Auszahlungs- quote in %
100%-Vergütung innerhalb der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV)				
Pauschale fachärztliche Grundversorgung (PFG)	0,00	0,00	-	0,0
Kostenpauschalen nach Kap. 40 EBM	0,00	0,00	-	0,0
Zahnärztliche Anästhesien nach § 21 VM	0,00	0,00	-	0,0
Gesamt	0,00	0,00	-	0,0

¹ Die Honoraranforderung wird gemäß §§ 22 und 23 VM bei den MRT-Leistungen von Radiologen und Nuklearmedizinern abgestaffelt (siehe Anlage 2)

Leistungsart	Honorar- anforderung	Honorar- auszahlung	Garantie- quote in %	Auszahlungs- quote in %
Leistungen innerhalb der Extrabudgetären Gesamtvergütung (EGV)				
Verbleibende EGV-Leistungen	0,00	0,00	-	0,0
Besuche im Notfalldienst	0,00	0,00	-	0,0
Haus- und Heimbefuche	0,00	0,00	-	0,0
Prävention	0,00	0,00	-	0,0
DMP	0,00	0,00	-	0,0
Impfungen	0,00	0,00	-	0,0
Gesamt	0,00	0,00	-	0,0

Summen	0,00	0,00	-	-
---------------	-------------	-------------	---	---

Weitere Abrechnungsgebiete	Honorar- anforderung	Honorar- auszahlung	Auszahlungs- quote in %
Sozialhilfe / Auslandsabkommen (AG2)	0,00	0,00	0,0
Sonstige Kostenträger (AG4)	0,00	0,00	0,0
Asylbewerberleistungsgesetz (AG6)	0,00	0,00	0,0

Honorarauszahlung Quartal x/xxxx insgesamt

0,00



Der [Z Honorarbescheid](#) gibt Aufschluss darüber, wie sich Ihr Honorar auf die Abrechnungsgebiete und die Honorarbestandteile (Leistungsarten) aufteilt. Die abgerechneten Leistungen werden entsprechend ihrer Leistungsart in die folgenden vier Unterkategorien eingruppiert:

- Budgetierte Leistungen innerhalb der Garantiequote (GQ),
- Budgetierte Leistungen außerhalb der GQ,
- 100%-Vergütung innerhalb der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV),
- Leistungen innerhalb der Extrabudgetären Gesamtvergütung (EGV).

In dieser Darstellung werden nur die ambulanten Leistungen des Abrechnungsgebietes (AG) der Ersatzkassen/Primärkassen (AG 1) berücksichtigt. Dargestellt werden Ihre leistungsartspezifische Honoraranforderung nach Anwendung aller EBM-Maßnahmen, die dazugehörige Honorarauszahlung, die vor Quartalsbeginn festgelegte Garantiequote sowie Ihre finale Auszahlungsquote. Bei den weiteren Abrechnungsgebieten werden ausschließlich Gesamtsummen dargestellt.

Rechtliche Hinweise

Vorbehalt

Die Abrechnung erfolgt unter dem Vorbehalt einer nachträglichen Honorarberichtigung und einer Wirtschaftlichkeitsprüfung durch die Gemeinsame Prüfstelle nach § 106 SGB V.

Die Abrechnung erfolgt außerdem in Bezug auf die von Kinderärzten bei Erwachsenen erbrachten kardiologischen Leistungen unter dem Vorbehalt der Honorarrückforderung.

Die Abrechnung erfolgt überdies unter dem Vorbehalt der Berichtigung der Gebührenordnungspositionen (GOP) 01210 und 01212 EBM, woraus sich Rückzahlungspflichten ergeben können. Der Vorbehalt erfolgt vor dem Hintergrund einer Prüfung der in Ansatz gebrachten GOP 01210 und 01212 EBM und deren Verhältnis zu den GOP 01205 und 01207 EBM.

Zur Fragestellung der Finanzierung von Unterdeckungen bei der Vergütung von Laborleistungen nach den Vorgaben der KBV gem. § 87b Abs. 4 SGB V Teil B und E wird von Hausärzten derzeit ein Musterklagverfahren geführt. Sofern die Vorgaben der KBV infolge dieses Verfahrens geändert werden, wird die KVH die geänderten Vorgaben für alle Ärzte umsetzen und neben zukünftigen Bescheiden auch die Bescheide unter diesem Vorbehalt der geänderten Sachlage anpassen. Ein Widerspruch gegen den Honorarbescheid ist bezüglich der angeführten Fragestellung daher nicht erforderlich. Bei Praxen, die nach geänderten Vorgaben der KBV durch die aktuelle Berechnungsweise rechtswidrig begünstigt wurden, können Honorarrückforderungen erfolgen.

Die Abrechnung erfolgt unter Vorbehalt einer nachträglichen Korrektur von Leistungen neben Corona Impfleistungen, sofern kein weiterer ICD 10-Code dokumentiert wurde, der auf eine Krankenbehandlung schließen lässt.

Antrag

Bitte beachten Sie: Wenn Sie bei Vorliegen besonderer Sachverhalte eine Vergütungsanpassung beantragen möchten, ist dies nur schriftlich möglich (siehe §§ 6 und 8 VM). Zusätzlicher Widersprüche gegen den vorliegenden Bescheid bedarf es nicht.

Anträge sind substantiiert zu begründen. Sie können bis zum bestandskräftigen Abschluss des betreffenden Quartals gestellt werden. Das bedeutet, dass Sie einen Antrag noch bis zum Ablauf der Widerspruchsfrist zur Honorarabrechnung beziehungsweise bis zur Beendigung eines Widerspruchs- oder Klagverfahrens gegen die Honorarabrechnung des betreffenden Quartals stellen können.

Nachvergütungen auf Grund von Antragsverfahren erfolgen auch dann, wenn das betreffende Quartal ansonsten bereits bestandskräftig abgeschlossen ist. Sie müssen also keinen Widerspruch gegen die Honorarabrechnung einlegen, wenn Sie für das betreffende Quartal noch eine Nachvergütung aus einem laufenden Antragsverfahren erwarten.

Rechtsbehelfsbelehrung

Gegen diesen Bescheid kann innerhalb eines Monats nach seiner Bekanntgabe Widerspruch erhoben werden. Der Widerspruch ist schriftlich oder zur Niederschrift bei der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg, Postfach 760620, 22056 Hamburg – Hausanschrift: Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg – einzulegen. Die Widerspruchseinlegung in elektronischer Form (z.B. durch E-Mail) ist nicht zulässig.

Entsprechendes gilt für den gleichzeitig in der Kontoübersicht mitgeteilten Verwaltungsbeitragsbeitrag.



Die [Rechtlichen Hinweise](#) klären über Vorbehalte auf. Zudem werden Ihnen Antrags- und Widerspruchsmöglichkeiten erläutert.

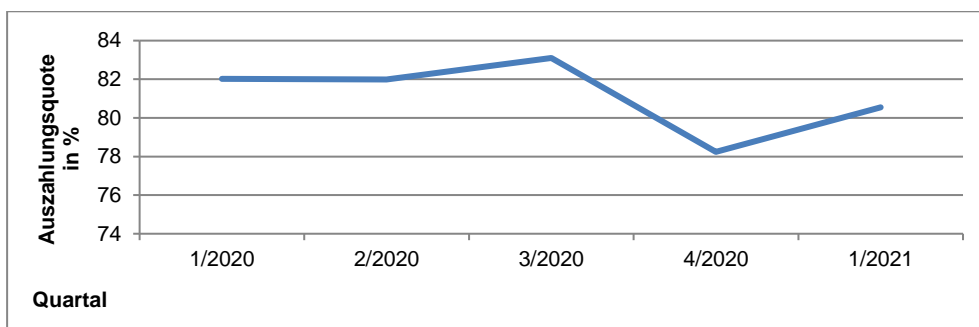
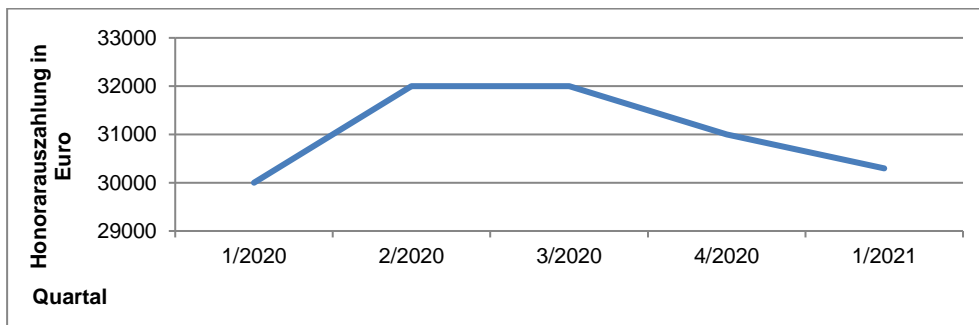
Kennzahlenblatt

Eckdaten

	Praxis	Fachgruppe*
Anzahl Praxen	-	0
Anzahl Ärzte gemäß Tätigkeitsumfang	0,00	0,00
Honorarauszahlung	0,00	0,00
Fallzahl	0	0

Honorar- und Fallzahlentwicklung (Ersatzkassen / Primärkassen (AG1))** (inklusive Notfalldienst und KV-eigene Notfallpraxen)

	1/2020	2/2020	3/2020	4/2020	1/2021
Honoraranforderung	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Honorarauszahlung	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Auszahlungsquote	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Fallzahl	0	0	0	0	0
Fallwert	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00



* Für arztgruppenübergreifende Praxen werden keine Werte aufgeführt

** Rechnerische Berichtigungen und nachträgliche Kürzungen (TI, LOG) werden nicht berücksichtigt



Das [Kennzahlenblatt](#) verschafft Ihnen einen Überblick über die Entwicklung Ihres Honorars. So ermöglicht Ihnen die Tabelle „Eckdaten“ einen direkten Vergleich mit Ihrer Fachgruppe. Für fachgruppenübergreifende Praxen werden in dieser Spalte keine Werte aufgeführt, da eine Darstellung aufgrund der verschiedenen Fachgruppen nicht möglich ist. Wie gewohnt liegt auf unserem [Online-Portal](#) Ihr Honorarbescheid auf Arzzebene für Sie bereit (geschützter Zugang erforderlich mit KVSafeNet oder TI-Konnektor). Hier können Sie für jeden in Ihrer Praxis beschäftigten Arzt/Psychotherapeuten den Vergleich zur jeweiligen Fachgruppe einsehen. Es dient der reinen Information.

Vielleicht fällt Ihnen auf, dass die Summe der Fallzahlen je Arzt nicht immer der Fallzahl auf Praxisebene entspricht. Dies kommt vor, wenn Sie in einer BAG oder einem MVZ beschäftigt sind und zusammen mit einem Kollegen oder einer Kollegin an einem Fall arbeiten. Hier wurde zum 01.01.2021 die Fallzahl auf Arzzebene dahingehend angepasst, dass der Fall sowohl für Sie als auch für die weitere Person zählt.

In der zweiten Tabelle werden Ihre Honorar- und Fallzahlenwicklung (inkl. Notfalldienst) über die letzten fünf Quartale dargestellt. Rechnerische Berichtungen, Gutschriften, Korrekturen und ggf. Kürzungen (LOG, TI) finden in dieser Abbildung keine Berücksichtigung. In den beiden darunter abgebildeten Diagrammen werden Ihre Honorarauszahlung und die dazugehörige Auszahlungsquote noch einmal graphisch dargestellt.

Anlage 1 zum Honorarbescheid für das Quartal x/xxxx
Honorarübersicht

Ersatzkassen / Primärkassen (AG1)	Umsatz	Fälle	Fallwert
Exkl. HZV- und Notdienstfälle	0,00	0	0,00
Telefonischer Bereitschaftsdienst*	0,00	0	0,00
Notfallpraxen (GOP 99506)	0,00	0	0,00
Summe	0,00	0	0,00


Sozialhilfe / Auslandsabkommen (AG2)	Umsatz	Fälle	Fallwert
Exkl. HZV- und Notdienstfälle	0,00	0	0,00
Telefonischer Bereitschaftsdienst*	0,00	0	0,00
Notfallpraxen (GOP 99506)	0,00	0	0,00
Summe	0,00	0	0,00

Sonstige Kostenträger (AG4)	Umsatz	Fälle	Fallwert
Exkl. HZV- und Notdienstfälle	0,00	0	0,00
Telefonischer Bereitschaftsdienst*	0,00	0	0,00
Notfallpraxen (GOP 99506)	0,00	0	0,00
Summe	0,00	0	0,00

Asylbewerberleistungsgesetz (AG6)	Umsatz	Fälle	Fallwert
Exkl. HZV- und Notdienstfälle	0,00	0	0,00
Telefonischer Bereitschaftsdienst*	0,00	0	0,00
Notfallpraxen (GOP 99506)	0,00	0	0,00
Summe	0,00	0	0,00

	Gesamtumsatz	Fälle	Fallwert
Summen	0,00	0	0,00

* Die hier für den Telefonischen Bereitschaftsdienst dargestellten Umsätze sowie Fallwerte beinhalten nicht die Aufstockung der Vergütung auf 25,00 € pro Fall. Diese Aufstockung finden Sie auf der Kontoübersicht als Einzelbuchung unter dem Buchungstext „Ärztlicher telefonischer Beratungsdienst X/XXXX“. Für vollumfassende Fallwerte ist diese Einzelbuchung den hier dargestellten Umsätzen hinzuzurechnen.

 Die [Anlage 1](#) zeigt eine Zusammenfassung Ihrer Honorarumsätze, Behandlungsfälle und der sich daraus ergebenden Fallwerte, differenziert nach Abrechnungsgebieten (AG 1 = Ersatz- und Primärkassen, AG 2 = Sozialhilfe / Auslandsabkommen, AG 3 = Kooperationsverträge (KOV), AG 4 = Sonstige Kostenträger, AG 5 = Schwangerschaftsabbrüche und AG 6 = Asylbewerberleistungsgesetz). Wenn Sie in einer BAG oder einem MVZ beschäftigt sind und zusammen mit einem Kollegen oder einer Kollegin an einem Fall arbeiten, zählt der Fall sowohl für Sie, als auch für die weitere Person als ein Fall.

Anlage 2 zum Honorarbescheid für das Quartal x/xxxx
Darstellung von EBM- und VM-Besonderheiten
Wirtschaftlichkeitsbonus - Abschnitt 32.1 EBM - § 15 (2) VM

1	2	3	4	5
Relevante Behandlungsfälle	Relevante HZV-Fälle	Laborkosten	Unterer begrenzender Fallwert	Oberer begrenzender Fallwert
0	0	0,00	0,00	0,00

6	7	8	9	10
Bewertung GOP 32001 EBM	Arztpraxisspezifischer Fallwert	Wirtschaftlichkeitsfaktor	Arztpraxisspezifische Bewertung GOP 32001 EBM	Abzurechnender Wirtschaftlichkeitsbonus
0,00	0,00	0,0000	0,00	0,00

Auszahlungsquote Vergütungsanteil Wirtschaftlichkeitsbonus in % (mind. 89 %)	Honorarauszahlung Wirtschaftlichkeitsbonus
0,0	0,00

Erläuterung zum Wirtschaftlichkeitsbonus

- 1) Anzahl der Behandlungsfälle der Praxis, in denen mindestens eine Versicherten-, Grund- und/oder Konsiliarpauschale der Kapitel 3, 4, 7 bis 11, 13, 16 bis 18, 20, 21, 26, 27 oder 30.7 EBM abgerechnet wurde.
- 2) Anzahl der selektivvertraglichen Fälle im Quartal, sofern gemäß dem Selektivvertrag die Leistungen der Abschnitte 32.2 und/oder 32.3 EBM weiter als kollektivvertragliche Leistungen gemäß § 73 SGB V veranlasst oder abgerechnet werden und in diesen Fällen keine Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale berechnet wird.
- 3) Summe der Kosten der in dem jeweiligen Quartal von Laborgemeinschaften bezogenen, als Auftragsleistung überwiesenen und eigenerbrachten Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM der Arztpraxis abzüglich der durch Kennnummern ausgenommenen Kosten nach Abschnitt 32.1 Nr.6 EBM
- 4) Unterer begrenzender Fallwert der jeweiligen Fachgruppe nach Abschnitt 32.1 Nr. 4 EBM bzw. unterer begrenzender Fallwert berechnet nach Abschnitt 32.1 Nr. 5 EBM als Mischwert bei Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt oder Zusatzweiterbildung und (Teil-) BAG, MVZ und Praxen mit angestellten Ärzten.
- 5) Oberer begrenzender Fallwert der jeweiligen Fachgruppe nach Abschnitt 32.1 Nr. 4 EBM bzw. oberer begrenzender Fallwert berechnet nach Abschnitt 32.1 Nr. 5 EBM als Mischwert bei Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt oder Zusatzweiterbildung und (Teil-) BAG, MVZ und Praxen mit angestellten Ärzten.
- 6) Punktzahl der GOP 32001 EBM der jeweiligen Fachgruppe nach Abschnitt 32.1 EBM bzw. Punktzahl der GOP 32001 EBM berechnet nach Abschnitt 32.1 Nr. 5 EBM als Mischwert bei Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt oder Zusatzweiterbildung und (Teil-) BAG, MVZ und Praxen mit angestellten Ärzten multipliziert mit dem Hamburger Punktwert.
- 7) Laborkosten je relevantem Behandlungs- bzw. HZV-Fall berechnet als Division der Laborkosten durch die Summe der relevanten Behandlungs- und HZV-Fälle.
- 8) Sofern der arztpraxisspezifische Fallwert kleiner oder gleich dem arztgruppenspezifischen unteren begrenzenden Fallwert ist, beträgt der Wirtschaftlichkeitsfaktor 1. Ist der arztpraxisspezifische Fallwert größer oder gleich dem arztgruppenspezifischen oberen begrenzenden Fallwert, beträgt der Wirtschaftlichkeitsfaktor 0. In allen anderen Fällen ergibt sich der Wirtschaftlichkeitsfaktor aus der Differenz zwischen dem oberen begrenzenden Fallwert und dem arztpraxisspezifischen Fallwert dividiert durch die Differenz zwischen dem oberen und dem unteren begrenzenden Fallwert.
- 9) Bewertung der GOP 32001 EBM multipliziert mit dem Wirtschaftlichkeitsfaktor.
- 10) Summe der relevanten Behandlungs- und HZV-Fälle multipliziert mit der arztpraxisspezifischen Bewertung der GOP 32001 EBM.

**Volumen für Gesprächsleistungen - Präambel 3.1.9 / 4.1.12 EBM
(GOP 03230, 04230, 04231 EBM – jeweils inkl. aller Suffixe)**

Arztgruppe	Anzahl BHF gem. Präambel 3.1.10 / 4.1.13 EBM	64 Punkte x regionaler Punktwert	Volumen	Honorar- anforderung	Über- schreitung	Unter- schreitung
Hausärzte	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Vergütung der MRT-Leistungen von Radiologen und Nuklearmedizinern gemäß §§ 22 und 23 VM

Arztgruppe	Honorar- anforderung	Berechnungsre- levante Honorar- anforderung	Honorar- auszahlung	Auszahlungs- quote in %	Garantie- quote in %
	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0

Höchstwerte im Krankheitsfall gemäß EBM für Leistungen der Humangenetik - § 17 VM

Leistungsart	GOP	Honorar- anforderung vor Quotierung	Durchschnittliche Quote in %	Honorar- anforderung nach Quotierung
Genetisches Labor	11511	0,00	0,0	0,00
Genetisches Labor	11512	0,00	0,0	0,00
Genetisches Labor	11513	0,00	0,0	0,00
Genetisches Labor	11513Y	0,00	0,0	0,00
Genetisches Labor	11518	0,00	0,0	0,00
Genetisches Labor	11521	0,00	0,0	0,00
Genetisches Labor	11522	0,00	0,0	0,00
Genetisches Labor	32931	0,00	0,0	0,00
Genetisches Labor	32932	0,00	0,0	0,00
Summe		0,00		0,00

**Vergütung der Strukturzuschläge - Abschnitt 35.2.3.1 EBM
(Zuschläge zu GOP 30932, 30933, 35151 und 35152 sowie den Abschnitten 35.2.1 und 35.2.2 EBM)**

1		
a	b	c
Mindestgrenze der Honoraranforderung o. g. zuschlagsfähiger Leistungen	doppelte Mindestgrenze der Honoraranforderung o. g. zuschlagsfähiger Leistungen	Obergrenze der Honoraranforderung o. g. zuschlagsfähiger Leistungen
0,00	0,00	0,00

2	3	4	5	6	7
Honoraranforderung o.g. zuschlagsfähiger Leistungen	Berechnungsfähiger Strukturzuschlag (GOP)	Anzahl GOP zuschlagsfähiger Leistungen	€-Wert Strukturzuschläge gesamt gem. EBM	praxisdurchschnittl. Quote in %	Honorarauszahlung nach Bewertung mit praxisdurchschnittl. Quote
0,00	35571	0	0,00	0,0	0,00
0,00	35572	0	0,00	0,0	0,00
0,00	35573	0	0,00	0,0	0,00

Summe Honorarauszahlung	0,00
--------------------------------	-------------

Erläuterung zu den Strukturzuschlägen

1) Darstellung der Mindest- und Obergrenzen für die Honoraranforderung gemäß GOP 30932, 30933, 35151 und 35152 sowie der Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2 EBM, multipliziert mit dem Tätigkeitsumfang derjenigen Vertragsärzte bzw. -therapeuten der Praxis, die die GOP 30932, 30933, 35151 und 35152 sowie die GOP nach den Abschnitten 35.2.1 und 35.2.2 EBM abgerechnet haben.

- a) Bei Überschreiten dieser Grenze werden die Strukturzuschläge ausgelöst.
- b) Bei Überschreiten dieser Grenze werden die Strukturzuschläge mit einem Faktor von 0,5 multipliziert.
- c) Bei Überschreiten dieser Grenze sind die Strukturzuschläge nicht mehr berechnungsfähig.

Hinweis: Sofern es sich um Anstellungen mit Leistungsbeschränkung nach § 95 Abs. 9 S. 2 i.V.m. § 101 Abs. 1 S. 1 Nr. 5 SGB V oder um vinkulierte Zulassungen bzw. Anstellungen im MVZ oder in einer Einrichtung nach § 311 SGB V gemäß § 101 Abs. 1 S. 1 Nr. 4 i. V. m. § 101 Abs. 3 SGB V (Jobsharing-Junior-Partner) handelt, wird für die dargestellten Mindest- und Obergrenzen nur der Zulassungsumfang des anstellenden Arztes/Psychotherapeuten bzw. des Jobsharing-Senior-Partners zugrunde gelegt.

2) Darstellung der Honoraranforderung gemäß GOP 30932, 30933, 35151 und 35152 sowie den Abschnitten 35.2.1 und 35.2.2 EBM der gesamten Praxis in € (Voraussetzung für die Berechnungsfähigkeit der Strukturzuschläge gem. Nr. 1a bis Nr. 1c dieser Erläuterung).

3) Darstellung der Strukturzuschläge nach den GOP 35571 bis 35573 EBM.

4) Anzahl der zuschlagsfähigen Leistungen gem. GOP 30932, 30933, 35151 und 35152 sowie den Abschnitten 35.2.1 und 35.2.2 EBM.

5) Anzahl der berechnungsfähigen Strukturzuschläge (je GOP) multipliziert mit der EBM-Punktzahl und mit dem aktuell gültigen Orientierungspunktwert.

6) Darstellung der praxisdurchschnittlichen Quote, zu der die Strukturzuschläge gemäß Nr. 5 bewertet werden. Die jeweilige Quote ergibt sich in Abhängigkeit der Anforderung gem. GOP 30932, 30933, 35151 und 35152 sowie den Abschnitten 35.2.1 und 35.2.2 EBM (je nach Korridor) wie folgt:

- Korridor 1: Honoraranforderung (Nr. 2) zwischen Mindestgrenze (Nr. 1a) und doppelter Mindestgrenze (Nr. 1b)
→ Differenz Nr. 2 und Nr. 1a im Verhältnis zu Nr. 2
- Korridor 2: Honoraranforderung (Nr. 2) zwischen doppelter Mindestgrenze (Nr. 1b) und Obergrenze (Nr. 1c)
→ Nr. 1a zuzüglich dem 0,5-fachen der Differenz aus Nr. 2 und Nr. 1b im Verhältnis zu Nr. 2
- Korridor 3: Honoraranforderung (Nr. 2) größer als Obergrenze (Nr. 1c)
→ Nr. 1a zuzüglich dem 0,5-fachen der Differenz aus Nr. 1c und Nr. 1b im Verhältnis zu Nr. 2

7) Darstellung der Bewertung der Strukturzuschläge (Nr. 5) multipliziert mit der praxisdurchschnittlichen Quote (Nr. 6) in €.



Die [Anlage 2](#) erläutert Ihnen die Berechnung des Honorars, sofern besondere Regelungen des VM und/oder EBM eine erweiterte Darstellung zum Verständnis notwendig machen. Für die Vergütung der MRT-Leistungen von Radiologen und Nuklearmedizinern gemäß §§ 22 und 23 VM ist eine Darstellung hinzugekommen, welche die Abstufung von MRT-Leistungen für Radiologen und Nuklearmediziner zeigt. Im ersten Schritt wird Ihre ursprüngliche Honoraranforderung dargestellt. Anschließend erfolgt für diese Honoraranforderung eine Abstufung gemäß §§ 22 und 23 VM („berechnungsrelevante Honoraranforderung“). Das Prozedere der Abstufung hat sich gegenüber der alten Honorarverteilung insoweit geändert, dass für die arztgruppendurchschnittliche Honoraranforderung nicht mehr alle, sondern nur die Radiologen bzw. Nuklearmediziner berücksichtigt werden, welche auch MRT-Leistungen abgerechnet haben. Die Auszahlungsquote ergibt sich aus der Division der Honorarauszahlung durch die berechnungsrelevante Honoraranforderung. Im [Online-Portal](#) (geschützter Zugang erforderlich mit KVSafeNet oder TI-Konnektor) finden Sie in Ihrem Honorarbescheid auf Arzzebene zudem eine Schritt-für-Schritt Darstellung zur Abstufung der MRT-Leistungen je Arzt.

Anlage 3 zum Honorarbescheid für das Quartal x/xxxx
Ihr Honorar im Bereich des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG)
Extrabudgetäre Vergütung im Rahmen des TSVG

Extrabudgetäre Vergütung im Rahmen des TSS-Terminfalls (Leistungen ab dem 11.05.2020)			
TSVG-Konstellation	Honorar- anforderung	Honorar- auszahlung	Auszahlungs- quote in %
TSVG TSS-Terminfall Fachgruppe (analog MGV)	0,00	0,00	0,00
TSVG TSS-Terminfall Fachgruppe (analog EGV)	0,00	0,00	0,00
Summen	0,00	0,00	

Extrabudgetäre Vergütung im Rahmen des HA-Vermittlungsfalls (Leistungen ab dem 11.05.2020)			
TSVG-Konstellation	Honorar- anforderung	Honorar- auszahlung	Auszahlungs- quote in %
TSVG HA-Vermittlungsfall Fachgruppe (analog MGV)	0,00	0,00	0,00
TSVG HA-Vermittlungsfall Fachgruppe (analog EGV)	0,00	0,00	0,00
Summen	0,00	0,00	

Extrabudgetäre Vergütung im Rahmen der offenen Sprechstunde (Leistungen ab dem 01.09.2020)			
TSVG-Konstellation	Honorar- anforderung	Honorar- auszahlung	Auszahlungs- quote in %
TSVG Offene Sprechstunde Fachgruppe (analog MGV)	0,00	0,00	0,00
TSVG Offene Sprechstunde Fachgruppe (analog EGV)	0,00	0,00	0,00
Summen	0,00	0,00	

Extrabudgetäre Vergütung im Rahmen des Neupatienten (Leistungen ab dem 01.09.2020)			
TSVG-Konstellation	Honorar- anforderung	Honorar- auszahlung	Auszahlungs- quote in %
TSVG Neupatient Fachgruppe (analog MGV)	0,00	0,00	0,00
TSVG Neupatient Fachgruppe (analog EGV)	0,00	0,00	0,00
Summen	0,00	0,00	

Extrabudgetäre Vergütung im Rahmen des TSS-Akutfalls (Leistungen ab dem 01.01.2021)			
TSVG-Konstellation	Honorar- anforderung	Honorar- auszahlung	Auszahlungs- quote in %
TSVG TSS-Akutfall Fachgruppe (analog MGV)	0,00	0,00	0,00
TSVG TSS-Akutfall Fachgruppe (analog EGV)	0,00	0,00	0,00
Summen	0,00	0,00	

Ihre Arztgruppenfälle im Rahmen des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG)

Darstellung der Arztgruppenfälle (AGF) in der Offenen Sprechstunde

TSVG-Konstellation	Anzahl AGF Gesamt	Anzahl AGF in der Offenen Sprechstunde	Anteil AGF in der Offenen Sprechstunde an der AGF Gesamt in %	Begrenzung auf max. 17,5 % der AGF Gesamt
TSVG Offene Sprechstunde Fachgruppe	0	0,00	0,0	0,00
TSVG Offene Sprechstunde Fachgruppe	0	0,00	0,0	0,00
Summen	0	0,00		

Darstellung der Arztgruppenfälle (AGF) je TSVG-Konstellation

TSVG-Konstellation	Honorar- auszahlung	TSVG- Arztgruppenfälle	TSVG- Arztgruppen- Fallwert
TSVG TSS-Terminfall Fachgruppe	0,00	0	0,00
TSVG HA-Vermittlungsfall Fachgruppe	0,00	0	0,00
TSVG Offene Sprechstunde Fachgruppe	0,00	0	0,00
TSVG Neupatient Fachgruppe	0,00	0	0,00
TSVG TSS-Akutfall Fachgruppe	0,00	0	0,00
Summen	0,00	0	0,00

i Die [Anlage 3](#) stellt Ihre Vergütung im Rahmen des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) je Konstellation dar. Zudem zeigt sie die Anzahl der Arztgruppenfälle in Ihrer Praxis je TSVG-Konstellation inkl. Arztgruppenfallwert.

Extrabudgetäre Vergütung im Rahmen des TSVG

Ab dem 01.01.2021 endeten die einjährigen Bereinigungszeiträume aller TSVG-Konstellationen. Somit werden die TSVG-Fälle – ohne den Umweg der Entbudgetierung – direkt extrabudgetär vergütet und in den nachfolgenden Tabellen aufgezeigt. Die Darstellung erfolgt auch hier getrennt nach Leistungen, die ehemals innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und damit ggf. quotiert vergütet wurden (analog MGV) und solchen, die ohnehin außerhalb dieser und damit zu den vollen Preisen des EBM vergütet werden (analog EGV).

Anlage 4 zum Honorarbescheid für das Quartal x/xxxx

Nachweis über die abgerechneten Leistungen

ambulant

GOP	AG	Leistungsart	Häufigkeit der GOP	Wert in €	Gesamt Anforderung
01414	1	Verbleibende MGV-Leistungen	0	0,00	0,00
05210	1	Verbleibende MGV-Leistungen	0	0,00	0,00
05211	1	Verbleibende MGV-Leistungen	0	0,00	0,00
05212	1	Verbleibende MGV-Leistungen	0	0,00	0,00
31503	1	Leistungen des ambulanten Operierens Kap. 31	0	0,00	0,00
31504	1	Leistungen des ambulanten Operierens Kap. 31	0	0,00	0,00
31820	1	Leistungen des ambulanten Operierens Kap. 31	0	0,00	0,00
31821	1	Leistungen des ambulanten Operierens Kap. 31	0	0,00	0,00
36503	1	Belegärztliche Leistungen Kap. 36 EBM	0	0,00	0,00
36504	1	Belegärztliche Leistungen Kap. 36 EBM	0	0,00	0,00
36822	1	Belegärztliche Leistungen Kap. 36 EBM	0	0,00	0,00
01207	4	Notfalldienst	0	0,00	0,00
01214	6	Notfalldienst	0	0,00	0,00
01718	6	Prävention	0	0,00	0,00
01737	6	Prävention	0	0,00	0,00
32394	6	Labor Muster 10	0	0,00	0,00
30700	6	Verbleibende EGV-Leistungen	0	0,00	0,00



Die [Anlage 4](#) zeigt die von Ihnen abgerechneten Leistungen, welche den jeweiligen Honorarbestandteilen (Leistungsart) zugeordnet werden.

Summieren Sie die Gesamtanforderung (Spalte „Gesamt Anforderung“) je AG und Leistungsart auf, finden Sie diesen Wert in Ihrem Honorarbescheid (ab Seite 4) wieder. Sollten Sie auch stationäre Leistungen erbringen, müssen diese dazu addiert werden.

Anlage 5 zum Honorarbescheid für das Quartal x/xxxx
Nachweis über die verspätet eingereichten Behandlungsfälle gem. § 2 Satz 3 VM*
ambulant

Quartal	GOP	Leistungsart	Häufigkeit der GOP	Preis in € Abrechnungsquartal gesamt	Preis in € Leistungsquartal gesamt	Differenz
X/XXXX	02402	Verbleibende EGV-Leistungen	0	0,00	0,00	0,00
X/XXXX	01418	Besuche im Notfalldienst	0	0,00	0,00	0,00
X/XXXX	05227	Verbleibende EGV-Leistungen	0	0,00	0,00	0,00

stationär

Quartal	GOP	Leistungsart	Häufigkeit der GOP	Preis in € Abrechnungsquartal gesamt	Preis in € Leistungsquartal gesamt	Differenz
X/XXXX	08227	Verbleibende EGV-Leistungen	0	0,00	0,00	0,00
X/XXXX	36113	Belegärztliche Leistungen Kap. 36 EBM	0	0,00	0,00	0,00

Gesamtüberschreitung - Zu kürzender Betrag	0,00
Gesamtunterschreitung - Steht für Saldierung bereit	0,00

i In [Anlage 5](#) werden Ihre abgerechneten Leistungen aufgeführt, welche in vergangenen Quartalen (Leistungsquartal) erbracht, aber erst in diesem Quartal (Abrechnungsquartal) eingereicht wurden. Da es im Laufe der Quartale zu veränderten Bewertungen der GOPen kommen kann, werden in dieser Tabelle die Preise des Abrechnungsquartals sowie die Preise des Leistungsquartals aufgeführt. Ihre verspätet eingereichten Behandlungsfälle werden immer zu den Preisen des jeweiligen Leistungsquartals vergütet. Die letzte Spalte bildet die Differenz aus den beiden Bewertungen, welche Sie in Ihrer Kontoübersicht aufsummiert als Gut- bzw. Lastschrift wiederfinden.

Hinweis: Gemäß der Honorarvereinbarung 2021 Nr. 12 werden nur die Leistungen dargestellt, welche innerhalb der Extrabudgetären Gesamtvergütung erbracht wurden. Verspätet eingereichte Behandlungsfälle innerhalb der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung werden mit den im Abrechnungsquartal gültigen Preisen vergütet.

* Gemäß der Honorarvereinbarung 2021 Nr. 12 werden nur die Leistungen dargestellt, welche innerhalb der Extrabudgetären Gesamtvergütung erbracht wurden. Verspätet eingereichte Behandlungsfälle innerhalb der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung werden nach den im Abrechnungsquartal gültigen Bestimmungen vergütet.

Anlage 6 zum Honorarbescheid für das Quartal x/xxxx

Berücksichtigung der Leistungsbeschränkung (Obergrenze) nach §§ 40 ff. Bedarfsplanungs-Richtlinie

Ersatzkassen / Primärkassen (AG1)	
Leistungsart	Honorarauszahlung
Verbleibende Leistungen Fachgruppe	0,00
Vergütung Fachärztliche Grundversorgung (PFG)	0,00
Extrabudgetäre Vergütung	0,00
Extrabudgetärer Zuschlag zur PFG	0,00
Medikationsplan	0,00
Leistungen des ambulanten Operierens nach Kapitel 31 EBM	0,00
Summe (Basis für Kürzung)	0,00
Leistungsobergrenze	0,00
Überschreitung - zu kürzender Betrag	0,00
Unterschreitung - steht für Saldierung bereit	0,00

Hinweis

In dieser Anlage zu Ihrem Honorarbescheid haben wir die Überschreitung der Leistungsbeschränkung nach §§ 40 ff. Bedarfsplanungs-Richtlinie berücksichtigt. Den zu kürzenden Betrag finden Sie ebenfalls in der Kontoübersicht zum Honorarbescheid auf Seite 2. Bei nachträglichen Veränderungen des Honoraranspruches werden wir ggf. eine Anpassung vornehmen.

Saldierung von Über- und Unterschreitungen der Leistungsbeschränkung (Obergrenze)

Ersatzkassen / Primärkassen (AG1)		
Quartal	Unterschreitung (Kürzung)	Überschreitung (für Saldierung)
X/XXXX	0,00	0,00
X/XXXX	0,00	0,00
X/XXXX	0,00	0,00
X/XXXX	0,00	0,00
Summen	0,00	0,00
Zu vergütender Betrag nach Saldierung		0,00

Hinweis

Die Über- und Unterschreitungen aus den o. g. Quartalen entsprechen den ausgewiesenen Beträgen der jeweiligen Honorarabrechnungen zzgl. aller bis zum Stichtag **xx.xx.xxxx** vorgenommenen Korrekturen in Form von Gutschriften und Lastschriften. Sie beinhalten jedoch keine Anpassungen nach § 44 Bedarfsplanungs-Richtlinie, diese erfolgen zu einem späteren Zeitpunkt.



Die [Anlage 6](#) stellt die Berücksichtigung der Leistungsbeschränkung (Obergrenze) nach §§ 40 ff. der Bedarfsplanungs-Richtlinie dar. Bei Überschreitung der festgelegten Obergrenze wird die Honorarauszahlung entsprechend gekürzt. Eine Unterschreitung der festgelegten Obergrenze wird ebenfalls ausgewiesen und thesauriert. Eine Verrechnung von Über- und Unterschreitungen findet jeweils nach vier Quartalen, bzw. nach Entfall einer Leistungsbeschränkung statt.

Anlage 7 zum Honorarbescheid für das Quartal x/xxxx

Honorarkürzung nach § 95 d SGB V

Name

LANR 999999999

**Basis für Honorarkürzung nach § 95 d SGB V
Ersatzkassen / Primärkassen (AG1)**

Leistungsart	Honorarauszahlung
Verbleibende Leistungen Fachgruppe	0,00
Vergütung Fachärztliche Grundversorgung (PFG)	0,00
Extrabudgetärer Zuschlag zur PFG	0,00
Leistungen des Abschnitts 35.1 EBM - EGV	0,00
Antragspflichtige Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM	0,00
Strukturzuschläge des Abschnitts 35.2.3 EBM	0,00
Summe (Basis für Kürzung)	0,00
Zu kürzender Anteil	0,0 %
Zu kürzender Betrag	0,00

Hinweis

In dieser Anlage zu Ihrem Honorarbescheid haben wir die Honorarkürzung nach § 95 d SGB V berücksichtigt, die aufgrund der Nichterfüllung der Fortbildungsverpflichtung durchzuführen war. Den zu kürzenden Betrag finden Sie ebenfalls in der Kontoübersicht zum Honorarbescheid auf Seite 2. Bei nachträglichen Veränderungen des Honoraranspruches werden wir ggf. eine Anpassung vornehmen.



Die [Anlage 7](#) weist Honorarkürzungen nach § 95 d SGB V bei Nichterfüllung der Fortbildungsverpflichtung aus. Die Nachweispflicht für Fortbildungen ist bis zur Aufhebung der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite aufgehoben.

Anlage 8 zum Honorarbescheid für das Quartal x/xxxx

Honorarkürzung nach § 291 Abs. 2b SGB V

Basis für Honorarkürzung nach § 291 Abs. 2b SGB V Ersatzkassen / Primärkassen (AG1)	
Leistungsart	Honorarauszahlung
Verbleibende Leistungen Fachgruppe	0,00
Vergütung Fachärztliche Grundversorgung (PFG)	0,00
Extrabudgetärer Zuschlag zur PFG	0,00
Leistungen des Abschnitts 35.1 EBM - EGV	0,00
Antragspflichtige Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM	0,00
Strukturzuschläge des Abschnitts 35.2.3 EBM	0,00
Summe (Basis für Kürzung)	0,00
Zu kürzender Anteil	0,0 %
Zu kürzender Betrag	0,00

Hinweis

In dieser Anlage zu Ihrem Honorarbescheid haben wir die Honorarkürzung nach § 291 Abs. 2b SGB V berücksichtigt, die aufgrund der Nichterfüllung der Verpflichtung zur Anbindung an die Telematikinfrastruktur durchzuführen war. Den zu kürzenden Betrag finden Sie ebenfalls in der Kontoübersicht zum Honorarbescheid auf Seite 2. Bei nachträglichen Veränderungen des Honoraranspruches werden wir ggf. eine Anpassung vornehmen.



Die [Anlage 8](#) stellt die in § 291 Abs. 2b SGB V geforderte Honorarkürzung bei bis zum letzten Tag des Abrechnungsquartals fehlendem Nachweis der TI-Komponentenbestellung für das Versichertenstammdatenmanagement (VDSM) gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung dar. Seit dem 01.03.2020 hat die Kürzung um 2,5 % zu erfolgen.

Anlage 9 zum Honorarbescheid für das Quartal x/xxxx

Honorarkürzung nach § 341 Abs. 6 SGB V

Basis für Honorarkürzung nach § 341 Abs. 6 SGB V Ersatzkassen / Primärkassen (AG1)	
Leistungsart	Honorarauszahlung
Übrige Leistungen Anästhesisten	0,00
Vergütung Fachärztliche Grundversorgung (PFG)	0,00
Extrabudgetärer Zuschlag zur PFG	0,00
Medikationsplan	0,00
Belegärztliche Leistungen des Kapitels 36 EBM	0,00
Leistungen des ambulanten Operierens nach Kapitel 31 EBM	0,00
Summe (Basis für Kürzung)	0,00
Zu kürzender Anteil	1,0 %
Zu kürzender Betrag	0,00

Hinweis

In dieser Anlage zu Ihrem Honorarbescheid haben wir die Honorarkürzung nach § 341 Abs. 6 SGB V berücksichtigt, die aufgrund der fehlenden technischen Voraussetzungen für die elektronische Patientenakte durchzuführen war. Den zu kürzenden Betrag finden Sie ebenfalls in der Kontoübersicht zum Honorarbescheid auf Seite 2. Bei nachträglichen Veränderungen des Honoraranspruches werden wir ggf. eine Anpassung vornehmen.



Die **Anlage 9** stellt die in § 341 Abs. 6 SGB V geforderte Honorarkürzung dar, die aufgrund der fehlenden technischen Voraussetzungen für die elektronische Patientenakte durchzuführen war. Die Kürzung erfolgt um 1,0 %.