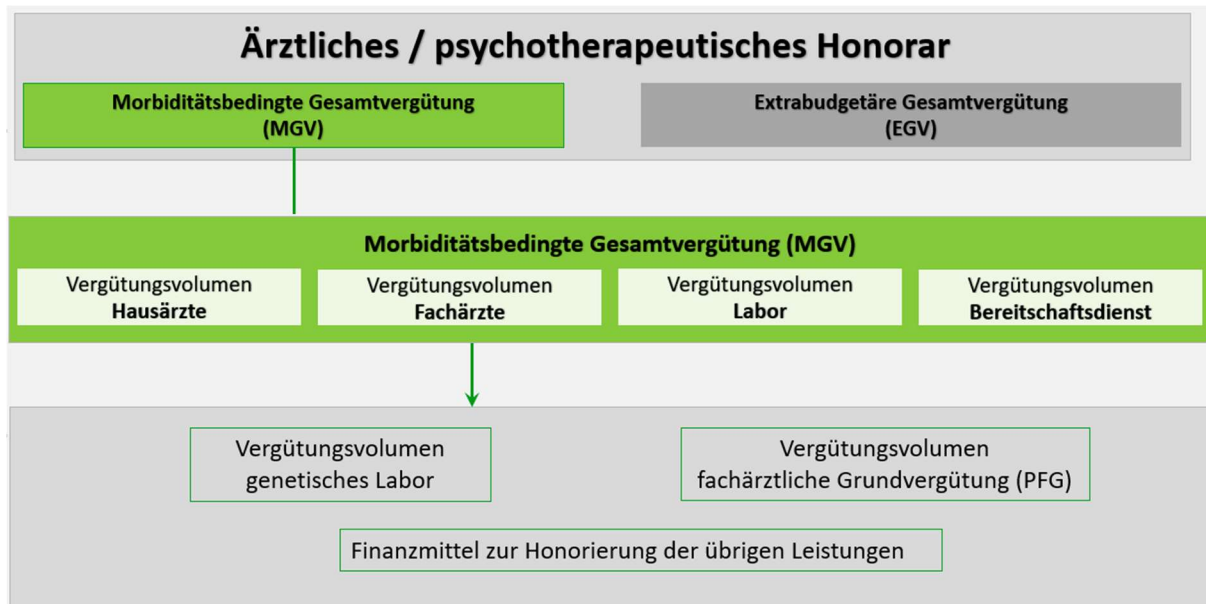


## Änderungen im HVM ab 1. Januar 2026

### **Honorarverteilung allgemein**



Wie aus dieser Übersicht deutlich wird, befassen sich die Regelungen im HVM auf die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, welche zunächst in vier Vergütungsvolumen aufgeteilt wird. Dabei erfolgt die Honorarverteilung in den Vergütungsvolumen Labor und Bereitschaftsdienst weitgehend aufgrund gesetzlicher und bundeseinheitlicher Vorgaben. Auch die Vorgaben für die Honorarverteilung im Vergütungsvolumen Hausärzte sind seit 1. Oktober 2025 zum größten Teil durch den Gesetzgeber vorgeben, so dass sich die Neuregelungen der Honorarverteilung ab 1. Januar 2026 fast ausschließlich auf das Vergütungsvolumen Fachärzte beziehen und dort auf die Finanzmittel nach Abzug der Vergütungsvolumen genetisches Labor und fachärztliche Grundvergütung (PFG).

Weitere Änderungen im HVM betreffen das Vergütungsvolumen Bereitschaftsdienst, auf die am Ende dieser Ausführungen noch kurz eingegangen wird.

### **Neuregelung der Honorarverteilung im fachärztlichen Versorgungsbereich**

Der Hauptgrund für die Neuregelung der Honorarverteilung im fachärztlichen Versorgungsbereich ist die Tatsache, dass die seit nunmehr über 15 Jahren geltende RLV/QZV-Regelung nicht mehr geeignet ist, um den derzeitigen Herausforderungen im Hinblick auf die fachärztliche Versorgung in Sachsen zu begegnen. Zudem wird die Bestimmung sachgerechter RLV/QZV-Fallwerte im Vorfeld des Leistungsquartals durch gesetzgeberische Vorgaben, wie z.B. dem TSVG, immer weiter erschwert.

Aus diesem Grund kam die Vertreterversammlung zum Ergebnis die RLV/QZV-Systematik ab 1. Januar 2026 abzuschaffen und durch neue Instrumente der Leistungssteuerung zu ersetzen. In diesem Zusammenhang wurde auch die Zusammensetzung der fachärztlichen

Vergleichsgruppen neu geregelt. Dabei stehen neben einer gerechten und ausgewogenen Honorarverteilung, auch mehr als bisher Versorgungsgesichtspunkte im Mittelpunkt, welche sich vor allem in den ohne Leistungssteuerung vergüteten Leistungen innerhalb der Vergleichsgruppenbudgets zeigen.

Darüber hinaus wurde die neue Honorarverteilung im fachärztlichen Versorgungsbereich so ausgestaltet, dass deutlich flexibler und schneller als bisher auf neue gesetzgeberische Vorgaben, aber auch auf neue Herausforderungen in der Versorgung in Sachsen reagiert werden kann.

Im Hinblick auf die Honorarverteilung wurde das fachärztliche Vergütungsvolumen in drei Bereiche unterteilt:

## Fachärztliches Vergütungsvolumen

**Versorgungsbereichs-  
spezifische Untervolumen**

**Vorwegabzüge vor Bildung  
Vergleichsgruppenbudgets**

**Vergütung innerhalb  
Vergleichsgruppenbudget**

### I. Versorgungsbereichsspezifische Untervolumen

Bei den versorgungsbereichsspezifischen Untervolumen handelt es sich um das

- Vergütungsvolumen genetisches Labor und das
- Vergütungsvolumen zur Vergütung der fachärztlichen Grundversorgung (PFG).

Die Bildung dieser Vergütungsvolumen resultiert auf bundeseinheitlichen Vorgaben, insofern erfolgten hier keine Änderungen im Hinblick auf die bisherige Honorarverteilung, sondern nur redaktionelle Anpassungen.

### II. Vorwegabzüge vor Bildung der Vergleichsgruppenbudgets

Im Zusammenhang mit den Vorwegabzügen vor Bildung der Vergleichsgruppenbudgets wurden die bisherigen Regelungen überprüft, wobei Vorwegabzüge vor Bildung der Vergleichsgruppenbudget zukünftig nur dann gebildet werden, wenn

- gesetzliche oder bundeseinheitliche Vorgaben dies erfordern,
- kein konkreter Leistungsbezug besteht oder
- innerhalb des Vergleichsgruppenbudgets keine sachgerechte Honorarverteilung möglich ist.

Vorwegabzüge vor Bildung der Vergleichsgruppenbudgets sind danach Vorwegabzüge zur:

- gesonderten Vergütung von Praxisnetzen,
- Vergütung von eigenerbrachten Laborleistungen, welche nicht auf Muster 10 bzw. Muster 10A abgerechnet wurden,
- Vergütung von Leistungen die von Laborgemeinschaften (Muster 10A) erbracht wurden,

- Vergütung von pathologischen Leistungen des Kapitel 19 EBM (ohne Abschnitt 19.4) sowie den GOP 01826 und 08315 EBM bei ausschließlicher Probenuntersuchung, d.h. die auf sog. Zielaufträgen abgerechnet wurden,
- Vergütung von Kostenpauschalen des Kapitel 40 EBM,
- Vergütung der Förderung von Hausbesuchen nach den GOP 01410, 01413 und 01415 EBM und
- Anpassung der Vergleichsgruppenbudgets gemäß § 9 HVM

Neben diesen Vorwegabzügen erfolgen vor Bildung der Vergleichsgruppenbudgets weitere Verrechnung gemäß Anlage 3 EBM. Bei diesen handelt es sich um

- die Entnahme der Mittel für den fachärztlichen Anteil am Strukturfonds,
- den auf den fachärztlichen Versorgungsbereich entfallenden Anteil an den Unter- bzw. Überschüssen aus dem Vergütungsvolumen Labor,
- den auf den fachärztlichen Versorgungsbereich entfallenden Anteil an den Unter- bzw. Überschüssen aus dem Vergütungsvolumen Bereitschaftsdienst,
- Rückstellungen für Forderungen aus Vorquartalen,
- den fachärztlichen Anteil an den Rückstellungen für Sicherstellungsaufgaben (z.B. für Maßnahmen des Landesausschuss),
- den Abzug für Entschädigungen gemäß § 103 Abs. 3a Satz 13 SGB V,
- Zu- und Abführungen aus dem Fremdkassenzahlungsausgleich und
- Zuführungen aus Honorarkürzungen aufgrund § 95d Abs. 3 Satz 3 SGB V, § 291b Abs. 5 SGB V und § 341 Abs. 6 SGB V.

Von den bisherigen Regelungen wurde die Fördersystematik für die Teilradiologie an dieser Stelle gestrichen und durch eine Vergütung teilradiologischer Leistungen ohne Leistungssteuerung aus dem Vergleichsgruppenbudget ersetzt. Ebenso gestrichen wurde der Vorwegabzug zur Vergütung der Laborgrundpauschalen. Die bislang dort enthaltenen Leistungen werden ins Vergleichsgruppenbudget verschoben, dabei wird die Konsiliarpauschale der Laborärzte (GOP 12210 EBM) dem Vorwegabzug für Grund- und Konsiliarpauschalen ohne Leistungssteuerung zugeordnet, die anderen Leistungen werden mit der Quote für übrigen Leistungen vergütet.

Der Vorwegabzug zur Vergütung für pathologische Leistungen des Kapitel 19 EBM (ohne Abschnitt 19.4 EBM) sowie die GOP 01826 und 08315 EBM bei ausschließlicher Probenuntersuchung wird fortan auf Basis der abgerechneten Leistungen im Jahr 2024 bewertet mit der durchschnittlichen Quote über alle Vergleichsgruppenbudgets im fachärztlichen Versorgungsbereich des Jahres 2024 gebildet.

Der ehemalige Vorwegabzug für die RLV/QZV-überschreitenden Leistungen dient zukünftig für ggf. notwendige Stützungen von Mindestquoten (Ausnahme Vorwegabzüge mit Mindestquote im Vergleichsgruppenbudget) und der Anpassung der Vergleichsgruppenbudgets

gemäß § 9 HVM. Die Höhe des Vorwegabzuges beträgt 1% des fachärztlichen Vergütungsvolumen zzgl. verbliebener Mittel.

### III. Vergütung innerhalb der Vergleichsgruppenbudgets

Die nach Abzug der versorgungsbereichsspezifischen Untervolumen, der Vorwegabzüge vor Bildung der Vergleichsgruppenbudgets sowie der Verrechnungen gemäß Anlage 3 HVM verbliebenen Finanzmittel werden nunmehr auf die einzelnen Vergleichsgruppenbudgets verteilt.

Dabei gelten weiterhin die Vorgaben gemäß Anlage 1 HVM, welche inhaltlich nicht angepasst worden, d.h. Basis hierfür ist weiterhin das Jahr 2019 unter Berücksichtigung der letzten Stufe der Konvergenzregelung.

Neu ist der Zuschnitt der Vergleichsgruppen gemäß Anlage 2 HVM, welche zum 1. Januar 2026 neugestaltet wurde. Danach gibt es im fachärztlichen Versorgungsbereich folgende Vergleichsgruppen:

VGR	Bezeichnung Vergleichsgruppe (VGR)
003	Fachärzte für Anästhesiologie
004	Fachärzte für Augenheilkunde
005	Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie, für Herzchirurgie, für Neurochirurgie und für Gefäßchirurgie, Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Fachärzte für Orthopädie und Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie sowie Fachärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin
006	Fachärzte für Frauenheilkunde
007	Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde und Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie
008	Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten
009	Fachärzte für Humangenetik, Fachärzte für Pathologie bzw. Neuropathologie und Fachwissenschaftler der Medizin, die überwiegend zytologische Untersuchungen auf dem Gebiet der gynäkologischen Zytologie erbringen sowie Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Biochemie, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie bzw. Immunologie, Transfusionsmedizin und Fachwissenschaftler der Medizin (z. B. Klinische Chemie und Labordiagnostik etc.)
010	Fachärzte für Innere Medizin, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören, mit und ohne Schwerpunkt
011	Fachärzte für Nervenheilkunde (Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie), Fachärzte für Neurologie, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
012	Fachärzte für Diagnostische Radiologie, Fachärzte für Radiologie, Fachärzte für Nuklearmedizin sowie Fachärzte für Strahlentherapie
013	Fachärzte für Urologie

014	Ermächtigte Ärzte und Psychotherapeuten, ermächtigte Krankenhäuser und Institutsambulanzen und andere ermächtigte Einrichtungen sowie Hausärzte mit Abrechnungsgenehmigung GOP 30704 EBM
015	<p>Psychologische Psychotherapeuten, Fachpsychotherapeuten für Erwachsene, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Fachpsychotherapeuten für Kinder und Jugendliche, Ärzte für Psychotherapeutische Medizin und Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie Vertragsärzte mit Zulassung als ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte und als ausschließlich psychotherapeutisch tätig geltende Vertragsärzte mit mindestens 90 v. H. ihres Gesamtleistungsbedarfes (ohne Leistungen im organisierten kassenärztlichen Bereitschaftsdienst) aus dem Leistungskatalog gemäß § 18 Abs. 2 der Bedarfsplanungsrichtlinien*.</p> <p><i>* Für die Einstufung als ausschließlich psychotherapeutisch tätig geltender Vertragsarzt ist der durchschnittlich abgerechnete Anteil des Leistungsbedarfes aus dem Zeitraum vom 4. Quartal des Vorjahres bis zum 3. Quartal des Vorjahres maßgeblich. Die Berechnung des Anteils erfolgt erstmals im 1. Quartal des aktuellen Jahres und gilt bis zum 4. Quartal des aktuellen Jahres. Stehen für die Beurteilung des Status eines Vertragsarztes vier Quartale nicht zur Verfügung, ist der Leistungsumfang anhand der vorhandenen Abrechnungsquartale zu ermitteln.</i></p>

Durch diese Neugestaltung der Vergleichsgruppen kann Problemen aus der Bedarfsplanung besser begegnet werden. Darüber hinaus werden gemessen an der Zahl der Ärzte eher kleine Vergleichsgruppen und ein daraus resultierender Quotenverfall bei Veränderungen in diesen Vergleichsgruppen vermieden.

Die Verringerung der Zahl der Vergleichsgruppen wurde dabei durch Zusammenlegung bestehender Vergleichsgruppen erreicht, die Ärzte in der ehemaligen Vergleichsgruppe der überwiegend schmerztherapeutisch tätigen Ärzte wurden gemäß ihrer Zulassung einer der o.g. Vergleichsgruppen zugeordnet.

Was die Leistungssteuerung innerhalb der Vergleichsgruppe anbetrifft, so werden vom Vergleichsgruppenbudget zunächst Vorwegabzüge für

- a) Leistungen ohne Leistungssteuerung,
- b) Leistungen mit garantierten Mindestquoten,
- c) Leistungen innerhalb eines Praxisvolumens und
- d) weitere Vorwegabzüge sowie Verrechnung gemäß Anlage 3 HVM

abgezogen.

**Das verbleibende Budget dividiert durch die abgerechneten übrigen, aus dem Vergleichsgruppenbudget zu honorierenden Leistungen, ergibt die Quote für die übrigen Leistungen.**

#### a) Leistungen ohne Leistungssteuerung

Leistungen aus Vorwegabzügen werden ohne leistungssteuernde Maßnahmen des HVM gemäß der sächsischen Gebührenordnung (SGO) vergütet. Hierunter sind, Leistungen subsummiert, welche die KV Sachsen, als wichtig zur Verbesserung der vertragsärztlichen Versorgung in Sachsen ansieht.

Aufgrund der im fachärztlichen Bereich weiterhin zu großen Teilen budgetierten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung spielen bei der Definition dieser Leistungen leider noch finanzielle Gegebenheiten eine Rolle, so dass nur ein beschränkter Katalog an Leistungen auf diese Weise vergütet werden.

Konkret fallen hierunter folgende Leistungen:

- Grund- und Konsiliarpauschalen mit persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt,

**Anmerkung zur Honorarverteilung im hausärztlichen Versorgungsbereich**

Um unterschiedliche Vergütungsregelungen im haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich zu vermeiden, wird die Grundpauschale im Rahmen der schmerztherapeutischen Versorgung, ab dem 1. Januar 2026, auch im hausärztlichen Versorgungsbereich ohne Leistungssteuerung durch den HVM vergütet.

- sonographische Leistungen des Kapitel 33 EBM sowie die Zusatzpauschalen Angiologie und Kardiologie
- Leistungen der Diagnostischen Radiologie nach den Abschnitten 34.2.1 bis 34.2.6, 34.2.8 sowie die GOP 34293 bis 34297 EBM
- anästhesiologische Leistungen im Zusammenhang mit vertragszahnärztlichen Leistungen von Patienten mit mangelnder Kooperationsfähigkeit bei geistiger Behinderung oder schwerer Dyskinesie sowie von Patienten bis zum 12. Lebensjahr
- ärztlich angeordnete Hilfeleistungen von Praxismitarbeitern nach den GOP 38100 und 38105 EBM
- Zuschlag für konservativ tätige Augenärzte nach der GOP 06225 EBM
- Hausbesuche nach den GOP 01410, 01413 und 01415 EBM
- Leistungen der Hörgeräteversorgung Kinder nach den GOP 20338, 20339, 20340, 20377 und 20378 EBM
- Leistungen der kurativen Mammographie nach den GOP 34270, 34271, 34272, 34273 und 34275 EBM
- Durchführung eines unspezifischen bronchialen Provokationstest nach der GOP 13651 EBM
- Behandlungen und ggf. Diagnostik von Erkrankungen des Stütz- und bewegungsapparates nach den GOP 07310, 07311, 18310 und 18311 EBM
- Fluoreszenzangiographie nach der GOP 06331 EBM
- Hygienezuschläge zu den Grund- und Konsiliarpauschalen
- Kontaktlinsenanpassung nach der GOP 06341 EBM
- Lumbalpunktion nach der GOP 02342 EBM
- onkologische Betreuung,
- Hyposensibilisierung nach den GOP 30130 und 30131 EBM
- Abklärung einer retro-cochleären Erkrankung nach den GOP 09326 und 20326 EBM sowie die Hörschwellenbestimmung nach den GOP 09327 und 20327 EBM
- Enzephalographische Untersuchungen (EEG) nach den GOP 14320, 14321, 16310, 16311, 21310 und 21311 EBM

## b) Leistungen mit garantierten Mindestquoten

Hierunter fallen Leistungen, welche grundsätzlich mit der Quote für die übrigen Leistungen honoriert werden, unterschreitet die Quote allerdings eine garantierte Mindestquote, so kommt diese Mindestquote zur Anwendung.

Leistungen mit garantierten Mindestquoten sind bereits bislang mit einer solchen Mindestquote versehene Leistungen, konkret

- Leistungen der Extrakorporalen Stoßwellenlithotripsie nach der GOP 26330 EBM
- Leistungen Polysomnographie nach der GOP 30901 EBM

Die garantierte Mindestquote liegt bei jeweils 95 %.

Die bislang auch hierunter fallenden Leistungen der Hörgeräteversorgung Kinder nach den GOP 20338, 20339, 20340, 20377 und 20378 EBM, wurden in die Vorwegabzüge ohne Leistungssteuerung überführt.

## c) Leistungen innerhalb eines Praxisvolumens

Praxisvolumen dienen im Hinblick auf die Honorarverteilungen zum einen zur Förderung der darin zusammengefassten Leistungen, zum anderen aber auch der Leistungssteuerung. So werden Leistungen innerhalb eines Praxisvolumens ohne Leistungssteuerung, gemäß SGO honoriert, dass Praxisvolumen überschreitende Leistungen werden quotiert vergütet, wobei sich die Quote mit zunehmender Überschreitung immer mehr verringert.

Aus Praxisvolumen werden konkret folgende Leistungen vergütet:

- Psychosomatik nach den GOP 35100 bis 35110 EBM
- Neurologisches Gespräch nach der GOP 16220 EBM
- Psychiatrisches Gespräch nach der GOP 21220 EBM
- Psychotherapeutisches Gespräch nach den GOP 22220 und 23220 EBM

Neben den neuen Praxisvolumen „neurologisches Gespräch“, „psychiatrisches Gespräch“ und „psychotherapeutisches Gespräch“ wurden auch die Regelungen für die Bildung der Praxisvolumen und auch die Vorgaben zur Vergütung aus dem Praxisvolumen überarbeitet.

### **Anmerkung zur Honorarverteilung im hausärztlichen Versorgungsbereich**

Um unterschiedliche Vergütungsregelungen im haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich zu vermeiden, werden die Bildungs- und Vergütungsvorgaben für das Praxisvolumen „Psychosomatik“ analog den nachfolgend beschriebenen Regelungen im fachärztlichen Versorgungsbereich geändert.

Die Bildung wurde dahingehend geändert, dass die bisherige fallzahlbedingte Ermittlung der Praxisvolumen durch ein Volumenmodell ersetzt wurde. Danach bildet sich das Praxisvolumen wie folgt:

- i. Ermittlung der Häufigkeit der dem Praxisvolumen unterliegenden Leistungen pro Vergleichsgruppe im Quartalsdurchschnitt des Jahres 2024

- ii. Ermittlung der Leistungserbringer (gemäß Tätigkeitsumfang) pro Vergleichsgruppe, die im Quartalsdurchschnitt des Jahres 2024, welche Leistungen aus dem jeweiligen Praxisvolumen erbracht haben
- iii. Ermittlung der durchschnittlichen Häufigkeit der Leistungen aus den jeweiligen Praxisvolumen pro Arzt im Quartal. Diese ergibt sich aus den Häufigkeiten (Punkt i) dividiert durch die Anzahl der Ärzte (Punkt ii)
- iv. Durch Multiplikation der durchschnittlichen Häufigkeiten (Punkt iii) mit dem Wert der dem Praxisvolumen unterliegenden Leistungen gemäß EBM ergibt die Höhe des Praxisvolumen je Arzt und Vergleichsgruppe
- v. Durch Multiplikation des Praxisvolumen pro Arzt (Punkt iv) mit der Anzahl der Ärzte (gemäß Tätigkeitsumfang) einer Vergleichsgruppe ergibt sich das Praxisvolumen der Praxis

Die Leistungssteuerung innerhalb der Praxisvolumen erfolgt wie folgt:

- i. Die im aktuellen Quartal erbrachten Leistungen einer Vergleichsgruppe in der Praxis werden dem zugewiesenen Praxisvolumen gegenübergestellt und bis zum Erreichen des Praxisvolumens gemäß SGO, unquotiert vergütet.
- ii. Die das Praxisvolumen übersteigenden Leistungen werden bis zu 25 % über dem Praxisvolumen mit einer Quote von 80 % und über 25 % bis zu 50 % mit einer Quote von 40 % vergütet. Leistungen über 50 % über dem Praxisvolumen werden nicht vergütet.

#### d) weitere Vorwegabzüge sowie Verrechnung gemäß Anlage 3 HVM

Unter dem Punkt weitere Vorwegabzüge werden Vorwegabzüge subsummiert, die keinen unmittelbaren Bezug zum EBM haben. Derzeit fällt darunter nur der Zuschlag für teleoptalmologische Leistungen gemäß Anlage 9 zu Teil 2 der MGV-Vereinbarung, welche bereits im Vorgänger-HVM enthalten war.

Die Verrechnungen gemäß Anlage 3 im Vergleichsgruppenbudget umfassen den Abzug für die Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen gemäß § 120 Abs. 3a SGB V, sofern kein Termin für einen Versicherten im entsprechenden Fristrahmen des § 75 Abs. 1a SGB V gefunden und die Behandlung und Folgebehandlung auf Vermittlung der Terminvermittlungsstelle ersatzweise im Krankenhaus vorgenommen wurde. Auch diese Regelung ist nicht neu.

#### Regelungen zur Anpassung der Vergleichsgruppenbudgets

Neu aufgenommen in den HVM wurde § 9 (Anpassung der Vergleichsgruppenbudgets). Dieser definiert Regelungen, in welchen Fällen der Verfall der Vergleichsgruppenquote verhindert werden soll.

Dies gilt insbesondere dann, wenn die mit dem HVM verbundenen Versorgungsziele erfüllt werden bzw. anderweitige Kriterien vorliegen, welche von der Vergleichsgruppe nicht unmittelbar beeinflusst werden können. Diese sind:

- Leistungssteigerungen in den unquotiert vergüteten Leistungen innerhalb des Vergleichsgruppenbudgets, sofern diese zu einem Rückgang der Quote für die übrigen Leistungen um mindestens 3 % führt
- Eine mittlere Quote über alle Leistungen im Vergleichsgruppenbudget, welche mindestens 3 % unter dem Durchschnitt dieser Quote über alle Vergleichsgruppen liegt.
- Eine Zunahme der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte in einer Vergleichsgruppe, sofern dies durch gesetzliche Regelungen möglich ist und dies zu einem Rückgang der Quote für die übrigen Leistungen um mindestens 5 % führt

Die Finanzierung dieser Anpassungen erfolgt aus dem Vorwegabzug gemäß § 8 II Punkt 7 HVM.

## ***Weitere Änderungen im Honorarverteilungsmaßstab***

### Neuaufnahme einer Regelung zur Verhinderung der übermäßigen Ausdehnung der vertragsärztlichen Tätigkeit gemäß § 87b Abs. 2 Satz 1 SGB V im fachärztlichen Versorgungsbereich

Eine solche Regelung wurde durch den flächendeckenden Wegfall der RLV/QZV im fachärztlichen Versorgungsbereich erforderlich.

Danach besteht eine Überprüfungspflicht für den Vorstand, wenn ein Aufgreifkriterium von 250 % der durchschnittlichen Behandlungsfallzahl der Vergleichsgruppe im Vorjahresquartal durch die Ärzte derselben Vergleichsgruppe (unter Berücksichtigung des Tätigkeitsumfanges) innerhalb einer Praxis überschritten wird. Ausgenommen sind die Vergleichsgruppen 009 und 014 sowie Ärzte in drohend unterversorgten bzw. unterversorgten Gebieten sowie Regionen mit zusätzlich lokalen Versorgungsbedarf.

Im Falle einer übermäßigen Ausdehnung, welche nicht erklärbar ist, erfolgt eine anlassbezogene Plausibilitätsprüfung.

### Änderungen im Rahmen des kassenärztlichen Bereitschaftsdiensts bzw. der Notfallbehandlung

- Änderung der Vergütungsregelungen für telefonische Beraterärzte in Abhängigkeit vom Zeitpunkt der Konsultation

Danach werden Konsultationen im Zeitraum von 0.00 bis 7.00 Uhr anstelle von 17 € nunmehr mit 25 € vergütet. Dazu sind die Konsultationen in diesem Zeitraum durch die Abrechnungsziffer 99994N abzurechnen.

Diese Regelung tritt bereits rückwirkend zum 1. November 2025 in Kraft.

- Neuaufnahme § 3 Punkt 8

Aufnahme einer Begründungspflicht für ausgewählte Leistungen im Rahmen des organisierten kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes und bei ambulanter Notfallbehandlung. Durch diese Vorgabe soll die Prüfung der Vorgaben von Punkt 1 der Präambel zu Abschnitt 1.2 EBM ermöglicht werden, wonach neben den Notfallpauschalen nur Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig sind, die in unmittelbaren diagnostischen oder therapeutischen Zusammenhang mit der Notfallversorgung stehen.