

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg  
Geschäftsbereich Abrechnung

**Antwort ausschließlich per E-Mail:**

[hvm\\_antraege@kvbawue.de](mailto:hvm_antraege@kvbawue.de)

**Bitte maschinell ausfüllen, unterschreiben und  
als Scan per E-Mail einsenden!**

Absender/Stempel

## Finanzieller Ausgleich COVID-19-Pandemie

### Antrag auf Ausgleichzahlung nach § 16 Absatz 4 Honorarverteilungsmaßstab

**Für das Quartal 2021/      beantrage/n ich/wir eine Ausgleichszahlung für einen COVID-19-  
bedingten Honorarverlust von mehr als 10% gegenüber dem entsprechenden Quartal im  
Jahr 2019.**

Bitte Zutreffendes unbedingt ankreuzen – unvollständig ausgefüllte Anträge können aufgrund der maschinellen Bearbeitung nicht berücksichtigt werden:

- Der Fallzahlrückgang und Honorarverlust hat ausschließlich COVID-19-bedingte Gründe. Diese sind bei mir/uns:

**Begründung**

---

Ohne eine Ausgleichszahlung ist die Fortführung der Praxis gefährdet.

- Es gab im betreffenden Quartal in meiner Praxis nicht mehr Urlaubs-/Schließ-/Fortbildungstage gegenüber dem entsprechenden Quartal im Jahr 2019.
- Die gesetzlich vorgegebene Anzahl an Mindestsprechstunden gemäß § 19a Ärzte-ZV wurde erfüllt (mindestens 25 Stunden wöchentlich in Form von Sprechstunden für gesetzlich Versicherte bei einem vollen Versorgungsauftrag; bei einem reduzierten Versorgungsauftrag entsprechend anteilig).

Ich/Wir habe(n) staatliche Finanzhilfen (z. B. Entschädigungen nach dem Infektionsschutzgesetz, Kurzarbeitergeld, Soforthilfen Bund/Land) oder Leistungen aus einer privaten Ausfallversicherung erhalten:

- Ja     Nein

Zeitraum von ... bis	Art des finanziellen Ausgleichs	Betrag

Ich/wir haben innerhalb der letzten vier Quartale einen Versorgungsauftrag übernommen und beantragen die Heranziehung des Honorars dieser Praxis zur Ermittlung einer Ausgleichszahlung.

- Ja     Nein

Ehemalige BSNR

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ehemalige LANR

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben und erkenne diese als für mich rechtsverbindlich an.**

**Angaben zum Antragsteller:**

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Vorname

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BSNR (Betriebsstättennummer)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Praxisinhaber/Geschäftsführer MVZ