

Honorarverteilungsmaßstab

LESEFASSUNG Stand 1. Januar 2019

der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin

- nachfolgend KV Berlin genannt -

im Benehmen mit

**der AOK Nordost - Die Gesundheitskasse,
handelnd als Landesverband Berlin gemäß § 207 Abs. 4 SGB V,**

den Ersatzkassen,

- BARMER**
- Techniker Krankenkasse (TK)**
- DAK - Gesundheit**
- Kaufmännische Krankenkasse – KKH**
- HEK - Hanseatische Krankenkasse**
- hkk**

**gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis
gemäß § 212 Abs. 5 Satz 7 SGB V
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek),
vertreten durch den Leiter der vdek-Landesvertretung Berlin/Brandenburg**

**dem BKK Landesverband Mitte
Eintrachtweg 19
30173 Hannover,**

**der BIG direkt gesund
handelnd als IKK-Landesverband Berlin,**

der Knappschaft - Regionaldirektion Berlin

sowie

**der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)
als landwirtschaftliche Krankenkasse**

- nachfolgend Verbände der Krankenkassen genannt -

für die Verteilung der an die KV Berlin gezahlten Gesamtvergütungen gemäß §87b SGB V

LESEFASSUNG Stand 1. Januar 2019

zuletzt geändert durch Beschluss der Vertreterversammlung am 11. April 2019

PRÄAMBEL	3
§ 1 Geltungsbereich	3
§ 2 Grundsätze der Honorarverteilung.....	3
TEIL I: Aufteilung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) und Verwendung des FKZ-Saldos	4
§ 3 Festlegung der Vergütungsvolumen	4
§ 4 Bildung der Honorarvolumen	4
§ 5 Hausärztliches RLV-Verteilungsvolumen	5
§ 6 Fachärztliches RLV-Verteilungsvolumen	6
§ 7 Arztgruppenspezifische RLV und QZV sowie besondere Verteilungsvolumen (BVV)	7
TEIL II: Arztindividuelle Mengensteuerung (RLV, QZV)	8
§ 8 Grundsätze zum RLV und QZV	8
§ 9 Ermittlung der RLV	9
§ 10 Ermittlung der QZV	11
§ 11 Antrag auf Erhöhung der RLV/QZV-Fallzahl	12
§ 12 Ermittlung des RLV/QZV bei Neuzulassung.....	12
§ 12a Neuzulassung MVZ und Berufsausübungsgemeinschaft	13
§ 13 Wechsel der Arztgruppe	13
§ 14 Ausscheiden aus einer BAG/MVZ.....	13
§ 15 Praxisbesonderheiten	13
§ 15a Antrag auf RLV-Fallzahl-Übertragung	14
§ 16 gestrichen.....	14
§ 17 gestrichen.....	14
TEIL III: Leistungsvergütung	14
§ 18 Honorierung von Leistungen der Honorarvolumen „Labor“ und „ärztlicher Bereitschaftsdienst und Notfall“	14
§ 19 Vergütung von Leistungen der versorgungsbereichsspezifischen Vorwegabzüge gemäß §§ 5 und 6 HVM.....	15
§ 19a Vergütung der Leistungen der Humangenetik „genetisches Labor“.....	16
§ 19b Vergütung der Leistungen der PFG	16
§ 20 Vergütung der Leistungen der BVV	17
§ 21 Vergütung von Leistungen des RLV und der QZV	17
§ 22 Vergütung von Leistungen im Krankenhaus nach § 75 Abs. 1a SGB V	17
§ 22a Beschäftigung eines Weiterbildungsassistenten (WBA).....	17
§ 22b Härtefallregelung	17
§ 23 Ausgleich der Vorwegabzüge, Ermittlung der versorgungsbereichsspezifischen Quartalssalden und Bildung von Rückstellungen	17
§ 24 Geltungszeitraum.....	18

PRÄAMBEL

In Umsetzung des § 87b SGB V wendet die KV Berlin bei der Verteilung der vereinbarten Gesamtvergütung den unter Beachtung der Beschlüsse des Bewertungsausschusses und der Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) gemäß § 87b Abs. 4 SGB V im Benehmen mit den Verbänden der Krankenkassen festgesetzten nachfolgenden Honorarverteilungsmaßstab (HVM) an.

§ 1 Geltungsbereich

- (1) Dieser HVM gilt für die Verteilung der von allen gesetzlichen Krankenkassen (Orts-, Innungs- und Betriebskrankenkassen, Landwirtschaftliche Krankenkasse und der Knappschaft – nachfolgend Primärkassen genannt – und Ersatzkassen) für die Versorgung ihrer Versicherten mit Wohnort im Land Berlin entrichtete Gesamtvergütung. Der Honorarverteilung unterliegen die morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen (MGV) und die sonstigen Zahlungen nach § 3 Abs. 4 des Honorarvertrages, unter Beachtung der aus dem Fremdkassenzahlungsausgleich (FKZ) gemäß den Richtlinien der KBV zur Durchführung des bundeseinheitlichen Zahlungsausgleichsverfahrens zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen resultierenden Forderungen bzw. Verbindlichkeiten; die Beschlüsse des Bewertungsausschusses sowie vertragliche Bestimmungen mit den Krankenkassen sind zu beachten.
- (2) Dieser HVM gilt für alle im Bereich der KV Berlin an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden, zugelassenen Vertragsärztinnen/Vertragsärzte, Psychologischen Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen/-psychotherapeuten und Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) und Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V, auch soweit sie an einer KV-bereichsübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaft teilnehmen. Er gilt auch für die bei den zuvor genannten Leistungserbringern angestellten Vertragsärztinnen/Vertragsärzte, Psychologischen Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen/-psychotherapeuten. Er gilt ferner für Einrichtungen gem. § 105 Abs. 1 und Abs. 5 SGB V, für Fachwissenschaftlerinnen/Fachwissenschaftler der Medizin, für ermächtigte Ärztinnen/Ärzte und ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen sowie für Krankenhäuser nach § 108 SGB V im Rahmen eines vermittelten Termins der Terminservicestelle nach § 75 Abs. 1a SGB V und für nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztinnen/Ärzte und Krankenhäuser, soweit sie ambulante Notfallleistungen gegenüber Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung oder Leistungen nach § 76 Abs. 1a SGB V erbringen. Die vorstehend Genannten, die den Regelungen des HVM unterliegen, werden aus Vereinfachungsgründen im Folgenden als „Ärzte“ bezeichnet.

§ 2 Grundsätze der Honorarverteilung

- (1) Grundlage für die Honorarverteilung ist die krankenkassenübergreifende vorläufige MGV für das Abrechnungsquartal nach den Vorgaben des Honorarvertrages unter Berücksichtigung des zu erwartenden FKZ-Saldos (Forderungen/Verbindlichkeiten). Die vorläufige MGV wird ermittelt auf der Basis der letztverfügbaren Versichertenzahlen nach der Satzart ANZVER87a nach den Vorgaben des Bewertungsausschusses. Der für das Abrechnungsquartal zu erwartende FKZ-Saldo ergibt sich aus den Zahlungen im Rahmen des FKZ des Vorjahresquartals.
- (2) Die Leistungen, die Bestandteil der MGV und der in § 1 Abs. 1 HVM genannten sonstigen Zahlungen sind, werden den Ärzten – vorbehaltlich der nachfolgenden Regelungen – auf der Basis der regionalen Euro-Gebührenordnung (§ 87a Abs. 2 Satz 5 SGB V) und nach den Vorgaben der Abrechnungsordnung der KV Berlin vergütet.
- (3) Zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Praxistätigkeit gemäß § 87b Abs. 2 Satz 1 SGB V erfolgt grundsätzlich eine arztindividuelle Steuerung der Honorarverteilung über Regelleistungsvolumen (RLV) und qualifikationsgebundene Zusatzvolumen (QZV).

- (4) Zur Vermeidung überproportionaler Honorarverluste, zur Sicherung der flächendeckenden Versorgung mit vertragsärztlichen Leistungen und um einem übermäßigen Absinken der arztgruppenspezifischen RLV-Fallwerte im Sinne des § 9 Abs. 1 HVM i.V.m. ANLAGE 5 Nr. 1 HVM und QZV-Fallwerte im Sinne des § 10 Abs. 2 i.V.m. ANLAGE 5 Nr. 5, ANLAGE 6 HVM entgegenzuwirken, werden mengenbegrenzende Maßnahmen auch zur Steuerung von Leistungsbereichen eingesetzt, die außerhalb der in Abs. 3 genannten Steuerungsinstrumente vergütet werden.
- (5) Die Leistungen werden auf der Grundlage der Bestimmungen des Quartals vergütet, für das sie eingereicht wurden.
- (6) Die Bereinigungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung durch die Krankenkassen hat Auswirkung auf die Honorarverteilung der KV Berlin. Die Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung der KV Berlin wird nach Maßgabe der ANLAGE 7 HVM durchgeführt.
- (7) Die Vertreterversammlung beschließt gesonderte Vergütungsregelungen gem. § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V auf Antrag von durch die Kassenärztlichen Vereinigung Berlin anerkannten Praxisnetzen. Hierbei berücksichtigt sie den vom Praxisnetz wahrzunehmenden Versorgungsauftrag und dessen Gewichtung in Bezug auf die hausärztliche und fachärztliche ambulante vertragsärztliche Versorgung.

TEIL I: Aufteilung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) und Verwendung des FKZ-Saldos

§ 3 Festlegung der Vergütungsvolumen

- (1) Für die Vergütung der Ärzte gemäß § 87b SGB V (Honorarverteilung) aus der MGV werden folgende Vergütungsvolumen der Grundbeträge gemäß den Vorgaben der KBV zur Honorarverteilung gemäß § 87b Abs. 4 SGB V (nachfolgend KBV-Vorgaben zur Honorarverteilung) Teil B (ANLAGE 1 zum HVM) gebildet:
 1. Vergütungsvolumen des Grundbetrages „Labor“,
 2. Vergütungsvolumen des Grundbetrages „Bereitschaftsdienst und Notfall“,
 3. Vergütungsvolumen des hausärztlichen Grundbetrages,
 4. Vergütungsvolumen des fachärztlichen Grundbetrages,
 5. Vergütungsvolumen des versorgungsbereichsspezifischen Grundbetrages zur Vergütung der Leistungen der Humangenetik „genetisches Labor“,
 6. Vergütungsvolumen des versorgungsbereichsspezifischen Grundbetrages für die Pauschalen für die fachärztliche Grundvergütung „PFG“.
- (2) Zur Förderung der hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung werden zusätzlich Vergütungsvolumen gemäß § 3 Abs. 5 des Honorarvertrages verwendet.

§ 4 Bildung der Honorarvolumen

Aus den Vergütungsvolumen der Grundbeträge gemäß § 3 Abs. 1 HVM werden unter Berücksichtigung des zu erwartenden FKZ-Saldos folgende Honorarvolumen gebildet:

1. Honorarvolumen des Grundbetrages „Labor“,
2. Honorarvolumen des Grundbetrages „Bereitschaftsdienst und Notfall“,
3. Honorarvolumen des hausärztlichen Grundbetrages,
4. Honorarvolumen des fachärztlichen Grundbetrages,
5. Honorarvolumen des versorgungsbereichsspezifischen Grundbetrages zur Vergütung der Leistungen der Humangenetik „genetisches Labor“,

6. Honorarvolumen des versorgungsbereichsspezifischen Grundbetrages für die Pauschalen für die fachärztliche Grundvergütung „PFG“.

§ 5 Hausärztliches RLV-Verteilungsvolumen

Das hausärztliche RLV-Verteilungsvolumen wird aus dem hausärztlichen Honorarvolumen nach § 4 Nr. 3 HVM unter Berücksichtigung der Regelungen in § 23 sowie der nachfolgenden Vorwegabzüge gebildet:

1. für
 - Sicherstellungsaufgaben,
 - Praxisbesonderheiten,
 - erwartete Zahlungen infolge einer Zunahme von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte sowie
 - Fehlschätzungen,
2. für die erwartete Vergütung für innerhalb der MGV finanzierten Kostenpauschalen des EBM-Kapitels 40 basierend auf dem Vergütungsvolumen des Vorjahresquartals,
3. für die erwarteten Zahlungen für den Aufschlag bei Berufsausübungsgemeinschaften, MVZ und Arztpraxen mit angestellten Ärzten nach den Grundregeln des § 9 Abs. 7 HVM basierend auf dem Vergütungsvolumen des Vorjahresquartals,
4. für abgestaffelt zu vergütende Leistungen nach § 21 Abs. 2 HVM ein Abzug in Höhe von 2 % des hausärztlichen Honorarvolumens,
5. ein versorgungsbereichsspezifisches Vergütungsvolumen zur Vergütung der hausärztlichen geriatrischen Versorgung des Abschnitts 3.2.4 EBM sowie der sozialpädiatrischen Versorgung des Abschnitts 4.2.4 EBM,
6. für die erwartete Vergütung der nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen für Ärzte, die gemäß Beschluss des Zulassungsausschusses an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen, aber gemäß § 18 Abs. 2 Bedarfsplanungsrichtlinie zu über 90% Psychotherapie erbringen (AG 65),
7. für die erwartete Vergütung inkl. anteiligen FKZ-Saldo der von Hausärzten eigenerbrachten laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 (ohne GOPn 32860 bis 32865, 32902, 32904, 32906, 32908, 32931, 32932, 32937, 32945 und 32946) EBM sowie von Hausärzten veranlassten und von Laborgemeinschaften abgerechneten laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen (Anforderung über Muster 10A) des Kapitels 32 (ohne GOPn 32860 bis 32865, 32902, 32904, 32906, 32908, 32931, 32932, 32937, 32945 und 32946) EBM,
8. für die erwartete Vergütung der Leistungen der ärztlich angeordneten Hilfeleistungen nach den Gebührenordnungspositionen 03060 bis 03065 basierend auf dem Vergütungsvolumen des Vorjahresquartals maximal bis zur Höhe eines ab dem Quartal 2019-1 entsprechend dem Vergütungsvolumen des hausärztlichen Grundbetrages fortentwickelten Honorarvolumens in Höhe von 1.280.947 €,
9. ein ab dem Quartal 2019-1 entsprechend dem Vergütungsvolumen des hausärztlichen Grundbetrages fortentwickeltes Honorarvolumen in Höhe von 637.800 Euro je Quartal für die Finanzierung besonders förderungswürdiger Leistungen des hausärztlichen Versorgungsbereichs, davon
 - pro Quartal 79.725 € für Besuche,
 - pro Quartal maximal 114.375 € für den Kindernotdienst,
 - pro Quartal 150.000 € für Leistungen der Kinderärzte in der pädiatrischen Versorgung nach dem EBM-Abschnitt 4.5 und in der schwerpunktorientierten Kinder- und Jugendmedizin nach dem EBM-Abschnitt 4.4 und

- der verbleibende Restbetrag zur Finanzierung der geriatrischen Versorgung und der Sozialpädiatrie für Kinder- und Jugendärzte,
10. ein entsprechend dem Vergütungsvolumen des hausärztlichen Grundbetrages fortentwickeltes Honorarvolumen zur weiteren Förderung besonderer Leistungen des hausärztlichen Versorgungsbereichs gemäß § 3 Abs. 4 Honorarvertrag.

§ 6 Fachärztliches RLV-Verteilungsvolumen

- (1) Das fachärztliche RLV-Verteilungsvolumen wird aus dem fachärztlichen Honorarvolumen nach § 4 Nr. 4 HVM unter Berücksichtigung der Regelungen in § 23 sowie der nachfolgenden Vorwegabzüge gebildet:
1. für
 - Sicherstellungsaufgaben,
 - Praxisbesonderheiten,
 - erwartete Zahlungen infolge einer Zunahme von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte sowie
 - Fehlschätzungen,
 2. für die erwartete Vergütung für innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanzierten Kostenpauschalen des EBM-Kapitels 40 basierend auf dem Vergütungsvolumen des Vorjahresquartals,
 3. für die erwartete Vergütung für pathologische Leistungen des EBM-Kapitels 19 als Überweisungsfälle zur Durchführung von Probenuntersuchungen, basierend auf dem Punktzahlvolumen des Vorjahresquartals,
 4. für die erwartete Vergütung für diejenigen belegärztliche Leistungen, die innerhalb der MGV zu vergüten sind, basierend auf dem Punktzahlvolumen des Vorjahresquartals,
 5. für die erwartete Vergütung für Leistungen von Einrichtungen nach § 75 Abs. 9 SGB V auf Basis des Vergütungsvolumens im Vorjahresquartal,
 6. für die erwarteten Zahlungen für den Aufschlag bei Berufsausübungsgemeinschaften, MVZ und Arztpraxen mit angestellten Ärzten nach den Grundregeln des § 9 Abs. 7 HVM basierend auf dem Vergütungsvolumen des Vorjahresquartals,
 7. für abgestaffelt zu vergütende Leistungen nach § 21 Abs. 2 HVM ein Abzug in Höhe von 2 % des fachärztlichen Honorarvolumens,
 8. für die erwartete Vergütung für anästhesiologische Leistungen im Zusammenhang mit der zahnärztlichen Behandlung von Patienten mit mangelnder Kooperationsfähigkeit bei geistiger Behinderung oder schwerer Dyskinesie,
 9. für die erwartete Vergütung inkl. anteiligen FKZ-Saldo der von Fachärzten eingebrachten laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 (ohne GOPn 32860 bis 32865, 32902, 32904, 32906, 32908, 32931, 32932, 32937, 32945 und 32946) EBM, von Fachärzten veranlassten und von Laborgemeinschaften abgerechneten laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen (Anforderung über Muster 10A) des Kapitels 32 (ohne GOPn 32860 bis 32865, 32902, 32904, 32906, 32908, 32931, 32932, 32937, 32945 und 32946) EBM sowie der Laborgrundpauschalen GOP 12220 und 12221 EBM,
 10. für die erwartete Vergütung von ggf. neu ermächtigten fachärztlichen Instituten in den ersten vier Quartalen der Leistungserbringung,
 11. für die erwartete Vergütung von ermächtigten fachärztlichen Instituten nach den ersten vier Quartalen der Leistungserbringung, basierend auf dem durchschnittlichen Honorar der ersten vier Quartale der Leistungserbringung,

12. ein ab dem Quartal 2019-1 entsprechend dem Vergütungsvolumen des hausärztlichen Grundbetrages fortentwickeltes Honorarvolumen in Höhe von 862.200 Euro je Quartal für die Finanzierung besonders förderungswürdiger Leistungen des fachärztlichen Versorgungsbereichs, davon
 - pro Quartal 107.775 € für Besuche,
 - pro Quartal 10.000 € für Anästhesien im Zusammenhang mit zahnärztlichen und/oder mund-, kiefer-, gesichtschirurgischen Eingriffen bei Patienten mit Behinderung (GOP 05330 und 05331 i. V. m. EBM-Abschnitt 5.1 Nr. 8, 2. Spiegelstrich) sowie für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr (GOP 05330 und 05331 i. V. m. EBM-Abschnitt 5.1 Nr. 8, 1. Spiegelstrich) und
 - der verbleibende Restbetrag zur Förderung der fachärztlichen Grundvergütung „PFG“,
 13. ein entsprechend dem Vergütungsvolumen des fachärztlichen Grundbetrages fortentwickeltes Honorarvolumen zur weiteren Förderung besonderer Leistungen des fachärztlichen Versorgungsbereichs gemäß § 3 Abs. 4 Honorarvertrag.
- (2) Für die Bildung der in Absatz 1 Nr. 3 und Nr. 4 genannten Vorwegabzüge gilt die Regelung in § 7 Absatz 4 entsprechend.

§ 7 Arztgruppenspezifische RLV und QZV sowie besondere Verteilungsvolumen (BVV)

- (1) Die entsprechend der §§ 5 und 6 HVM ermittelten versorgungsbereichsspezifischen RLV-Verteilungsvolumen werden gemäß ANLAGE 3 HVM aufgeteilt in
 1. arztgruppenspezifische RLV (RLV_{AG}), für die in ANLAGE 2 Nr. 1 HVM benannten Arztgruppen,
 2. die in der ANLAGE 6 HVM ausgewiesenen arztgruppenspezifischen QZV (QZVⁱ_{AG}) und
 3. BVV.
- (2) Von den QZV-Vergütungsanteilen (ANLAGE 3 Nr. 2 HVM), deren Zuweisung nach Leistungsfällen erfolgt (§ 10 Abs. 2 HVM), wird jeweils ein Vorwegabzug in Höhe von 5 von Hundert gebildet. Aus diesem Volumen erfolgt die Finanzierung der Leistungsfälle aufgrund neuer Anträge auf QZV-Zuweisung. Dabei entstehende Unter-/Überschüsse werden im Folgejahr als Übertrag im jeweiligen QZV-Vergütungsanteil berücksichtigt; bei der AG 33 erfolgt die Berücksichtigung aller QZV-Überträge ausschließlich im Vergütungsanteil des QZV 33.
- (3) Die in Absatz 1 Nr. 3 genannten BVV werden für folgende Arztgruppen und Leistungsbereiche der MGV gebildet:
 1. je versorgungsbereichsspezifischen RLV-Verteilungsvolumen zur Vergütung von Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 01410, 01413 und 01415,
 2. aus dem hausärztlichen RLV-Verteilungsvolumen für die Hausärzte der AG 01 zur Vergütung der dringenden Besuche nach den GOP 01411 und 01412,
 3. aus dem hausärztlichen RLV-Verteilungsvolumen zur Vergütung der Leistungen der Pflegeheime (AG 73),
 4. aus dem fachärztlichen RLV-Verteilungsvolumen zur Vergütung der sonstigen Leistungen
 - der Laborärzte (AG 51),
 - der Pathologen (AG 52) und
 - der Strahlentherapeuten (AG 53),
 5. aus dem fachärztlichen RLV-Verteilungsvolumen zur Vergütung der Leistungen der Einrichtungen des KfH (AG 70),

6. aus dem fachärztlichen RLV-Verteilungsvolumen für die Vergütung der nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der Psychologischen Psychotherapeuten (AG 61), der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (AG 62) sowie der ausschließlich psychotherapeutischen Ärzte (AG 64),
 7. aus dem fachärztlichen RLV-Verteilungsvolumen für die Vergütung der nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der Fachärzte für psychosomatische Medizin und Psychotherapie (AG 63) und
 8. aus dem fachärztlichen RLV-Verteilungsvolumen zur Vergütung der GOP 06225 für diejenigen Augenärzte der AG 09, die berechtigt sind, diese Leistung abzurechnen.
- (4) Für die Bildung der in Absatz 1 genannten RLV_{AG} , QZV_{AG}^i und BVV wird ab dem Quartal 2018-4 als Aufsatzzeitraum gemäß ANLAGE 3 HVM nicht mehr der jeweils anerkannte Leistungsbedarf der MGV in Punkten in dem entsprechenden Quartal des Jahres 2008 herangezogen, sondern der jeweils anerkannte Leistungsbedarf der MGV in Punkten des entsprechenden Vorjahresquartals. Für diese Umstellung erfolgt für den Zeitraum von drei Jahren eine Konvergenz. Danach werden bei der Bildung der in Absatz 1 genannten RLV_{AG} , QZV_{AG}^i und BVV für die Quartale 2018-4 bis 2019-3 die Veränderungen des jeweiligen Vorjahresquartals gegenüber dem entsprechenden Parallelquartal des Jahres 2008 jeweils zu einem Drittel berücksichtigt. Bei der Bildung der in Absatz 1 genannten RLV_{AG} , QZV_{AG}^i und BVV für die Quartale 2019-4 bis 2020-3 werden die Veränderungen des jeweiligen Vorjahresquartals (2018-4 bis 2019-3) gegenüber dem entsprechenden Parallelquartal des Jahres 2008 jeweils zu zwei Dritteln berücksichtigt. Ab dem Quartal 2020-4 erfolgt die Bildung der in Absatz 1 genannten RLV_{AG} , QZV_{AG}^i und BVV vollständig unter Heranziehung des jeweils anerkannten Leistungsbedarfs der MGV in Punkten des entsprechenden Vorjahresquartals.

TEIL II: Arztindividuelle Mengensteuerung (RLV, QZV)

§ 8 Grundsätze zum RLV und QZV

- (1) Das Regelleistungsvolumen bzw. das ggf. gewährte qualifikationsgebundene Zusatzvolumen ist die von einem Arzt oder der Arztpraxis je Versorgungsbereich in einem bestimmten Zeitraum abrechenbare Menge der vertragsärztlichen Leistungen, die mit den in der regionalen Euro-Gebührenordnung gemäß § 2 Abs. 1 HVM enthaltenen und für den Arzt oder die Arztpraxis je Versorgungsbereich geltenden Preisen zu vergüten ist.
- (2) Die in ANLAGE 2 Nr. 1 HVM genannten Arztgruppen unterliegen der Mengensteuerung durch RLV/QZV. Ermächtigte Krankenhausärzte erhalten grundsätzlich das RLV/QZV nach dem mit der Ermächtigung begründeten Versorgungsauftrag.
- (3) Die Zuweisung der RLV erfolgt praxisbezogen und bei versorgungsübergreifenden Arztpraxen/MVZ getrennt nach hausärztlichem und fachärztlichem Versorgungsbereich. Dabei ergibt sich die Höhe des RLV einer Arztpraxis/MVZ je Versorgungsbereich aus der Addition der RLV aller Ärzte des jeweiligen Versorgungsbereichs dieser Praxis/MVZ. Weiterbildungs- und Entlastungsassistenten werden dabei nicht berücksichtigt. Ärzte, die zusätzlich in Teilberufsausübungsgemeinschaften tätig sind, erhalten für diese Tätigkeit kein zusätzliches RLV.
- (4) Die Zuweisung der QZV erfolgt praxisbezogen je Versorgungsbereich nach den Vorgaben des § 10 i.V.m. ANLAGE 6 HVM. Dabei ergibt sich die Höhe des praxisbezogenen QZV einer Arztpraxis/MVZ je Versorgungsbereich aus der Addition der QZV aller Ärzte des jeweiligen Versorgungsbereichs dieser Praxis/MVZ, die zur Abrechnung der entsprechenden Leistungen berechtigt sind (unabhängig vom Zulassungsstatus).
- (5) Die Zuweisung des RLV/QZV erfolgt zur Gewährleistung einer Kalkulationssicherheit hinsichtlich der Höhe des zu erwartenden Honorars in Umsetzung von § 87b Abs. 2 SGB V grundsätzlich vor Beginn des jeweiligen Abrechnungsquartals.

§ 9 Ermittlung der RLV

- (1) Die Höhe des RLV eines Arztes ergibt sich für die in der ANLAGE 2 Nr. 1 HVM benannten Arztgruppen aus der Multiplikation des zum jeweiligen Zeitpunkt gültigen arztgruppenspezifischen Fallwertes gemäß ANLAGE 5 Nr. 1 HVM und der gemäß Absatz 2 definierten Fallzahl unter Berücksichtigung der Fallzahlzuwachsbeschränkung gemäß Absatz 3 und der Fallzahlunterschreitung gemäß Absatz 4. Bei der Ermittlung des RLV eines Arztes ist der Umfang seiner Tätigkeit lt. Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid zu berücksichtigen.
- (2) Für ein RLV relevante Fälle (RLV-Fälle) sind kurativ-ambulante Behandlungsfälle des Arztes gemäß § 21 Abs. 1 und Abs. 2 BMV-Ä, bei denen für das Vorjahresquartal mindestens eine RLV-relevante Leistung zur Abrechnung eingereicht wurde (nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung i.S.d. Honorarfestsetzungsbescheides (HFB)); ausgenommen sind Notfälle im organisierten Notfalldienst und Fälle, in denen ausschließlich nicht-RLV-relevante Leistungen und Kostenerstattungen abgerechnet wurden sowie Überweisungsfälle zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen oder zur Befundung von dokumentierten Untersuchungsergebnissen.

Zur Umsetzung des Arztbezuges gemäß Absatz 1 ist die Bemessung des RLV mit den RLV-Fällen wie folgt vorgegeben:

1. In Einzelpraxen entspricht die Zahl der RLV-Fälle der Zahl der Behandlungsfälle gemäß Satz 1.
2. In Berufsausübungsgemeinschaften, MVZ und Praxen mit angestellten Ärzten entspricht die Zahl der RLV-Fälle eines Arztes der Zahl der Behandlungsfälle gemäß Satz 1 der Arztpraxis multipliziert mit seinem Anteil an der RLV-relevanten Arztfallzahl der Praxis. Sofern möglich, kann die RLV-Fallzahl je Arztgruppe in einer Arztpraxis ermittelt werden.

Die Summe der RLV-Fälle einer Arztpraxis entspricht damit immer der Anzahl der RLV-relevanten Behandlungsfälle gemäß Satz 1 der Arztpraxis.

- (3) Zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Praxistätigkeit wird eine Fallzahlzuwachsbeschränkung je Praxis von 2% gegenüber der für das jeweilige Vorjahresquartal zugewiesenen RLV-Fallzahl der Praxis festgelegt. Überschreitet die nach Absatz 2 für das RLV im Abrechnungsquartal ermittelte RLV-Fallzahl der Praxis die für das jeweilige Vorjahresquartal zugewiesene RLV-Fallzahl der Praxis um mehr als 2%, wird für die Ermittlung des RLV maximal die Fallzahlzuwachsbeschränkung verwendet. Ein Fallzahlzuwachs bis zur durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe bleibt davon unberührt. Auf Antrag kann der Vorstand aus Sicherstellungsgründen Ausnahmen von der Fallzahlzuwachsbeschränkungsregelung festlegen. Darüber hinaus kann der Vorstand für die in der ANLAGE 2 Nr. 1 HVM benannten Arztgruppen Ausnahmen von der Fallzahlzuwachsbeschränkungsregelung festlegen, wenn für die bedarfsplanungsrelevante Arztgruppe im Zulassungsbezirk Berlin ein Versorgungsgrad von weniger als 110% festgestellt wird; der Vorstand überprüft in diesem Fall quartalsweise die Auswirkungen der Ausnahmeentscheidung und entscheidet nach pflichtgemäßem Ermessen über eine etwaige Verlängerung der Maßnahme.
- (4) Unterschreitet die nach Absatz 2 für das RLV im Abrechnungsquartal ermittelte RLV-Fallzahl der Praxis die für das jeweilige Vorjahresquartal zugewiesene RLV-Fallzahl der Praxis um bis zu 10%, wird für die Ermittlung des RLV im Abrechnungsquartal weiterhin die zugewiesene Fallzahl des Vorjahresquartals verwendet. Bei Unterschreitungen um mehr als 10% wird für die Ermittlung des RLV im Abrechnungsquartal die nach Absatz 2 für das RLV im Abrechnungsquartal ermittelte RLV-Fallzahl der Praxis um 10% der zugewiesenen Fallzahl des Vorjahresquartals erhöht. Satz 1 und 2 findet keine Anwendung
 - für Praxen, deren RLV-Fallzahl im Vorjahresquartal bereits nach Satz 1 oder Satz 2 angehoben wurde,
 - für Praxen, die an Selektivverträgen nach § 73b oder § 140a SGB V mit Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung teilnehmen oder

- soweit die Unterschreitung der ermittelten RLV-Fallzahl auf der Veränderung der Gebührenordnung bzw. der Ausgliederung von bisher RLV-relevanten Leistungen beruht.
- (5) Der für einen Arzt zutreffende arztgruppenspezifische Fallwert wird für jeden über 150 % der durchschnittlichen RLV-Fallzahl der Arztgruppe hinausgehenden RLV-Fall wie folgt gemindert:
- um 25 % für RLV-Fälle über 150 % bis 170 % der durchschnittlichen RLV-Fallzahl der Arztgruppe,
 - um 50 % für RLV-Fälle über 170 % bis 200 % der durchschnittlichen RLV-Fallzahl der Arztgruppe,
 - um 75 % für RLV-Fälle über 200 % der durchschnittlichen RLV-Fallzahl der Arztgruppe.

Die Durchschnittsfallzahl wird je Arztgruppe ohne Berücksichtigung der ermächtigten Ärzte ermittelt.

Soweit die Durchschnittsfallzahl der AG 01 unter 900 Fälle liegt, wird die Durchschnittsfallzahl der AG 01 auf 900 Fälle gesetzt.

- (6) Zur Berücksichtigung der Morbidität in der Arztpraxis ist das RLV gemäß Absatz 1 unter der Berücksichtigung der Versicherten nach Altersklassen gemäß ANLAGE 5 Nr. 3 HVM zu ermitteln.
- (7) Zur angemessenen Berücksichtigung der kooperativen Behandlung von Patienten in dafür gebildeten Versorgungsformen wird das zu erwartende praxisbezogene RLV je Versorgungsbereich
1. bei nicht standortübergreifenden fach- und schwerpunktgleichen Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten der gleichen Arztgruppe um 10 Prozent erhöht,
 2. bei standortübergreifenden fach- und schwerpunktgleichen Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten der gleichen Arztgruppe um 10 Prozent erhöht, soweit ein Kooperationsgrad von mindestens 10 % erreicht wird und
 3. in fach- und schwerpunktübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten, in denen mehrere Ärzte unterschiedlicher Arztgruppen tätig sind, unter Berücksichtigung des Kooperationsgrades der Einrichtung oder Praxis um die in nachstehender Tabelle in Prozent ausgewiesenen Anpassungsfaktoren erhöht.

Bis 30.09.2019	
Tabelle: Anpassungsfaktoren in Prozent	
Kooperationsgrad in Prozent	Anpassungsfaktor in Prozent
0 bis unter 10	0
10 bis unter 15	10
15 bis unter 20	15
20 bis unter 25	20
25 bis unter 30	25
30 bis unter 35	30
größer gleich 35	35

Ab 01.10.2019	
Tabelle: Anpassungsfaktoren in Prozent	
Kooperationsgrad in Prozent	Anpassungsfaktor in Prozent
0 bis unter 10	0
10 bis unter 15	10
15 bis unter 20	15
20 bis unter 25	20
25 bis unter 30	25
größer gleich 30	30

Der Kooperationsgrad (KG) im Abrechnungsquartal (in %) wird wie folgt berechnet:

$$KG = \left(\frac{\text{relevante Arztfallzahl der Arztpraxis im VJQ}}{\text{relevante Behandlungsfallzahl der Arztpraxis im VJQ}} - 1 \right) * 100$$

VJQ = Vorjahresquartal

Soweit in Berufsausübungsgemeinschaften, Praxen mit angestellten Ärzten oder MVZ Ärzte der AG 33 tätig sind, erfolgt für diese Ärzte die prozentuale Steigerung über das praxisbezogene RLV je Versorgungsbereich hinaus, auch für die Zuweisungen bzgl. der QZV 10, 33 und 62.

Abweichend von den Regelungen in Satz 1 bis 3 gelten Berufsausübungsgemeinschaften, die ausschließlich aus den Arztgruppen 21 und 22 bestehen, als fachgleiche Berufsausübungsgemeinschaften.

Bei der Ermittlung des Kooperationsgrades werden im Rahmen des Job-Sharing tätige Ärzte nicht berücksichtigt.

§ 10 Ermittlung der QZV

(1) Ein Arzt erhält für die in ANLAGE 6 HVM aufgeführten Leistungsbereiche ein arztgruppenspezifisches QZV, wenn er

- in den für das Vorjahresquartal zur Abrechnung eingereichten Fällen gemäß § 21 Abs. 1 und Abs. 2 BMV-Ä (nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung i.S.d. HFB) mindestens eine Leistung des entsprechenden Leistungsbereichs gemäß ANLAGE 6 HVM erbracht und abgerechnet hat und
- er die zutreffende Gebiets- bzw. Schwerpunktbezeichnung führt.

(2) Die Berechnung der QZV erfolgt

- je RLV-Fall im Sinne des § 9 Abs. 2 HVM unter Berücksichtigung der Fallzahlzuwachsbeschränkung gemäß § 9 Abs. 3 HVM und der Fallzahlunterschreitung gemäß § 9 Abs. 4 HVM oder
- je Leistungsfall.

Ein Leistungsfall definiert sich dadurch, dass der Arzt in dem im jeweiligen Vorjahresquartal abgerechneten Behandlungsfall (nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung i.S.d. HFB) mindestens eine Leistung des entsprechenden Leistungskatalogs gemäß ANLAGE 6 HVM erbracht und abgerechnet hat. Für jeden in ANLAGE 6 HVM aufgeführten Leistungsbereich ist dargestellt, ob sich das QZV je RLV-Fall oder je Leistungsfall berechnet. Aus der Multiplikation des arztgruppenspezifischen Fallwertes für das entsprechende QZV gemäß ANLAGE 5 Nr. 5 HVM und der arztindividuellen Fallzahl gemäß Satz 1 berechnet sich das QZV eines Arztes gemäß ANLAGE 5 Nr. 6 HVM.

§ 11 Antrag auf Erhöhung der RLV/QZV-Fallzahl

Auf Antrag des Arztes kann durch die KV Berlin das arzt-/praxisbezogene RLV/QZV je Versorgungsbereich durch eine Anhebung der RLV/QZV-Fallzahl erhöht werden. Ein Arzt kann einen Antrag stellen, wenn aufgrund

1. Urlaubs- und krankheitsbedingter Vertretung eines Arztes der eigenen Berufsausübungsgemeinschaft,
2. Urlaubs- und krankheitsbedingter Vertretung eines Arztes einer Arztpraxis in der näheren Umgebung der Arztpraxis,
3. Aufgabe einer Zulassung oder genehmigten Tätigkeit eines Arztes der eigenen Berufsausübungsgemeinschaft,
4. Aufgabe einer Zulassung oder genehmigten Tätigkeit eines Arztes einer Arztpraxis in der näheren Umgebung der Arztpraxis,

eine außergewöhnlich starke Erhöhung der Zahl der behandelten Versicherten vorliegt oder wenn durch

5. einen außergewöhnlichen und/oder durch Arzt unverschuldeten Grund eine niedrige arzt-individuelle Fallzahl im Aufsatzquartal abgerechnet wurde (hierzu zählt z.B. Krankheit des Arztes).

Das Kriterium nach Nr. 4 kann ebenfalls angewendet werden, wenn sich die Praxis des Arztes in einem Verwaltungsbezirk befindet, der isoliert betrachtet für die bedarfsplanungsrelevante Arztgruppe einen Versorgungsgrad von weniger als 100 % aufweist. Dies gilt auch, wenn ein Arzt seine Praxis in einen solchen Verwaltungsbezirk verlegt.

§ 12 Ermittlung des RLV/QZV bei Neuzulassung

- (1) Ein neu zugelassener Arzt erhält ein RLV auf Basis der Fallzahl desjenigen Arztes, dessen Zulassung übernommen wurde. Soweit diese Fallzahl aufgrund von sachlich-rechnerischen Richtigstellungen geändert wird, ist diese geänderte Fallzahl ggf. auch rückwirkend für das RLV des neu zugelassenen Arztes maßgeblich. Soweit im Abrechnungsquartal eine höhere Fallzahl – als die in Satz 1 und 2 genannte – abgerechnet und nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung anerkannt wurde, wird die RLV-Fallzahl des Arztes begrenzt bis zur durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe entsprechend angehoben.
- (2) Ein neu zugelassener Arzt, der die Zulassung nicht von einem ehemaligen Zulassungsinhaber übernommen hat, erhält ein RLV auf Basis der Hälfte der durchschnittlichen RLV-Fallzahl der jeweiligen Arztgruppe. Soweit im Abrechnungsquartal eine höhere Fallzahl – als die in Satz 1 genannte – abgerechnet und nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung anerkannt wurde, vergrößert sich das RLV des Arztes je zusätzlichem Fall begrenzt bis zur durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe.
- (3) Ein neu zugelassener Arzt erhält die QZV desjenigen Arztes, dessen Zulassung übernommen wurde, auf Basis von dessen Fallzahl. Für QZV, die als Voraussetzung eine Qualifikation nach § 135 Abs. 2 SGB V, § 137 SGB V oder das Führen einer Zusatzbezeichnung erfordern, müssen diese für den neu zugelassenen Arzt vorliegen. Soweit im Abrechnungsquartal eine höhere Fallzahl – als die in Satz 1 genannte – abgerechnet und nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung anerkannt wurde, wird die QZV-Fallzahl des Arztes begrenzt bis zur durchschnittlichen QZV-Fallzahl der Arztgruppe entsprechend angehoben, wenn im Abrechnungsquartal eine Leistung aus dem Leistungsbe-
reich des zugewiesenen QZV nach ANLAGE 6 HVM abgerechnet und nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung anerkannt wurde. Ein Wachstum entsprechend für leistungsfallbezogene QZV in Höhe der erbrachten Leistungsfälle bis zur durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe kann nur auf Antrag erfolgen.

- (4) Einem neu zugelassenen Arzt, der die Zulassung nicht von einem ehemaligen Zulassungsinhaber übernommen hat, kann auf Antrag ein QZV zugewiesen werden. In diesen Fällen erfolgt die Berechnung der QZV auf der Basis der durchschnittlichen, für das jeweilige QZV relevanten Fallzahl der jeweiligen Arztgruppe. Absatz 3 Satz 2 und Satz 3 gelten entsprechend.
- (5) Überschreitet der Arzt innerhalb der ersten 12 Quartale nach der Neuzulassung in einem Quartal die durchschnittliche Fallzahl der Arztgruppe, gelten die vorgenannten Regelungen der Absätze 1 bis 4 für das jeweils entsprechende Quartal der Folgejahre nicht mehr. Nach dem Ablauf von 12 Quartalen nach der Neuzulassung berechnet sich das RLV/QZV stets auf der Basis der Fallzahl des Vorjahresquartals.

§ 12a Neuzulassung MVZ und Berufsausübungsgemeinschaft

- (1) § 12 HVM gilt entsprechend für MVZ als Wachstumsgrenze im Sinne des § 12 HVM wird auf den gewichteten Mittelwert der durchschnittlichen RLV-Fallzahl der im MVZ jeweils vertretenen Arztgruppen abgestellt; für die Berechnung werden die zugelassenen und angestellten Ärzte innerhalb des MVZ herangezogen.
- (2) Insbesondere die Einbringung einer bereits bestehenden Zulassung in ein MVZ, die Neuanstellung eines Arztes oder der Austausch von angestellten Ärzten innerhalb eines MVZ begründen nicht die Annahme einer „neuen Zulassung“ im Sinne des § 12 Abs. 1 HVM.
- (3) Die Berufsausübungsgemeinschaft als solche ist vom Wachstum ausgeschlossen.

§ 13 Wechsel der Arztgruppe

Beim Wechsel der Arztgruppe durch einen Arzt sind die RLV-Vergütungsvolumen der entsprechenden Arztgruppen wie folgt anzupassen:

1. Die Berücksichtigung des Arztgruppenwechsels findet quartalsweise statt.
2. Erfolgt der Arztgruppenwechsel, ist die Bereinigung quartalsweise auf der Basis des Honorarbescheides des Vorjahresquartals des wechselnden Vertragsarztes durchzuführen.

Bei einem Arztgruppenwechsel, der gleichzeitig einen Versorgungsbereichswechsel darstellt, sind die KBV-Vorgaben zur Honorarverteilung gemäß Teil B Nr. 5 (ANLAGE 1 HVM) zu beachten.

§ 14 Ausscheiden aus einer BAG/MVZ

Beim Ausscheiden eines zugelassenen Arztes aus einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) oder einem MVZ erhält der Ausscheidende bei anschließender Fortführung der vertragsärztlichen Tätigkeit ein RLV/QZV auf der Basis der RLV-Fallzahl des entsprechenden Vorjahresquartals. Die KV Berlin kann auf Antrag eine abweichende Festsetzung vornehmen, wenn der Arzt darlegt, dass ihm nachweislich eine höhere Fallzahl für die Berechnung des RLV/QZV zusteht. Zum Nachweis geeignet ist in der Regel eine schriftliche, von sämtlichen Vertretungsberechtigten gemeinsam unterzeichnete Erklärung über die Aufteilung des RLV/QZV; bei MVZ ist die Erklärung vom ärztlichen Leiter zu unterzeichnen. Die Erklärung nach Satz 3 ist spätestens bis zur Bekanntgabe des RLV-/QZV-Bescheides für das Antragsquartal bei der KV Berlin einzureichen.

§ 15 Praxisbesonderheiten

Auf Antrag des Arztes kann die KV Berlin Praxisbesonderheiten anerkennen und das arzt-/praxisbezogene RLV/QZV je Versorgungsbereich durch eine Anhebung des RLV-/QZV-Fallwertes erhöhen. Praxisbesonderheiten liegen vor, wenn

- eine besondere, für die Versorgung bedeutsame fachliche Spezialisierung besteht und

- zusätzlich eine aus den Praxisbesonderheiten resultierende Überschreitung des durchschnittlichen RLV-Fallwertes der Arztgruppe von mindestens 30 % im Vergleich zum individuellen Fallwert des entsprechenden Vorjahresquartals vorliegt.

Von einer besonderen, für die Versorgung bedeutsamen fachlichen Spezialisierung, wird grundsätzlich bei folgenden Leistungen/Leistungsbereichen ausgegangen:

- Besuchstätigkeit in der ärztlichen Betreuung in beschützenden Wohnheimen bzw. Einrichtungen bzw. Alten- oder Pflegeheimen;
- Durchführung von Leistungen nach GOP 01410, 01413;
- Durchführung von Leistungen nach GOP 20330, 20331, 20335, 20336, 20351, 20352;
- Durchführung von Leistungen nach GOP 34503, 34504, 34505 bei akuter oder chronischer Schmerzsymptomatik;
- Durchführung von Leistungen nach GOP 30130 durch Allergologen oder
- Durchführung von Leistungen der EBM-Abschnitte 4.4 und 4.5 durch Kinderärzte.

§ 15a Antrag auf RLV-Fallzahl-Übertragung

Hat ein Arzt dem Arztregister eine vorübergehende Praxisschließung wegen Urlaub angezeigt, so kann er die Übertragung der zugewiesenen RLV/QZV-Fallzahl auf das entsprechende Quartal des Folgejahres beantragen. Bei Antragsstellung hat der Arzt auch die Anzahl der zu übertragenden RLV/QZV-Fälle anzugeben, wenigstens jedoch 15% seiner RLV/QZV-Fallzahl. Die RLV/QZV-Fallzahl für das Urlaubsquartal wird entsprechend verringert. Die Frist zur Antragsstellung endet zum Ablauf des Quartals, in dem die Praxisschließung beantragt wurde. Die KV Berlin verringert nach Stattgabe des Antrags die RLV/QZV-Fallzahl des aktuellen Quartals in dem vom Arzt benannten Umfang und überträgt diese Fallzahl auf das entsprechende Quartal des Folgejahres.

§ 16 gestrichen

§ 17 gestrichen

TEIL III: Leistungsvergütung

§ 18 Honorierung von Leistungen der Honorarvolumen „Labor“ und „ärztlicher Bereitschaftsdienst und Notfall“

- (1) Der Labor-Wirtschaftlichkeitsbonus (GOP 32001 EBM) wird aus dem gemäß § 4 Nr. 1 HVM gebildeten Honorarvolumen (Grundbetrag „Labor“) unter der Berücksichtigung des Abschnitts 1 Punkt 10 der ANLAGE 7 HVM zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet. Die veranlassten laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 (ohne Gebührenordnungspositionen 32860 bis 32865, 32902, 32904, 32906, 32908, 32931, 32932, 32937, 32945 und 32946) EBM (Anforderungen über Muster 10) werden aus dem gemäß § 4 Nr. 1 HVM gebildeten und nach Abzug der Vergütung nach Satz 1 verbleibenden Honorarvolumen (Grundbetrag „Labor“) unter der Berücksichtigung des Abschnitts 1 Punkt 10 der ANLAGE 7 HVM in Höhe von 89% der Preise der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet.
- (1a) „Nicht-Laborärzten“ kann auf Antrag eine Erhöhung des Laborreferenzfallwertes gemäß den KBV-Vorgaben Teil A Nr. 9 (ANLAGE 1 HVM) gewährt werden, sofern Sie die Anforderungen der Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen erfüllen. Entsprechende Anträge können bis zum Ende der Abgabe der Abrechnungsunterlagen für das jeweilige Quartal gestellt werden.
- (2) Aus dem Honorarvolumen nach § 4 Nr. 2 HVM werden Leistungen des von der KV Berlin organisierten Not(fall)dienstes - Ärztlicher Bereitschaftsdienst (ÄBD) - und für die Notfallbehandlung während der Zeiten des organisierten Notdienstes inkl. der dabei erbrachten laboratoriumsmedizinischen Leistungen des Kapitels 32 EBM durch nicht an

der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Institute und Krankenhäuser, unter der Berücksichtigung des Abschnitts 1 Punkt 10 in Verbindung mit Abschnitt 2 der ANLAGE 7 HVM zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet.

- (3) Kinderärzte der AG 04 bis 07, die an der Kooperationsvereinbarung zur Besetzung des ambulanten kinder- und jugendärztlichen Bereitschaftsdienstes mit den jeweiligen Krankenhäusern teilnehmen, für deren Bereitstellung von nicht-ärztlichen medizinischem Fachpersonal und Behandlungsräumen eine Kostenpauschale in Höhe von 30,00 € zu entrichten ist, erhalten zusätzlich zur Abrechnung nach Absatz 2 einen Punktwertschlag, der sich in Summe auf 30 € je Stunde (Präsenzzeit) aus dem Förderbetrag gemäß § 3 Abs. 4 des Honorarvertrages beläuft.

§ 19 Vergütung von Leistungen der versorgungsbereichsspezifischen Vorwegabzüge gemäß §§ 5 und 6 HVM

- (1) Die Kostenpauschalen des EBM-Kapitels 40 werden versorgungsbereichsspezifisch aus den gemäß § 5 Nr. 2 HVM bzw. § 6 Abs. 1 Nr. 2 HVM gebildeten Vorwegabzügen zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet.
- (2) Pathologische Leistungen des EBM-Kapitels 19, die auf Überweisung zur Durchführung von Probenuntersuchungen veranlasst wurden, werden maximal bis zur Höhe des gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 3 HVM gebildeten Vorwegabzuges unter der Berücksichtigung des Abschnitts 1 Punkt 10 der ANLAGE 7 HVM zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet. Soweit die Anforderung für diese Leistungen das bereitgestellte Vergütungsvolumen überschreitet, wird die arztseitige Vergütung entsprechend quotiert.
- (3) Diejenigen belegärztlichen Leistungen, die innerhalb der MGV vergütet werden, werden maximal bis zur Höhe des gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 4 HVM gebildeten Vorwegabzuges unter der Berücksichtigung des Abschnitts 1 Punkt 10 der ANLAGE 7 HVM zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung honoriert. Soweit die Anforderung für diese Leistungen das bereitgestellte Vergütungsvolumen überschreitet, wird die arztseitige Vergütung entsprechend quotiert.
- (4) Leistungen von Einrichtungen nach § 75 Abs. 9 SGB V werden aus dem gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 5 HVM gebildeten Vorwegabzug unter der Berücksichtigung des Abschnitts 1 Punkt 10 der ANLAGE 7 HVM zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet.
- (5) Leistungen der hausärztlichen geriatrischen Versorgung des Abschnitts 3.2.4 EBM sowie der sozialpädiatrischen Versorgung des Abschnitts 4.2.4 EBM werden maximal bis zur Höhe des gemäß § 5 Nr. 5 HVM gebildeten Vorwegabzuges unter der Berücksichtigung des Abschnitts 1 Punkt 10 der ANLAGE 7 HVM zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet. Soweit die Anforderung für diese Leistungen das bereitgestellte Vergütungsvolumen überschreitet, wird die arztseitige Vergütung entsprechend quotiert. Mit dem Restbetrag nach § 5 Nr. 9 HVM werden die Leistungen entsprechend der Leistungsanforderung mit einem Zuschlag je angeforderten Punkt gefördert.
- (6) Anästhesiologische Leistungen im Zusammenhang mit der zahnärztlichen Behandlung von Patienten mit mangelnder Kooperationsfähigkeit bei geistiger Behinderung oder schwerer Dyskinesie aus dem gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 8 HVM gebildeten Vorwegabzug unter der Berücksichtigung des Abschnitts 1 Punkt 10 der ANLAGE 7 HVM zu den vollen Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet.
- (7) Die nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen gemäß § 5 Nr. 6 HVM werden unter der Berücksichtigung von § 20 zu demselben Preis vergütet, wie die Leistungen der BVV nach § 7 Abs. 3 Nr. 6 HVM.
- (8) Die von Hausärzten eigenerbrachten laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 (ohne GOPn 32860 bis 32865, 32902, 32904, 32906, 32908, 32931, 32932, 32937, 32945 und 32946) EBM sowie die von Hausärzten veranlassten und von Laborgemeinschaften abgerechneten laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen (Anforderung über Muster 10A) des Kapitels 32 (ohne GOPn 32860 bis 32865, 32902, 32904, 32906, 32908, 32931, 32932, 32937, 32945 und 32946) EBM werden

aus dem gemäß § 5 Nr. 7 HVM gebildeten Vorwegabzug unter der Berücksichtigung des Abschnitts 1 Punkt 10 der ANLAGE 7 HVM in Höhe von 89% der Preise der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet.

- (9) Die von Fachärzten eigenerbrachten laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 (ohne GOPn 32860 bis 32865, 32902, 32904, 32906, 32908, 32931, 32932, 32937, 32945 und 32946) EBM, die von Fachärzten veranlassten und von Laborgemeinschaften abgerechneten laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen (Anforderung über Muster 10A) des Kapitels 32 (ohne GOPn 32860 bis 32865, 32902, 32904, 32906, 32908, 32931, 32932, 32937, 32945 und 32946) EBM sowie die Laborgrundpauschalen GOP 12220 und 12221 EBM werden aus dem gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 9 HVM gebildeten Vorwegabzug unter der Berücksichtigung des Abschnitts 1 Punkt 10 der ANLAGE 7 HVM in Höhe von 89% der Preise der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet.
- (10) Leistungen von neu ermächtigten fachärztlichen Instituten werden in den ersten vier Quartalen der Leistungserbringung aus dem gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 10 HVM gebildeten Vorwegabzug zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet.
- (11) Nach Ablauf eines Jahres werden diese Leistungen maximal bis zur Höhe des gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 11 HVM gebildeten Vorwegabzug zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet. Soweit die Anforderung für diese Leistungen das bereitgestellte Honorarvolumen überschreitet, wird die arztseitige Vergütung entsprechend quotiert.
- (12) Die Leistungen der ärztlich angeordneten Hilfeleistungen nach den Gebührenordnungspositionen 03060 bis 03065 werden aus dem gemäß § 5 Nr. 8 HVM gebildeten Vorwegabzug unter der Berücksichtigung des Abschnitts 1 Punkt 10 der ANLAGE 7 HVM maximal bis zur Höhe eines ab dem Quartal 2019-1 entsprechend dem Vergütungsvolumen des hausärztlichen Grundbetrages fortentwickelten Honorarvolumens in Höhe von 1.280.947 € zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet. Soweit die Anforderung für diese Leistungen dieses Honorarvolumen überschreitet, wird die arztseitige Vergütung entsprechend quotiert.

§ 19a Vergütung der Leistungen der Humangenetik „genetisches Labor“

Die Leistungen der Humangenetik „genetisches Labor“ gemäß Teil B Nr. 1.3 KBV-Vorgaben zur Honorarverteilung (ANLAGE 1 HVM) werden maximal bis zur Höhe des Honorarvolumens gemäß § 4 Nr. 5 HVM unter Berücksichtigung des Abschnitts 1 Punkt 10 der ANLAGE 7 HVM zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet. Soweit die Anforderung für diese Leistungen das bereitgestellte Honorarvolumen überschreitet, wird die arztseitige Vergütung entsprechend quotiert.

§ 19b Vergütung der Leistungen der PFG

Die Leistungen der „PFG“ werden maximal bis zur Höhe des Honorarvolumens gemäß § 4 Nr. 6 HVM unter Berücksichtigung des Abschnitts 1 Punkt 10 der ANLAGE 7 HVM zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet. Soweit die Anforderung für diese Leistungen das bereitgestellte Honorarvolumen überschreitet, wird die arztseitige Vergütung entsprechend quotiert. Mit dem Restbetrag nach § 6 Abs. 1 Nr. 12 HVM wird die „PFG“ entsprechend der Leistungsanforderung mit einem Zuschlag je angeforderten Punkt gefördert.

§ 19c Vergütung der Förderleistungen

Die Leistungen gemäß § 3 Abs. 2, § 5 Nrn. 9 und 10, § 6 Abs. 1 Nrn. 12 und 13 HVM werden entsprechend der Leistungsanforderung mit einem Zuschlag je angeforderten Punkt gefördert.

§ 20 Vergütung der Leistungen der BVV

Die Leistungen der BVV nach § 7 Abs. 3 HVM werden maximal bis zur Höhe des jeweiligen BVV unter der Berücksichtigung des Abschnitts 1 Punkt 10 der ANLAGE 7 HVM zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet. Soweit die Anforderung für diese Leistungen das jeweils bereitgestellte BVV überschreitet, wird die jeweilige arztseitige Vergütung entsprechend quotiert.

§ 21 Vergütung von Leistungen des RLV und der QZV

- (1) Leistungen, die dem RLV oder dem QZV unterliegen, werden bis zur zugewiesenen RLV-/QZV-Gesamthöhe der Praxis je Versorgungsbereich unter der Berücksichtigung der Vorgaben in ANLAGE 7 HVM zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet.
- (2) Die, die zugewiesene RLV-/QZV-Gesamthöhe je Versorgungsbereich überschreitende Leistungsmenge wird aus dem Vorwegabzug gemäß § 5 Nr. 4 HVM bzw. § 6 Abs. 1 Nr. 7 HVM zu abgestaffelten Preisen vergütet. Diese Preise ergeben sich versorgungsbereichsspezifisch aus der Quotierung der überschreitenden Leistungsmenge im Verhältnis zu den vorgenannten Abzügen.

§ 22 Vergütung von Leistungen im Krankenhaus nach § 75 Abs. 1a SGB V

Leistungen, die ein Krankenhaus im Rahmen eines vermittelten Termins der Terminservice-stelle nach § 75 Abs. 1a SGB V erbringt und bei der KV Berlin abrechnet, werden zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet. Die Vergütungsbeträge aus der MGV werden im nächstmöglichen Quartal von dem jeweiligen Vergütungsvolumen nach § 3 Nr. 1, 5 und 6 bzw. den arztgruppenspezifischen RLV-Verteilungsvolumen nach § 7 Abs. 1 Nr. 1 des fachärztlichen Versorgungsbereichs abgezogen.

§ 22a Beschäftigung eines Weiterbildungsassistenten (WBA)

In den Fällen der Beschäftigung eines WBA im Rahmen der Förderung der Weiterbildung nach § 75a SGB V wird bei der Festlegung der Honorarkürzung wegen Ausdehnung der Praxis bzw. Aufrechterhaltung einer übergroßen Praxis der von der Praxis zu zahlende Anhebungsbetrag nach § 75a Abs. 1 Satz 4 SGB V berücksichtigt.

§ 22b Härtefallregelung

- (1) Verringert sich sowohl das Gesamthonorar als auch das Honorar je Fall einer Arztpraxis um mehr als 15% gegenüber dem Vorjahresquartal, kann der Vorstand der KV Berlin im Einzelfall auf Antrag eine Ausgleichszahlung an die Praxis gewähren. Die Ausgleichszahlung erfolgt insbesondere nicht, wenn die Verringerung auf einer Veränderung des Leistungsangebotes der Praxis, der Veränderung der Gebührenordnung oder der Nichtfortgeltung von Sonderverträgen beruht. Durch die Zahlung nach Satz 1 wird der Honorarverlust bis 85% des Fallwertes des Vorjahresquartals, höchstens jedoch bis 85% des Gesamthonorars des Vorjahresquartals ausgeglichen.
- (2) Der Vorstand beobachtet die Auswirkungen der Honorarverteilung auf die einzelnen Arztgruppen. Im Falle von erheblichen Verwerfungen kann der Vorstand Stützungsmaßnahmen für einzelne Arztgruppen festlegen.

§ 23 Ausgleich der Vorwegabzüge, Ermittlung der versorgungsbereichsspezifischen Quartalssalden und Bildung von Rückstellungen

- (1) Die in § 5 HVM und § 6 HVM gebildeten Vorwegabzüge sind mit Ausnahme des Vorwegabzuges für abgestaffelt zu vergütende Leistungen nach § 5 Nr. 4 HVM bzw. § 6 Abs. 1 Nr. 7 HVM innerhalb der Versorgungsbereiche verrechnungsfähig.

- (2) Nach Quartalsabschluss erfolgt unter Berücksichtigung von Absatz 1 je Honorarvolumen der Grundbeträge nach § 4 Nr. 1 bis 6 HVM ein Abgleich der Ausgaben und Einnahmen. Die Ausgaben nach Satz 1 umfassen die quartalspezifischen Ausgaben der Honorargutschriften und die im jeweiligen Quartal gebuchten nichtquartalspezifischen Ausgaben (z.B. aus Nachvergütungen); die Einnahmen nach Satz 1 umfassen die quartalspezifischen Einnahmen aus der Rechnungslegung gegenüber den Krankenkassen anhand der für das abgerechnete Quartal ermittelten MGV unter Berücksichtigung des für das abgerechnete Quartal von der KBV übermittelten FKZ-Saldos sowie die im jeweiligen Quartal gebuchten nichtquartalspezifischen Einnahmen (z.B. Rückforderungen). Die sich danach je Honorarvolumen der Grundbeträge nach § 4 Nr. 1 bis 6 HVM ergebenden Unter- oder Überschüsse werden nach den KBV-Vorgaben zur Honorarverteilung Teil B Nr. 7 (ANLAGE 1 HVM) unter Berücksichtigung der Regelung in § 7 Abs. 2 HVM im Folgejahresquartal als Übertrag zu den Honorarvolumen des haus- und des fachärztlichen Grundbetrages ausgeglichen.
- (3) Zur Deckung von zukünftigen Ausgaben (z.B. aufgrund von Rechtsstreitigkeiten) kann der Vorstand der KV Berlin nach pflichtgemäßem Ermessen aus den Honorarvolumen des haus- und des fachärztlichen Grundbetrages die Bildung von zweckgebundenen Rückstellungen beschließen. Unabhängig davon kann der Vorstand nach pflichtgemäßem Ermessen beschließen, Rückstellungen auch aus einem etwaigen positiven Quartalsaldo im Sinne des Absatzes 2 zu bilden. Die Auflösung der Rückstellungen erfolgt durch Beschluss des Vorstandes; hieraus resultierende Beträge werden dem jeweiligen Honorarvolumen des haus- und des fachärztlichen Grundbetrages wieder zugeführt.

§ 24 Geltungszeitraum

Dieser Honorarverteilungsmaßstab tritt zum 1. Januar 2019 in Kraft.

ANLAGE 1: Auszug aus den Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Honorarverteilung in der jeweils geltenden Fassung

ANLAGE 2: Arztgruppen, die der Mengensteuerung der RLV, der QZV sowie sonstiger Vergütungsbereiche unterliegen

ANLAGE 3: Berechnung der Vergütungsanteile RLV, QZV, BVV

ANLAGE 4: nicht besetzt

ANLAGE 5: Berechnung der RLV, der QZV und des Morbifaktors

ANLAGE 6: Qualitätsgebundenes Zusatzvolumen (QZV)

ANLAGE 7: Bereinigung des zu erwartenden Honorars

**Vorgaben
der Kassenärztlichen Bundesvereinigung
gemäß § 87b Abs. 4 SGB V
zur Honorarverteilung
durch die Kassenärztlichen Vereinigungen**

- Teil A** Vorgaben zu den Honorarverteilungsmaßstäben der Kassenärztlichen Vereinigungen gemäß § 87b Abs. 2 Satz 1 SGB V
- Teil B** Vorgabe zur Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung
- Teil C** Vorgaben zur angemessenen Vergütung psychotherapeutischer Leistungen
- Teil D** Vorgaben zur Berücksichtigung kooperativer Behandlung von Patienten in dafür gebildeten Versorgungsformen
- Teil E** Vorgaben zur Vergütung laboratoriumsmedizinischer Leistungen
- Teil F** Vorgaben zu den Grundsätzen der Bereinigung des zu erwartenden Honorars gemäß § 87b Abs. 4 Satz 2 SGB V
- Teil G** Vorgaben zu gesonderten Vergütungsregelungen für Praxisnetze gemäß § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V

Teil A

im Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband

Vorgaben zu den Honorarverteilungsmaßstäben der Kassenärztlichen Vereinigungen gemäß § 87b Abs. 2 Satz 1 SGB V

geändert am 12. Dezember 2017 mit Wirkung zum 1. April 2018

geändert am 15. März 2018 mit Wirkung zum 1. April 2018¹

1. Die Kassenärztlichen Vereinigungen verteilen gemäß § 87b Abs. 1 SGB V die vereinbarten Gesamtvergütungen an die Ärzte, Psychotherapeuten, Medizinischen Versorgungszentren sowie ermächtigte Einrichtungen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, gemäß einem im Benehmen mit den Verbänden der Krankenkassen auf Landesebene festgelegten Verteilungsmaßstab.
2. Dieser hat gemäß § 87b Abs. 2 Satz 1 SGB V Regelungen vorzusehen, die verhindern, dass die Tätigkeit der Ärzte, Psychotherapeuten, Medizinischen Versorgungszentren sowie ermächtigten Einrichtungen über den zugestandenen Versorgungsauftrag oder den Ermächtigungsumfang hinaus übermäßig ausgedehnt wird.
3. Dabei soll den Ärzten, Psychotherapeuten, Medizinischen Versorgungszentren und ermächtigten Einrichtungen eine Kalkulationssicherheit hinsichtlich der Höhe des zu erwartenden Honorars ermöglicht werden.
4. Ausgangsgröße der Honorarverteilung ist die jeweils für das Abrechnungsquartal von den Krankenkassen mit befreiender Wirkung zu entrichtende morbiditätsbedingte Gesamtvergütung gemäß § 87a Abs. 3 Satz 1 SGB V, die unter Berücksichtigung von Teil B der Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung getrennt wird.
5. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat gemäß § 87b Abs. 4 Satz 2 SGB V Vorgaben für die Honorarverteilungsmaßstäbe im Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband zu bestimmen.
6. Sofern die Kassenärztliche Vereinigung keinen Honorarverteilungsmaßstab festgelegt hat, der
 - den gesetzlichen Vorgaben in § 87b Abs. 2 Satz 1 SGB V,
 - den Vorgaben Teil A, Nr. 2. bis 5., und
 - den Vorgaben in Teil B bis G, einschließlich Anlagen entspricht,

werden die im folgenden gelisteten Regelungen aus Abschnitt I. des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 218. Sitzung am 26. März 2010 zu Teil F zur Berechnung und zur Anpassung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen nach § 87b Abs. 2 und 3 SGB V (GKV-WSG), geändert durch Beschlüsse in der 239., 242., 245., 248. und 256. Sitzung des Bewertungsausschusses analog durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung festgelegt:

Regelung nach den Nrn. 1.1, 1.2, 1.3.1 unter Berücksichtigung der sich ggf. aus der Umsetzung der Vorgaben gemäß Teil D ergebenden Aufschläge für die kooperative Behandlung von Patienten in dafür gebildeten Versorgungsformen, 1.3.2, 1.4, 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 2.5., 2.6, 3 (3.1.1 bis 3.9), einschließlich der Anlagen 1 bis 3 und 5 bis 8.

¹ Soweit diese Änderungen von einer Kassenärztlichen Vereinigung nicht mehr bei der Honorarverteilung für das 2. Quartal 2018 berücksichtigt werden können, sind die Vorgaben spätestens mit Wirkung zum 1. Juli 2018 umzusetzen.

7. Bei der Festlegung des Honorarverteilungsmaßstabs ab dem 4. Quartal 2013 ist die Einführung der Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung „PFG“ zu berücksichtigen.
8. Bei der Vergütung der Gebührenordnungspositionen, die dem Grundbetrag „Labor“ unterliegen, ist eine Mindestquote in Höhe von 89 % anzuwenden.

Sofern die Honorarverteilung einer Kassenärztlichen Vereinigung für die Gebührenordnungspositionen des Grundbetrags „Labor“ individuelle Steuerungsmaßnahmen vorsieht, ist diese Quote im Rahmen der quartalsweisen Bestimmung der arzt- und praxisindividuellen Budgetierung auf den historischen nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung anerkannten Leistungsbedarf anzuwenden. Bis zum Erreichen der zugeteilten Höhe werden erbrachte Leistungen nicht abgestaffelt vergütet. Für über die zugeteilte Höhe hinaus erbrachte Leistungen ist eine Vergütung mit einer Mindestquote von 35 % vorzunehmen.

9. Möglichkeit der Steuerung von speziellen Laboratoriumsuntersuchungen von Nicht-Laborärzten

Für Vertragsärzte, die zur Abrechnung von Laboratoriumsuntersuchungen berechtigt sind und nicht Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin, ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin sind (kurz: „Nicht-Laborärzte“) sowie aufgrund der Arztgruppenzugehörigkeit von nachfolgenden Regelungen erfasst werden, kann die Kassenärztliche Vereinigung die Kostenerstattungen für spezielle Laboratoriumsuntersuchungen des Abschnitts 32.3 (ohne Gebührenordnungspositionen 32860 bis 32865, 32902, 32904, 32906, 32908, 32931, 32932, 32937, 32945 und 32946) EBM Mengengrenzungsmaßnahmen wie beispielweise einer fallwertbezogenen Budgetierung unterziehen. Die in den Budgets enthaltenen Kostenerstattungen sind bei einer fallwertbezogenen Budgetierung je Arztpraxis und Abrechnungsquartal nur bis zu einem begrenzten Gesamthonorarvolumen zu vergüten.

Die Höhe der Budgets ergibt sich in diesem Fall aus dem Produkt des für die Arztgruppe vorgegebenen Referenz-Fallwertes ggf. multipliziert mit einer Quote und der Zahl der Behandlungsfälle gemäß § 21 Abs. 1 BMV-Ärzte des Abrechnungsquartals der Arztpraxis.

Die Kassenärztliche Vereinigung kann für jede der unten genannten Arztgruppen einen KV-spezifischen Referenzfallwert festsetzen, maximal jedoch in Höhe des für die jeweilige Arztgruppe genannten unquotierten Wertes.

Unquotierte Referenz-Fallwerte für die Ermittlung des Budgets

Arztgruppe	Referenz-Fallwert in Euro
Rheumatologen, Endokrinologen	40
Nuklearmediziner, Hämatologen	21
Dermatologen, Gynäkologen, Pneumologen, Urologen	4

Der Referenz-Fallwert einer (Teil-)Berufsausübungsgemeinschaft, eines Medizinischen Versorgungszentrums und einer Praxis mit angestellten Ärzten wird als Summe der Produkte des relativen Anteils der Fälle eines Arztes in der Arztpraxis der arztgruppenbezogenen Referenz-Fallwerte der beteiligten Ärzte errechnet. Beteiligte Ärzte, die nicht zur Abrechnung von speziellen Laboratoriumsuntersuchungen des Abschnitts 32.3 EBM berechtigt sind oder der Fallwertsteuerung nicht unterliegen, werden mit einem Referenz-Fallwert von 0 Euro berücksichtigt.

Die Kassenärztliche Vereinigung kann darüber hinaus Praxen mit Ärzten aus nicht in der Übersicht aufgeführten Arztgruppen einer Referenz-Fallwertgruppe gemäß der Übersicht zuordnen und eine entsprechende Budgetierung durchführen.

Die Kassenärztliche Vereinigung kann das Budget erweitern, aussetzen oder bedarfsgerecht anpassen.

Anmerkung:

1. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung wird die Einführung verbindlicher individueller Mengensteuerung bei Laboruntersuchungen prüfen. Dabei sind insbesondere die bis dahin gesammelten Erfahrungen mit individuellen Mengensteuerungsmaßnahmen in den Kassenärztlichen Vereinigungen zu berücksichtigen. Sofern die durchschnittliche Mindestquote in Höhe von 89 % in einer Kassenärztlichen Vereinigung in mindestens zwei aufeinanderfolgenden Quartalen unterschritten wird, sind die Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu den Honorarverteilungsmaßstäben der Kassenärztlichen Vereinigungen gemäß Teil A Nr. 8 zeitnah zu überprüfen und ggf. anzupassen.

Teil B

im Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenverband

Vorgabe zur Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung

beschlossen am 23. Dezember 2014 mit Wirkung zum 1. Januar 2015
geändert am 9. Juni 2015 mit Wirkung zum 1. Oktober 2015
geändert am 31. Mai 2016 mit Wirkung zum 1. Juli 2016
geändert am 23. August 2016 mit Wirkung zum 1. Juli 2016
sowie geändert am 15. November 2017 mit Wirkung zum 1. Januar 2018
geändert am 12. Dezember 2017 mit Wirkung zum 1. April 2018
geändert am 15. März 2018 mit Wirkung zum 1. April 2018²

Präambel

Zur Berücksichtigung von Beschlüssen des Bewertungsausschusses oder gesetzlichen Änderungen, die keine grundsätzliche Änderung der in Teil B dargestellten Systematik des Verfahrens zur Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung zur Folge haben, werden die notwendigen Regelungen in Form von Anlagen zu Teil B gegeben.

1. Definition von Kategorien der Trennungsbeträge je Versicherten und Vorwegabzüge

Diese Vorgabe zur Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung sieht die Bildung verschiedener **Grundbeträge je Versicherten** sowie **bedarfsabhängige Vorwegabzüge** und die Art deren Bestimmung – sofern die entsprechenden Leistungen gemäß den regionalen Gesamtverträgen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu vergüten sind – verpflichtend vor:

1.1 Vorwegabzüge sind für gesetzliche und vertragliche Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigung **bedarfsabhängig** aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu bildende Vergütungsvolumina, die insbesondere auch zur Sicherstellung der Versorgung und Erfüllung gesetzlicher Aufgaben nach der Festlegung der haus- und fachärztlichen Grundbeträge innerhalb des haus- und fachärztlichen Versorgungsbereichs gebildet werden können, sofern nicht Rückstellungen im Grundbetrag „Labor“ oder Grundbetrag „Bereitschaftsdienst und Notfall“ zu bilden sind.

1.2 Grundbeträge sind **je Versicherten** zu bildende Beträge, die für veranlasste laboratoriumsmedizinische Untersuchungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 (ohne Gebührenordnungspositionen 32860 bis 32865, 32902, 32904, 32906, 32908, 32931, 32932, 32937, 32945 und 32946) EBM (Anforderungen über Muster 10) und den Labor-Wirtschaftlichkeitsbonus (GOP 32001 EBM) (Grundbetrag „Labor“), für alle Aufwendungen betreffend Bereitschaftsdienst und Notfall inkl. der dabei erbrachten und vom Grundbetrag „Labor“ umfassten laboratoriumsmedizinischen Leistungen des Kapitel 32 EBM, die im organisierten Notfalldienst erbracht wurden (Grundbetrag „Bereitschaftsdienst und Notfall“³) sowie für den haus- (hausärztlicher Grundbetrag) und fachärztlichen Versorgungsbereich (fachärztlicher Grundbetrag) **verpflichtend** bestimmt werden. Zum Zeitpunkt der erstmaligen Festsetzung ist die Höhe dieser Grundbeträge abschließend bestimmt.

1.3 Versorgungsbereichsspezifische Grundbeträge sind **je Versicherten verpflichtend** im

² Soweit diese Änderungen von einer Kassenärztlichen Vereinigung nicht mehr bei der Honorarverteilung für das 2. Quartal 2018 berücksichtigt werden können, sind die Vorgaben spätestens mit Wirkung zum 1. Juli 2018 umzusetzen.

³ Aus dem Grundbetrag „Bereitschaftsdienst und Notfall“ werden die der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung unterliegenden Leistungen auf Abrechnungsscheinen mit Scheinuntergruppen 41, 44, 45 oder 46 sowie bei Nicht-Vertragsärzten die der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung unterliegenden Leistungen auf Abrechnungsscheinen mit Scheinuntergruppe 43 vergütet. Bei regional abweichenden Vergütungsmodellen des Bereitschaftsdienstes werden die entsprechenden Aufwendungen ebenfalls aus dem Grundbetrag „Bereitschaftsdienst und Notfall“ vergütet.

fachärztlichen Versorgungsbereich zu bestimmende Beträge, die für den Leistungsbereich Humangenetik (Grundbetrag „genetisches Labor“ für die Vergütung der GOP 11230, 11233 bis 11236 sowie 32860 bis 32865, 32902, 32904, 32906, 32908, 32931, 32932, 32937, 32945 und 32946, Abschnitt 11.4 und Abschnitt 19.4 EBM) und für die Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung (Grundbetrag „PFG“) zu bilden sind. Die Bereitstellung der Finanzmittel für die versorgungsbereichsspezifischen Grundbeträge erfolgt aus fachärztlichen Finanzmitteln. Zum Zeitpunkt der erstmaligen Festsetzung ist die Höhe dieser versorgungsbereichsspezifischen Grundbeträge abschließend bestimmt.

Damit sind die zu bildenden Vergütungsbereiche abschließend beschrieben.

2. Regelverfahren zur Ermittlung der Ausgangswerte für Grundbeträge

Die gemäß diesen KBV-Vorgaben, Teil B nach 2. bis 6. bestimmten Grundbeträge im jeweiligen Vorjahresquartal unter Berücksichtigung der Anlagen zu Teil B bilden die Ausgangswerte für die Anpassung der Grundbeträge. Dabei sind Beträge aus dem Vorjahresquartal, die gemäß den Ziffern 3.5 und 7 nicht basiswirksam sind, entsprechend nicht zu berücksichtigen. Auf der Basis dieser Ausgangswerte werden in jedem aktuellen Abrechnungsquartal die entsprechenden Grundbeträge gemäß den Verfahren gemäß 3. bis 6. festgelegt.

3. Fortschreibung der Grundbeträge

Nach der Ermittlung der Ausgangswerte für die Grundbeträge für das aktuelle Abrechnungsquartal gemäß 2. erfolgt die Fortschreibung aller Grundbeträge nach folgendem Verfahren.

- 3.1** Die Ausgangswerte für die Grundbeträge des aktuellen Abrechnungsquartals werden unter Verwendung der vereinbarten Veränderungsrate gemäß § 87a Abs. 4 Satz 3 SGB V und einer gegebenenfalls zusätzlich erfolgten Steigerung gemäß § 87a Abs. 4 Satz 4 SGB V gesteigert.

Gegebenenfalls zusätzlich erfolgte Steigerungen gemäß § 87a Abs. 4 Satz 4 SGB V werden nicht auf den Grundbetrag „Labor“ und die versorgungsbereichsspezifischen Grundbeträge „genetisches Labor“ und „PFG“ angewendet. Die Zuführung der aus diesen Steigerungen resultierenden Beträge zum hausärztlichen bzw. fachärztlichen Grundbetrag erfolgt gemäß Nr. 3.3. Abweichende gesamtvertragliche Regelungen sind zu beachten.

Eine Anpassung des regionalen Punktwerts gemäß § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V ist entsprechend den Regelungen in den regionalen Gesamt- bzw. Vergütungsverträgen zu berücksichtigen.

- 3.2** Zusätzliche spezifische Veränderungen der Grundbeträge des aktuellen Abrechnungsquartals ergeben sich aufgrund der entsprechend für den jeweiligen Grundbetrag vereinbarten Anpassungen gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 bis 5 SGB V.

Eine Anpassung des regionalen Punktwerts gemäß § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V ist entsprechend den Regelungen in den regionalen Gesamt- bzw. Vergütungsverträgen zu berücksichtigen.

- 3.3** Der Betrag aus der Multiplikation gegebenenfalls zusätzlich erfolgter Steigerungen gemäß § 87a Abs. 4 Satz 4 SGB V mit dem Grundbetrag „Labor“ wird nach dem jeweiligen Anteil, der entsprechend dem angewandten Trennungsfaktor gemäß der bis zum 30. September 2013 gültigen KBV-Vorgaben, Teil B, Schritt 15.) auf den hausärztlichen bzw. fachärztlichen Versorgungsbereich entfällt, dem hausärztlichen und dem fachärztlichen Grundbetrag zugeführt.

Der Betrag aus der Multiplikation gegebenenfalls zusätzlich erfolgter Steigerung gemäß § 87a Abs. 4 Satz 4 SGB V mit dem Grundbetrag „genetisches Labor“ wird dem fachärztlichen Grundbetrag zugeführt.

Der Betrag aus der Multiplikation gegebenenfalls zusätzlich erfolgter Steigerung gemäß § 87a Abs. 4 Satz 4 SGB V mit dem Grundbetrag „PFG“ wird dem fachärztlichen Grundbetrag zugeführt.

Eine Anpassung des regionalen Punktwerts gemäß § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V ist jeweils entsprechend den Regelungen in den regionalen Gesamt- bzw. Vergütungsverträgen zu berücksichtigen.

3.4 Aus der Multiplikation der Grundbeträge mit der Anzahl der Versicherten, die im aktuellen Abrechnungsquartal bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs verwendet werden, entstehen die jeweiligen Vergütungsvolumina der Grundbeträge.

3.5 In den Vergütungsvolumina der jeweiligen Grundbeträge sind im aktuellen Abrechnungsquartal die notwendigen Bereinigungen, die durch das SGB V vorgesehen sind, sowie Änderungen in der Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und Anpassungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung wegen Anpassungen des EBM zu berücksichtigen. Die Umsetzung erfolgt anteilig aus dem bzw. in den jeweiligen betroffenen Vergütungsvolumen des jeweiligen Grundbetrags in der Höhe der gemäß dem gesamtvertraglich vereinbarten bzw. vom Bewertungsausschuss vorgegebenen Verfahren der Bereinigung bzw. Ein- oder Ausdeckelung bestimmten Beträge oder den Empfehlungen des Bewertungsausschusses. Mit Ausnahme der Bereinigung aufgrund von Ausdeckelungen oder der Addition aufgrund von Eindeckelung sowie der Bereinigung aufgrund der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) bleiben die Bereinigungen in den Ausgangswerten gemäß 2. der jeweiligen Grundbeträge für das Folgejahr unberücksichtigt.

Bei der Bereinigung aufgrund ASV sind die gesetzlichen Vorgaben, dass die Bereinigung des Behandlungsbedarfs gemäß § 116b Abs. 6 Satz 14 nicht zulasten des hausärztlichen Vergütungsanteils und der fachärztlichen Grundversorgung gehen darf, umzusetzen.

3.6 Für den Fall, dass auf Muster 10A bezogene allgemeine Laboratoriumsuntersuchungen des Kapitels 32.2 EBM im Grundbetrag des jeweiligen Versorgungsbereichs durch veranlasste allgemeine Laboratoriumsuntersuchungen des Kapitels 32.2 EBM im Grundbetrag „Labor“ ersetzt werden, sind die Finanzmittel ab dem 2. Quartal 2018 gemäß nachfolgendem Verfahren aus dem Vergütungsvolumen des haus- bzw. fachärztlichen Grundbetrags in das Vergütungsvolumen des Grundbetrags „Labor“ zu überführen:

1. Der Leistungsbedarf nach regionaler Euro-GO der auf Muster 10A bezogenen allgemeinen Laboratoriumsuntersuchungen des Kapitels 32.2 EBM bezogen auf bereichseigene Versicherte wird für das Vorjahresquartal („Referenzwert Muster 10A“) und das aktuelle Quartal („Vergleichswert Muster 10A“)⁴ jeweils für den haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich bestimmt.
2. Der Leistungsbedarf nach regionaler Euro-GO für auf Muster 10 veranlasste allgemeine Laboratoriumsuntersuchungen des Kapitels 32.2 EBM von bereichseigenen Versicherten wird für das Vorjahresquartal („Referenzwert Muster 10“) und das aktuelle Quartal („Vergleichswert Muster 10“)⁵ jeweils für den haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich bestimmt.
3. Zu dem Vergleichswert des aktuellen Quartals wird bei gegebenenfalls erfolgter Bereinigung für allgemeine Laboratoriumsuntersuchungen des Kapitels 32.2 EBM der entsprechende Leistungsbedarf nach regionaler Euro-Gebührenordnung addiert. Ebenfalls werden die Überführung von Leistungen aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung in die extrabudgetäre Vergütung sowie relevante Änderungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab berücksichtigt.

⁴ Sofern die hierfür notwendigen Daten über die Behandlung bereichseigener Versicherter durch bereichsfremde Ärzte (FKZ-Fälle) nicht rechtzeitig zur Honorarabrechnung vorliegen, kann die Kassenärztliche Vereinigung im Rahmen der Honorarabrechnung dieses Quartals insbesondere auf die entsprechenden Werte des Vorquartals zurückgreifen.

⁵ Analog Fußnote 4

4. Ist die Differenz aus dem „Referenzwert Muster 10A“ und dem gemäß Ziffer 3 erhöhten „Vergleichswert Muster 10A“ im jeweiligen Versorgungsbereich negativ, d. h. ein Leistungsmengenzuwachs bei Muster 10A liegt vor, erfolgt keine Anpassung des haus- bzw. fachärztlichen Grundbetrags.
5. Ist die Differenz aus „Referenzwert Muster 10“ im jeweiligen Versorgungsbereich und gemäß Ziffer 3 erhöhten „Vergleichswert Muster 10“ positiv, d. h. ein Leistungsmengentrückgang bei Muster 10 liegt vor, erfolgt keine Anpassung des haus- bzw. fachärztlichen Grundbetrags.
6. Insofern weder ein Leistungsmengenzuwachs bei Muster 10A nach Ziffer 4 noch ein Leistungsmengentrückgang bei Muster 10 nach Ziffer 5 im jeweiligen Versorgungsbereich vorliegt, werden die Differenzen gemäß Ziffer 1 und 2 unter Berücksichtigung von Ziffer 3 verglichen und der kleinere absolute Wert verwendet.

Dieser wird multipliziert mit

- der rechnerischen Quote, die sich bei der Überführung der Leistungen aus dem Grundbetrag „Labor“ in den haus- bzw. fachärztlichen Grundbetrag nach Nr. 2.1 der Anlage zu den KBV-Vorgaben Teil B zur Umsetzung der Anpassung des Grundbetrags „Labor“ und zur Anpassung der Vergütung der Leistungen im Bereitschaftsdienst und Notfall für 2018 bzw. der Anlage zu den KBV-Vorgaben Teil B zur Umsetzung der Anpassung des Grundbetrags „Labor“ für 2019 ergab, und
- den gemäß Nr. 3.1 und 3.4 vorgesehenen Veränderungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zwischen dem aktuellen Quartal und dem jeweiligen Quartal des Zeitraums 2/2018 bis 1/2019 (Quartal der Überführung)

und ergibt das Finanzvolumen, das basiswirksam aus dem Vergütungsvolumen des haus- bzw. fachärztlichen Grundbetrags entnommen und dem Vergütungsvolumen des Grundbetrags „Labor“ zugefügt wird.

7. Bei diesem Verfahren ist sicherzustellen, dass die kumulierten Differenzen gemäß Ziffer 4 („Referenzwert Muster 10A“ und dem gemäß Ziffer 3 erhöhten „Vergleichswert Muster 10A“) der jeweiligen Quartale den erstmalig bestimmten „Referenzwert Muster 10A“ des entsprechenden Quartals nicht überschreiten.

3.7 Für den Fall, dass eigenerbrachte Laboratoriumsuntersuchungen des Abschnitts 32.3 EBM (nicht auf Muster 10) im Grundbetrag des jeweiligen Versorgungsbereichs durch veranlasste Laboratoriumsuntersuchungen des Abschnitts 32.3 EBM im Grundbetrag „Labor“ ersetzt werden, sind die Finanzmittel ab dem 2. Quartal 2018 gemäß nachfolgendem Verfahren aus dem Vergütungsvolumen des haus- bzw. fachärztlichen Grundbetrags in das Vergütungsvolumen des Grundbetrags „Labor“ zu überführen:

1. Der Leistungsbedarf nach regionaler Euro-GO von eigenerbrachten Laboratoriumsuntersuchungen des Abschnitts 32.3 EBM (nicht auf Muster 10) bezogen auf bereichseigene Versicherte wird für das Vorjahresquartal („Referenzwert Eigenerbringung“) und das aktuelle Quartal („Vergleichswert Eigenerbringung“)⁶ jeweils für den haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich bestimmt.
2. Der Leistungsbedarf nach regionaler Euro-GO für auf Muster 10 veranlasste Laboratoriumsuntersuchungen des Abschnitts 32.3 EBM von bereichseigenen Versicherten wird für das Vorjahresquartal („Referenzwert Muster 10“) und das aktuelle Quartal („Vergleichswert Muster 10“)⁷ jeweils für den haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich bestimmt.
3. Zu dem Vergleichswert des aktuellen Quartals wird bei gegebenenfalls erfolgter Bereinigung für eigenerbrachte Laboratoriumsuntersuchungen des Abschnitts 32.3 EBM (nicht

⁶ Analog Fußnote 4

⁷ Analog Fußnote 4

auf Muster 10) der entsprechende Leistungsbedarf nach regionaler Euro-Gebührenordnung addiert. Ebenfalls werden die Überführung von Leistungen aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung in die extrabudgetäre Vergütung sowie relevante Änderungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab berücksichtigt.

4. Ist die Differenz aus dem „Referenzwert Eigenerbringung“ und dem gemäß Ziffer 3 erhöhten „Vergleichswert Eigenerbringung“ im jeweiligen Versorgungsbereich negativ, d. h. ein Leistungsmengenzuwachs bei eigenerbrachten Laboratoriumsuntersuchungen liegt vor, erfolgt keine Anpassung des haus- bzw. fachärztlichen Grundbetrags.
5. Ist die Differenz aus „Referenzwert Muster 10“ im jeweiligen Versorgungsbereich und gemäß Ziffer 3 erhöhten „Vergleichswert Muster 10“ positiv, d. h. ein Leistungsmengenzuwachs bei Muster 10 liegt vor, erfolgt keine Anpassung des haus- bzw. fachärztlichen Grundbetrags.
6. Insofern weder ein Leistungsmengenzuwachs bei Eigenerbringung nach Ziffer 4 noch ein Leistungsmengenzuwachs bei Muster 10 nach Ziffer 5 im jeweiligen Versorgungsbereich vorliegt, werden die Differenzen gemäß Ziffer 1 und 2 unter Berücksichtigung von Ziffer 3 verglichen und der kleinere absolute Wert verwendet.

Dieser wird multipliziert mit

- der rechnerischen Quote, die sich bei der Überführung der Leistungen aus dem Grundbetrag „Labor“ in den haus- bzw. fachärztlichen Grundbetrag nach Nr. 2.1 der Anlage zu den KBV-Vorgaben Teil B zur Umsetzung der Anpassung des Grundbetrags „Labor“ und zur Anpassung der Vergütung der Leistungen im Bereitschaftsdienst und Notfall für 2018 bzw. der Anlage zu den KBV-Vorgaben Teil B zur Umsetzung der Anpassung des Grundbetrags „Labor“ für 2019 ergab, und
- den gemäß Nr. 3.1 und 3.4 vorgesehenen Veränderungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zwischen dem aktuellen Quartal und dem jeweiligen Quartal des Zeitraums 2/2018 bis 1/2019 (Quartal der Überführung)

und ergibt das Finanzvolumen, das basiswirksam aus dem Vergütungsvolumen des haus- bzw. fachärztlichen Grundbetrags entnommen und dem Vergütungsvolumen des Grundbetrags „Labor“ zugefügt wird.

7. Bei diesem Verfahren ist sicherzustellen, dass die kumulierten Differenzen gemäß Ziffer 4 („Referenzwert Eigenerbringung“ und dem gemäß Ziffer 3 erhöhten „Vergleichswert Eigenerbringung“) der jeweiligen Quartale den erstmalig bestimmten „Referenzwert Eigenerbringung“ des entsprechenden Quartals nicht überschreiten.

4. Angleichung an die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung

Soweit die Summe der gemäß 3. gebildeten Vergütungsvolumina aller Grundbeträge, die die gemäß 6. ermittelten Vorwegabzüge beinhalten, nicht der Summe der vereinbarten bereinigten morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen des aktuellen Abrechnungsquartals entspricht, wird folgende Korrektur vorgenommen: Die Differenz zwischen der vereinbarten bereinigten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und der Summe der Vergütungsvolumina aller Grundbeträge wird ermittelt und entsprechend den Anteilen der gemäß 2. bestimmten Ausgangswerte eines jeden Grundbetrags dem jeweiligen Vergütungsvolumen des Grundbetrags zugeführt oder entnommen.

5. Berücksichtigung von Wechsel zwischen den Versorgungsbereichen

Beim Wechsel des Versorgungsbereichs durch einen Vertragsarzt sind die Vergütungsvolumina der haus- und fachärztlichen Grundbeträge mit Ausnahme der nachfolgenden Regelung nicht anzupassen:

5.1 Vertragsärzte, die gemäß § 73 SGB V dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören

und aus Gründen der Sicherstellung nach dem 1. Juli 2010 eine Genehmigung erhalten haben, in den Vereinbarungen gemäß § 6 Abs. 2 des Vertrages über die hausärztliche Versorgung genannte Leistungen abzurechnen, erhalten die Vergütungen für den abgerechneten Leistungsbedarf dieser Leistungen aus dem Vergütungsvolumen des fachärztlichen Grundbetrags.

- 5.2** Für Vertragsärzte, die gemäß § 73 SGB V dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören, aus Gründen der Sicherstellung eine Genehmigung besitzen, nach dem 1. Januar 2003 in den Vereinbarungen gemäß § 6 Abs. 2 des Vertrages über die hausärztliche Versorgung genannte Leistungen abzurechnen, und den Versorgungsbereich wechseln, sind basiswirksam die Vergütungen für den abgerechneten Leistungsbedarf dieser Leistungen, soweit sie im Zeitraum vom 1. Januar 2009 bis zum 30. Juni 2010 infolge des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschuss in seiner 7. Sitzung vom 27. und 28. August 2008 aus dem versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumen des hausärztlichen Vergütungsbereichs gezahlt werden, quartalsweise auf der Basis des Vorjahresquartals im Vergütungsvolumen des hausärztlichen Grundbetrags zu bereinigen und dem Vergütungsvolumen des fachärztlichen Grundbetrags zuzuführen.

6. Ermittlung von Vorwegabzügen für gesetzliche und vertragliche Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigung

Die Bereitstellung der benötigten Vergütungsvolumen für Vorwegabzüge gemäß 1.1 erfolgt aus dem jeweiligen Vergütungsvolumen des betroffenen Grundbetrags.

7. Ausgleich von Unter- und Überschüssen in Bezug auf die Vergütungsvolumina der Grundbeträge „Labor“, „Bereitschaftsdienst und Notfall“, „genetisches Labor“ und „PFG“

Soweit in der Quartalsabrechnung Unter- und Überschüsse in Bezug auf die gemäß 2. bis 6. abschließend bestimmten Vergütungsvolumina der Grundbeträge „Labor“ und „Bereitschaftsdienst und Notfall“ sowie der versorgungsbereichsspezifischen Grundbeträge „genetisches Labor“ und „PFG“ festgestellt werden, werden diese wie nachfolgend dargestellt angepasst und die dafür notwendigen Finanzmittel wie folgt bereitgestellt:

- 7.1** Eine ggf. notwendige quartalsbezogene Finanzierung eines Unterschusses im Grundbetrag „Labor“ erfolgt nach dem jeweiligen Anteil des haus- bzw. fachärztlichen Versorgungsbereichs am Vergütungsvolumen des Grundbetrags „Labor“ des jeweiligen Abrechnungsquartals. Für die Bestimmung des Anteils sind Vergütungsvolumina definiert als Summe des Honorars für die Behandlung durch bereichseigene Ärzte abzüglich des Saldos aus den Forderungen für Leistungen dieses Bereichs bei bereichsfremden Versicherten durch bereichseigene Ärzte und den Verbindlichkeiten für Leistungen bei bereichseigenen Versicherten durch bereichsfremde Ärzte (FKZ-Saldo) des jeweiligen Versorgungsbereichs. Im Falle von Überschüssen erfolgt die Aufteilung auf die Vergütungsvolumina des haus- und fachärztlichen Grundbetrags nach dem gleichen Verfahren gemäß Satz 1. Diese ggf. erfolgenden Anpassungen bleiben im Ausgangswert des Grundbetrags „Labor“ sowie den Ausgangswerten der haus- und fachärztlichen Grundbeträge für das Folgejahr unberücksichtigt.
- 7.2** Eine ggf. notwendige quartalsbezogene Finanzierung eines Unterschusses im Vergütungsvolumen des Grundbetrags „Bereitschaftsdienst und Notfall“ erfolgt entsprechend der Anzahl der Vertragsärzte entsprechend in den jeweiligen Versorgungsbereichen im Abrechnungsquartal der Zählung gemäß der bis zum 30. September 2013 gültigen KBV-Vorgaben, Teil B, Schritt 11.). Im Falle von Überschüssen erfolgt die Aufteilung auf die Vergütungsvolumina des haus- und fachärztlichen Grundbetrags nach dem gleichen Verfahren gemäß Satz 1. Diese ggf. erfolgenden Anpassungen bleiben im Ausgangswert des Grundbetrags „ärztlicher Bereitschaftsdienst“ sowie in den Ausgangswerten der haus- und fachärztlichen Grundbeträge für das Folgejahr unberücksichtigt.

- 7.3** Eine ggf. notwendige quartalsbezogene Finanzierung eines Unterschusses im Vergütungsvolumen des Grundbetrags „genetisches Labor“ erfolgt aus dem Vergütungsvolumen des fachärztlichen Grundbetrags. Im Falle von Überschüssen erfolgt die Zuführung dieses Überschusses zum Vergütungsvolumen des fachärztlichen Grundbetrags. Diese ggf. erfolgenden Anpassungen bleiben in den Ausgangswerten des Grundbetrags „genetisches Labor“ sowie des fachärztlichen Grundbetrags für das Folgejahr unberücksichtigt.
- 7.4** Eine ggf. notwendige quartalsbezogene Finanzierung eines Unterschusses im Vergütungsvolumen des Grundbetrags „PFG“ erfolgt aus dem Vergütungsvolumen des fachärztlichen Grundbetrags. Im Falle von Überschüssen erfolgt die Zuführung dieses Überschusses zum Vergütungsvolumen des fachärztlichen Grundbetrags. Diese ggf. erfolgenden Anpassungen bleiben in den Ausgangswerten des Grundbetrags „PFG“ sowie des fachärztlichen Grundbetrags für das Folgejahr unberücksichtigt.

Darüber hinausgehende Anpassungen dürfen nicht durchgeführt werden.

Anmerkungen:

1. Zum jetzigen Zeitpunkt sind keine wissenschaftlich evaluierten Indikatoren zur Berücksichtigung von Leistungsverlagerungen zwischen dem haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich bekannt. Sobald diese vorliegen, werden diese Vorgaben entsprechend angepasst.
2. Im Zusammenhang mit der Anpassung des Grundbetrags „Labor“ zum 1. April 2018 sind
 - 2.1 die Höhe der FKZ-Quote für die dem Grundbetrag „Labor“ unterliegenden Leistungen in Höhe von 90 % bis zum 1. April 2020 zu überprüfen und
 - 2.2 durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung die Abrechnung auf Muster 10 veranlasster und auf Muster 10A bezogener allgemeiner Laboratoriumsuntersuchungen des Kapitels 32.2 EBM zu evaluieren. Bei festgestellten relevanten Veränderungen des Verhältnisses zwischen veranlassten und bezogenen allgemeinen Laboratoriumsuntersuchungen sind die KBV-Vorgaben zur Trennung der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung anzupassen.

Anlage zu den KBV-Vorgaben Teil B

gültig für das Jahr 2016

im Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenverband

Vorgabe zur Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung

beschlossen am 9. Juni 2015 mit Wirkung für das Jahr 2016

geändert am 31. Mai 2016 mit Wirkung zum 1. Juli 2016

**geändert am 13. Juni 2017 rückwirkend mit Wirkung zum 1. Januar 2016 (Nr. 5) und
1. Oktober 2016 (Nr. 6)**

Gemäß der Präambel zu den KBV-Vorgaben Teil B werden zur Berücksichtigung von Beschlüssen des Bewertungsausschusses oder gesetzlichen Änderungen, die keine grundsätzliche Änderung der in Teil B dargestellten Systematik der Verfahrens zur Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung zur Folge haben, die notwendigen Regelungen in Form eines Anhangs zu Teil B gegeben. Für das Jahr 2016 wird dazu das Folgende geregelt:

1. Im Zeitraum vom 1. Quartal 2016 bis 3. Quartal 2016 wird der Ausgangswert für die Fortschreibung des fachärztlichen Grundbetrags um folgenden Betrag basiswirksam vermindert und dem Ausgangswert für die Fortschreibung des Grundbetrags „genetisches Labor“ in gleicher Höhe zugeführt:

Der im jeweiligen Vorjahresquartal für die Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 11230 bis 11232 angeforderte Leistungsbedarf gemäß Euro-Gebührenordnung für bereichseigene Versicherte wird multipliziert mit dem Verhältnis aus Honorar und Leistungsbedarf gemäß Euro-Gebührenordnung für bereichseigene Ärzte für diese Gebührenordnungspositionen und dividiert durch die Anzahl der Versicherten im jeweiligen Vorjahresquartal.

Die Fortschreibung der so angepassten Ausgangsbasis für den fachärztlichen Grundbetrag und den Grundbetrag „genetisches Labor“ erfolgt entsprechend den KBV- Vorgaben, Teil B.

2. Für das 3. und 4. Quartal 2016 wird der Ausgangswert für die Fortschreibung des fachärztlichen Grundbetrags um folgenden Betrag basiswirksam vermindert und dem Ausgangswert für die Fortschreibung des Grundbetrags „genetisches Labor“ in gleicher Höhe zugeführt:

Der im jeweiligen Vorjahresquartal für die Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 11310 bis 11312 angeforderte Leistungsbedarf gemäß Euro-Gebührenordnung für bereichseigene Versicherte wird multipliziert mit dem Verhältnis aus Honorar und Leistungsbedarf gemäß Euro-Gebührenordnung für bereichseigene Ärzte für diese Gebührenordnungspositionen und dividiert durch die Anzahl der Versicherten im jeweiligen Vorjahresquartal.

Die Fortschreibung der so angepassten Ausgangsbasis für den fachärztlichen Grundbetrag und den Grundbetrag „genetisches Labor“ erfolgt entsprechend den KBV- Vorgaben, Teil B.

3. Für das 3. und 4. Quartal 2016 wird der Ausgangswert für die Fortschreibung des Grundbetrags „Labor“ um folgenden Betrag basiswirksam vermindert und dem Ausgangswert für die Fortschreibung des Grundbetrags „genetisches Labor“ in gleicher Höhe zugeführt:

Der im jeweiligen Vorjahresquartal für die Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 32860 bis 32863 angeforderte Leistungsbedarf gemäß Euro-Gebührenordnung für bereichseigene Versicherte wird multipliziert mit der jeweils gültigen Abstaffelungsquote Q gemäß Teil E und dividiert durch die Anzahl der Versicherten im jeweiligen Vorjahresquartal.

Die Fortschreibung der so angepassten Ausgangsbasis für den Grundbetrag „Labor“ und den Grundbetrag „genetisches Labor“ erfolgt entsprechend den KBV-Vorgaben, Teil B.

4. Sofern in einer Kassenärztlichen Vereinigung gemäß den regionalen Gesamtverträgen nach den Empfehlungen des Bewertungsausschusses in seiner 372. Sitzung⁸ die Leistungsbereiche
 - a. umfangreiche humangenetische Analysen (Gebührenordnungspositionen 11449 und 11514 EBM),
 - b. allgemeine Tumorgenetik (Abschnitt 19.4.2 EBM) sowie
 - c. Companion Diagnostic (Abschnitt 19.4.4 EBM)

außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet werden, ist das Ausbudgetierungsvolumen gemäß o. g. Beschluss entsprechend Teil B, Nr. 3.5 für das 3. und 4. Quartal 2016 anteilig zu einem Drittel aus dem fachärztlichen Vergütungsvolumen und zu zwei Dritteln aus dem Vergütungsvolumen für den Grundbetrag „genetisches Labor“ zu entnehmen. Sofern die bei der erstmaligen Bildung des Grundbetrags „genetisches Labor“ realisierten Einsparungen⁹ den auf das fachärztliche Vergütungsvolumen entfallenden Ausbudgetierungsbetrag unterschreiten, ist der Anteil des Ausbudgetierungsbetrags der dem fachärztlichen Vergütungsvolumen nach Satz 1 dieses Abschnitts zu entnehmen ist, entsprechend zu reduzieren; der Anteil des Ausbudgetierungsbetrags, der auf das Vergütungsvolumen für den Grundbetrag „genetisches Labor“ entfällt, ist entsprechend zu erhöhen.

Für den Fall, dass in einem Quartal die realisierten Einsparungen im Zeitraum vom 3. Quartal 2016 bis 2. Quartal 2017 den gemäß Satz 1 auf das fachärztliche Vergütungsvolumen entfallenden Ausbudgetierungsbetrag übersteigen, kann die Kassenärztliche Vereinigung Maßnahmen vorsehen, die bei jahresweiser Betrachtung die Berücksichtigung aller realisierten Einsparungen ermöglicht.

5. Der Bewertungsausschuss beschließt gemäß § 87a Abs. 5 Satz 10 SGB V Vorgaben, die die Aufsatzwerte nach § 87a Abs. 4 Satz 1 SGB V einmalig und basiswirksam in den vier Quartalen des Jahres 2016 jeweils in dem Umfang zu erhöhen, der dem jeweiligen Betrag

⁸ Beschluss des Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 372. Sitzung am 11. März 2016 zu Empfehlungen gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 SGB V und § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V i. V. m. § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 SGB V sowie Vorgaben zur Anpassung der kassenspezifischen Aufsatzwerte des bereinigten Behandlungsbedarfs gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 SGB V und der Anteile der einzelnen Krankenkassen gemäß § 87a Abs. 4 Satz 2 SGB V zur Finanzierung des Leistungsanstiegs im humangenetischen Bereich

⁹ Von Einsparungen ist auszugehen, wenn bei der erstmaligen Bestimmung des Grundbetrags „genetisches Labor“ gemäß KBV-Vorgaben, Teil G Nr. 1.1, beschlossen am 11. März 2014, der mit 0,85 multiplizierte Leistungsbedarf (Teil G, Nr. 1.1.2) als kleinerer Wert verwendet wurde und nicht die zutreffende morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (Teil G, Nr. 1.1.1). Zur Ermittlung der realisierten Einsparungen sind die zwischenzeitlich angewendeten Veränderungen gemäß KBV-Vorgaben, Teil B Nr. 3, zu berücksichtigen.

der Honorarerhöhung durch die Aufhebung des Investitionskostenabschlages entspricht. Zur Verteilung der dadurch bereitgestellten Finanzmittel auf die Grundbeträge wird das Folgende vorgegeben:

Das sich durch die Aufhebung des Investitionskostenabschlages ergebene Finanzvolumen wird nach dem Leistungsbedarfsanteil der auf die dem Investitionskostenabschlag unterliegenden Leistungen der bereichseigenen Versicherten auf die Grundbeträge aufgeteilt. Dabei wird entsprechend dem letzten ermittelbaren quartalsweisen Leistungsbedarfsanteil der dem Investitionskostenabschlag unterliegenden Leistungen der jeweils betroffenen Grundbeträge der bereichseigenen Versicherten an dem gesamten Leistungsbedarf der dem Investitionskostenabschlag unterliegenden Leistungen der bereichseigenen Versicherten der Anteil gebildet und das sich damit ergebende Finanzvolumen dem jeweiligen betroffenen Vergütungsvolumen des jeweiligen Grundbetrags basiswirksam zugeführt.¹⁰

6. Der Bewertungsausschuss hat in seiner 378. Sitzung am 10. August 2016 zur Finanzierung des im Zusammenhang mit der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (sQS) bei der Erbringung von PCI und Koronarangiographien entstehenden zusätzlichen Aufwandes bei Leistungen des EBM beschlossen.

Das sich durch die Finanzierung des im Zusammenhang mit der sQS bei der Erbringung von PCI und Koronarangiographien im 4. Quartal 2016 ergebene Finanzvolumen wird dem jeweiligen Vergütungsvolumen der betroffenen Grundbeträge anteilig entsprechend der im Vorjahresquartal abgerechneten Leistungsmenge für bereichseigene Versicherte basiswirksam zugeführt.

¹⁰ Sofern die notwendigen Informationen für die Bestimmung des Anteils bezogen auf bereichseigene Versicherte nicht vorliegen, kann hilfswiese die Abgrenzung bereichseigene Versicherte bei bereichseigenen Ärzten herangezogen werden.

Anlage zu den KBV-Vorgaben Teil B

gültig für das Jahr 2017

im Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenverband

Vorgabe zur Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung

**beschlossen am 31. Mai 2016 mit Wirkung für das Jahr 2017
geändert am 13. Juni 2017 mit Wirkung für das Jahr 2017**

Gemäß der Präambel zu den KBV-Vorgaben, Teil B werden zur Berücksichtigung von Beschlüssen des Bewertungsausschusses oder gesetzlichen Änderungen, die keine grundsätzliche Änderung der in Teil B dargestellten Systematik der Verfahrens zur Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung zur Folge haben, die notwendigen Regelungen in Form eines Anhangs zu Teil B gegeben. Für das Jahr 2017 wird dazu das Folgende geregelt:

1. Für das 1. und 2. Quartal 2017 wird der Ausgangswert für die Fortschreibung des fachärztlichen Grundbetrags um folgenden Betrag basiswirksam vermindert und dem Ausgangswert für die Fortschreibung des Grundbetrags „genetisches Labor“ in gleicher Höhe zugeführt:

Der im jeweiligen Vorjahresquartal für die Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 11310 bis 11312 angeforderte Leistungsbedarf gemäß Euro-Gebührenordnung für bereichseigene Versicherte wird multipliziert mit dem Verhältnis aus Honorar und Leistungsbedarf gemäß Euro-Gebührenordnung für bereichseigene Ärzte für diese Gebührenordnungspositionen und dividiert durch die Anzahl der Versicherten im jeweiligen Vorjahresquartal.

2. Für das 1. und 2. Quartal 2017 wird der Ausgangswert für die Fortschreibung des Grundbetrags „Labor“ um folgenden Betrag basiswirksam vermindert und dem Ausgangswert für die Fortschreibung des Grundbetrags „genetisches Labor“ in gleicher Höhe zugeführt:

Der im jeweiligen Vorjahresquartal für die Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 32860 bis 32863 angeforderte Leistungsbedarf gemäß Euro-Gebührenordnung für bereichseigene Versicherte wird multipliziert mit der jeweils gültigen Abstaffelungsquote Q gemäß Teil E und dividiert durch die Anzahl der Versicherten im jeweiligen Vorjahresquartal.

Die Fortschreibung der so angepassten Ausgangsbasis für den Grundbetrag „Labor“ und den Grundbetrag „genetisches Labor“ erfolgt entsprechend den KBV-Vorgaben, Teil B.

3. Sofern in einer Kassenärztlichen Vereinigung nach den regionalen Gesamtverträgen gemäß den Empfehlungen des Bewertungsausschusses in seiner 372. Sitzung¹¹ die Leistungsbereiche
 - a. umfangreiche humangenetische Analysen (Gebührenordnungspositionen 11449 und 11514 EBM),
 - b. allgemeine Tumorgenetik (Abschnitt 19.4.2 EBM) sowie
 - c. Companion Diagnostic (Abschnitt 19.4.4 EBM)

außerhalb der morbiditätsbedingen Gesamtvergütung vergütet werden, ist das Ausbudgetierungsvolumen gemäß o. g. Beschluss entsprechend Teil B, Nr. 3.5 für das 1. und 2. Quartal 2017 anteilig zu einem Drittel aus dem fachärztlichen Vergütungsvolumen und zu zwei Drittel aus dem Vergütungsvolumen für den Grundbetrag „genetisches Labor“ zu entnehmen. Sofern die bei der erstmaligen Bildung des Grundbetrags „genetisches Labor“ realisierten Einsparungen¹² den auf das fachärztliche Vergütungsvolumen entfallenden Ausbudgetierungsbetrag unterschreiten, ist der Anteil des Ausbudgetierungsbetrags der dem fachärztlichen Vergütungsvolumen nach Satz 1 dieses Abschnitts zu entnehmen ist, entsprechend zu reduzieren, der Anteil des Ausbudgetierungsbetrags, der auf das Vergütungsvolumen für den Grundbetrag „genetisches Labor“ entfällt, ist entsprechend zu erhöhen.

Für den Fall, dass in einem Quartal die realisierten Einsparungen im Zeitraum vom 3. Quartal 2016 bis 2. Quartal 2017 den gemäß Satz 1 auf das fachärztliche Vergütungsvolumen entfallenden Ausbudgetierungsbetrag übersteigen, kann die Kassenärztliche Vereinigung Maßnahmen vorsehen, die bei jahresweiser Betrachtung die Berücksichtigung aller realisierten Einsparungen ermöglicht.

4. Der Bewertungsausschuss hat in seiner 378. Sitzung am 10. August 2016 zur Finanzierung des im Zusammenhang mit der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (sQS) bei der Erbringung von PCI und Koronarangiographien entstehenden zusätzlichen Aufwandes bei Leistungen des EBM beschlossen.

Das sich durch die Finanzierung des im Zusammenhang mit der sQS bei der Erbringung von PCI und Koronarangiographien in den Quartalen 2017/1 bis 2017/3 jeweils ergebene Finanzvolumen wird dem jeweiligen Vergütungsvolumen der betroffenen Grundbeträge anteilig entsprechend der im Vorjahresquartal abgerechneten Leistungsmenge für bereichseigene Versicherte basiswirksam zugeführt.

¹¹ Beschluss des Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 372. Sitzung am 11. März 2016 zu Empfehlungen gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 SGB V und § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V i. V. m. § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 SGB V sowie Vorgaben zur Anpassung der kassenspezifischen Aufsatzwerte des bereinigten Behandlungsbedarfs gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 SGB V und der Anteile der einzelnen Krankenkassen gemäß § 87a Abs. 4 Satz 2 SGB V zur Finanzierung des Leistungsanstiegs im humangenetischen Bereich

¹² Von Einsparungen ist auszugehen, wenn bei der erstmaligen Bestimmung des Grundbetrags „genetisches Labor“ gemäß KBV-Vorgaben, Teil G Nr. 1.1, beschlossen am 11. März 2014, der mit 0,85 multiplizierte Leistungsbedarf (Teil G, Nr. 1.1.2) als kleinerer Wert verwendet wurde und nicht die zutreffende morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (Teil G, Nr. 1.1.1). Zur Ermittlung der realisierten Einsparungen sind die zwischenzeitlich angewendeten Veränderungen gemäß KBV-Vorgaben, Teil B Nr. 3, zu berücksichtigen.

Anlage
zu den KBV-Vorgaben Teil B
zur Umsetzung der Anpassung des Grundbetrags „Labor“
und zur Anpassung der Vergütung der Leistungen im
Bereitschaftsdienst und Notfall
gültig für das Jahr 2018

im Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenverband

Vorgabe zur Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens
für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung

beschlossen am 15. November 2017 mit Wirkung für das Jahr 2018
geändert am 12. Dezember 2017 mit Wirkung ab dem 1. April 2018

Die folgende Anlage zu den KBV-Vorgaben, Teil B, regelt abweichend von der Präambel der KBV-Vorgaben, Teil B, das Nähere zur Anpassung der Vergütung der Leistungen im Bereitschaftsdienst und Notfall gemäß § 87b Abs. 1 Satz 3 SGB V und zur Anpassung der Vergütung laboratoriumsmedizinischer Leistungen sowie der damit verbundenen Anpassung der Vergütungsvolumina betroffener Grundbeträge für den Zeitraum vom 1. Quartal 2018 bis zum 4. Quartal 2018:

1. Für das 1. Quartal 2018 gilt:

Der Ausgangswert für die Fortschreibung des Grundbetrags „Bereitschaftsdienst und Notfall“ (der bis zum 4. Quartal 2017 gültige Grundbetrag „ärztlicher Bereitschaftsdienst“) wird basiswirksam um die Finanzmittel für Aufwendungen betreffend Bereitschaftsdienst und Notfall erhöht, die derzeit noch anderen Grundbeträgen zugeordnet sind. Der Ausgangswert für die Fortschreibung des jeweils anderen betroffenen Grundbetrags wird in gleicher Höhe vermindert.

Die Höhe der in den neu abgegrenzten Grundbetrag „Bereitschaftsdienst und Notfall“ aufgrund ihrer Zuordnung zu Aufwendungen betreffend Bereitschaftsdienst und Notfall jeweils zu überführenden Finanzmittel ergibt sich durch die Multiplikation des angeforderten Leistungsbedarfs nach regionaler Euro-Gebührenordnung dieser Leistungen für die Behandlung bereichseigener Versicherter im Vorjahresquartal mit der Auszahlungsquote für diese Leistungen bzw. den dafür im Vorjahresquartal aufgewendeten Finanzmittel dividiert durch die Anzahl der Versicherten im jeweiligen Vorjahresquartal. Die Auszahlungsquote ergibt sich durch die Division des Honorars durch den angeforderten Leistungsbedarf nach regionaler Euro-Gebührenordnung der zu überführenden Leistungen für bereichseigene Ärzte im Vorjahresquartal. Zudem werden Finanzmittel in Höhe der Unterschüsse des bis zum 4. Quartal 2017 gültigen Grundbetrags „ärztlicher Bereitschaftsdienst“ in den Quartalen des Jahres 2018 basiswirksam zugeführt bzw. im Fall von Überschüssen basiswirksam entnommen. Dazu werden Finanzmittel in Höhe der Unter- bzw. Überschüsse im jeweiligen Vorjahresquartal entsprechend dem Aufteilungsschlüssel gemäß Teil B Nr. 7.2 anteilig aus dem hausärztlichen und fachärztlichen Grundbetrag für den Grundbetrag „Bereitschaftsdienst und Notfall“ bereitgestellt bzw. dem Grundbetrag „Bereitschaftsdienst und Notfall“ entnommen.

Die Fortschreibung der so angepassten Ausgangsbasis für jeden Grundbetrag erfolgt entsprechend den KBV-Vorgaben, Teil B.

2. Für das 2. bis 4. Quartal 2018 gilt:**2.1 Anpassung der Vergütung laboratoriumsmedizinischer Leistungen**

Der Ausgangswert für die Fortschreibung des Grundbetrags „Labor“ wird aufgrund folgender dem Grundbetrag „Labor“ bis einschließlich zum 1. Quartal 2018 zugeordneten Sachverhalte basiswirksam vermindert und die sich ergebenden Finanzmittel dem Ausgangswert für die Fortschreibung des jeweils betroffenen Grundbetrags in gleicher Höhe zugeführt:

1. Finanzmittel für laboratoriumsmedizinische Leistungen des Kapitels 32 EBM, die im organisierten Not(-fall)dienst erbracht wurden, werden in den Grundbetrag „Bereitchaftsdienst und Notfall“ überführt.
2. Finanzmittel für eigenerbrachte laboratoriumsmedizinische Untersuchungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM werden entsprechend der Zuordnung des abrechnenden Arztes zum jeweiligen Versorgungsbereich in den haus- bzw. fachärztlichen Grundbetrag überführt.
3. Finanzmittel für von Laborgemeinschaften abgerechnete laboratoriumsmedizinische Untersuchungen (Anforderung über Muster 10A) werden im Verhältnis des bestimm- baren Anteils des jeweiligen Versorgungsbereichs an der Zuordnung des beziehenden Arztes zum jeweiligen Versorgungsbereich in den haus- bzw. fachärztlichen Grundbetrag überführt.
4. Finanzmittel für die Laborgrundpauschalen (GOP 12210 und 12220 EBM) werden in den fachärztlichen Grundbetrag überführt.

Die Höhe der jeweils zu überführenden Finanzmittel zu jedem aufgeführten Sachverhalt ergibt sich durch die Multiplikation des angeforderten Leistungsbedarfs nach regionaler Euro-Gebührenordnung der Leistungen für diesen Sachverhalt für die Behandlung bereichseigener Versicherter im Vorjahresquartal mit der „rechnerischen Quote Labor“ dividiert durch die Anzahl der Versicherten im jeweiligen Vorjahresquartal. Die „rechnerische Quote Labor“ ergibt sich durch die Division des Vergütungsvolumens des bisherigen Grundbetrags „Labor“¹³ durch den angeforderten Leistungsbedarf nach regionaler Euro-Gebührenordnung für die Behandlung bereichseigener Versicherter der dem bisherigen Grundbetrag „Labor“ unterliegenden Leistungen im Vorjahresquartal.¹⁴

Für den Fall deutlich unterschiedlicher Höhen der quartalsweise bestimmten rechnerischen Quote kann durch die Kassenärztliche Vereinigung die rechnerische Quote auch als Durchschnittswert bezogen auf die letzten vier verfügbaren Quartale bestimmt werden. Die so jahresweise bestimmte rechnerischen Quote kann auch zur Glättung der Finanzmittel, die im Grundbetrag „Labor“ verbleiben, verwendet werden; dazu wird der im Grundbetrag „Labor“ verbleibende angeforderte Leistungsbedarf nach regionaler Euro-Gebührenordnung für die Behandlung bereichseigener Versicherter des jeweiligen Quartals mit dieser jahresweise bestimmten rechnerischen Quote multipliziert. Der dazu notwendige Ausgleich der Finanzmittel erfolgt analog zu den Regelungen in Teil B, Nr. 7.1.

Die Fortschreibung der so angepassten Ausgangsbasis für jeden Grundbetrag erfolgt entsprechend den KBV-Vorgaben, Teil B.

¹³ Dabei ist das Vergütungsvolumen des Grundbetrags „Labor“ ohne die Berücksichtigung von Unter- bzw. Überschüssen zugrunde zu legen.

¹⁴ Sofern eine Kassenärztliche Vereinigung die Steuerung von speziellen Laboratoriumsuntersuchungen durch Nicht-Laborärzte gemäß KBV-Vorgaben Teil E, 3.4 in der bis zum 31. März 2018 gültigen Fassung, angewendet hat, ist der durch diese Steuerung anerkannte Leistungsbedarf zu verwenden.

2.2 Anpassung der Vergütung der Leistungen im Bereitschaftsdienst und Notfall

Der Ausgangswert für die Fortschreibung des Grundbetrags „Bereitschaftsdienst und Notfall“ (der bis zum 4. Quartal 2017 gültige Grundbetrag „ärztlicher Bereitschaftsdienst“) wird basiswirksam um die Finanzmittel für Aufwendungen betreffend Bereitschaftsdienst und Notfall erhöht, die derzeit noch anderen Grundbeträgen zugeordnet sind. Der Ausgangswert für die Fortschreibung des jeweils anderen betroffenen Grundbetrags wird in gleicher Höhe vermindert.

Die Höhe der in den neu abgegrenzten Grundbetrag „Bereitschaftsdienst und Notfall“ aufgrund ihrer Zuordnung zu Aufwendungen betreffend Bereitschaftsdienst und Notfall jeweils zu überführenden Finanzmittel ergibt sich durch die Multiplikation des angeforderten Leistungsbedarfs nach regionaler Euro-Gebührenordnung dieser Leistungen für die Behandlung bereichseigener Versicherter im Vorjahresquartal mit der Auszahlungsquote für diese Leistungen bzw. den dafür im Vorjahresquartal aufgewendeten Finanzmittel dividiert durch die Anzahl der Versicherten im jeweiligen Vorjahresquartal. Die Auszahlungsquote ergibt sich durch die Division des Honorars durch den angeforderten Leistungsbedarf nach regionaler Euro-Gebührenordnung der zu überführenden Leistungen für bereichseigene Ärzte im Vorjahresquartal. Dies gilt nicht für die Finanzmittel für laboratoriumsmedizinische Leistungen des Kapitels 32 EBM, die im organisierten Not(-fall)dienst erbracht werden. Diese werden gemäß Nr. 2.1 dieser Anlage zur Anpassung der Vergütung laboratoriumsmedizinischer Leistungen überführt. Zudem werden Finanzmittel in Höhe der Unterschüsse des bis zum 4. Quartal 2017 gültigen Grundbetrags „ärztlicher Bereitschaftsdienst“ in den Quartalen des Jahres 2018 basiswirksam zugeführt bzw. im Fall von Überschüssen basiswirksam entnommen. Dazu werden Finanzmittel in Höhe der Unter- bzw. Überschüsse im jeweiligen Vorjahresquartal entsprechend dem Aufteilungsschlüssel gemäß Teil B Nr. 7.2 anteilig aus dem hausärztlichen und fachärztlichen Grundbetrag für den Grundbetrag „Bereitschaftsdienst und Notfall“ bereitgestellt bzw. dem Grundbetrag „Bereitschaftsdienst und Notfall“ entnommen.

Die Fortschreibung der so angepassten Ausgangsbasis für jeden Grundbetrag erfolgt entsprechend den KBV-Vorgaben, Teil B.

Anlage zu den KBV-Vorgaben Teil B zur Umsetzung der Anpassung des Grundbetrags „Labor“ gültig für das Jahr 2019

im Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenverband

Vorgabe zur Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung

beschlossen am 12. Dezember 2017 mit Wirkung für das 1. Quartal 2019

Die folgende Anlage zu den KBV-Vorgaben, Teil B, regelt abweichend von der Präambel der KBV-Vorgaben, Teil B, das Nähere zur Anpassung der Vergütung laboratoriumsmedizinischer Leistungen und der damit verbundenen Anpassung der Vergütungsvolumina betroffener Grundbeträge für das 1. Quartal 2019:

Anpassung der Vergütung laboratoriumsmedizinischer Leistungen

Der Ausgangswert für die Fortschreibung des Grundbetrags „Labor“ wird aufgrund folgender dem Grundbetrag „Labor“ bis einschließlich zum 1. Quartal 2018 zugeordneten Sachverhalte basiswirksam vermindert und die sich ergebenden Finanzmittel dem Ausgangswert für die Fortschreibung des jeweils betroffenen Grundbetrags in gleicher Höhe zugeführt:

1. Finanzmittel für laboratoriumsmedizinische Leistungen des Kapitels 32 EBM, die im organisierten Not(-fall)dienst erbracht wurden, werden in den Grundbetrag „Bereitschaftsdienst und Notfall“ überführt.
2. Finanzmittel für eigenerbrachte laboratoriumsmedizinische Untersuchungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM werden entsprechend der Zuordnung des abrechnenden Arztes zum jeweiligen Versorgungsbereich in den haus- bzw. fachärztlichen Grundbetrag überführt.
3. Finanzmittel für von Laborgemeinschaften abgerechnete laboratoriumsmedizinische Untersuchungen (Anforderung über Muster 10A) werden im Verhältnis des bestimmbar Anteils des jeweiligen Versorgungsbereichs an der Zuordnung des beziehenden Arztes zum jeweiligen Versorgungsbereich in den haus- bzw. fachärztlichen Grundbetrag überführt.
4. Finanzmittel für die Laborgrundpauschalen (GOP 12210 und 12220 EBM) werden in den fachärztlichen Grundbetrag überführt.

Die Höhe der jeweils zu überführenden Finanzmittel zu jedem aufgeführten Sachverhalt ergibt sich durch die Multiplikation des angeforderten Leistungsbedarfs nach regionaler Euro-Gebührenordnung der Leistungen für diesen Sachverhalt für die Behandlung bereichseigener Versicherter im Vorjahresquartal mit der „rechnerischen Quote Labor“ dividiert durch die Anzahl der Versicherten im jeweiligen Vorjahresquartal. Die „rechnerische Quote Labor“ ergibt sich durch die Division des Vergütungsvolumens des bisherigen Grundbetrags „Labor“¹⁵ durch den angeforderten Leistungsbedarf nach regionaler Euro-Gebührenordnung für die Behandlung bereichseigener Versicherter der dem bisherigen Grundbetrag „Labor“ unterliegenden Leistungen im Vorjahresquartal.¹⁶

¹⁵ Dabei ist das Vergütungsvolumen des Grundbetrags „Labor“ ohne die Berücksichtigung von Unter- bzw. Überschüssen zugrunde zu legen.

¹⁶ Sofern eine Kassenärztliche Vereinigung die Steuerung von speziellen Laboratoriumsuntersuchungen durch Nicht-Laborärzte gemäß KBV-Vorgaben Teil E, 3.4 in der bis zum 31. März 2018 gültigen Fassung, angewendet hat, ist der durch diese Steuerung anerkannte Leistungsbedarf zu verwenden.

Für den Fall deutlich unterschiedlicher Höhen der quartalsweise bestimmten rechnerischen Quote kann durch die Kassenärztliche Vereinigung die rechnerische Quote auch als Durchschnittswert bezogen auf die letzten vier verfügbaren Quartale bestimmt werden. Die so jahresweise bestimmte rechnerische Quote kann auch zur Glättung der Finanzmittel, die im Grundbetrag „Labor“ verbleiben, verwendet werden; dazu wird der im Grundbetrag „Labor“ verbleibende angeforderte Leistungsbedarf nach regionaler Euro-Gebührenordnung für die Behandlung bereichseigener Versicherter des jeweiligen Quartals mit dieser jahresweise bestimmten rechnerischen Quote multipliziert. Der dazu notwendige Ausgleich der Finanzmittel erfolgt analog zu den Regelungen in Teil B, Nr. 7.1.

Die Fortschreibung der so angepassten Ausgangsbasis für jeden Grundbetrag erfolgt entsprechend den KBV-Vorgaben, Teil B.

Teil C

im Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband

Vorgaben zur angemessenen Vergütung psychotherapeutischer Leistungen

Die mit Beschluss des Bewertungsausschusses empfohlene Vergütung der Leistungen der antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapie sowie der probatorischen Sitzungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung setzt die angemessene Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen gemäß § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V um. Soweit die hierfür notwendige gesamtvertragliche Vereinbarung nicht vorliegt, erfolgt die Vergütung und Steuerung der psychotherapeutischen Leistungen nach Maßgabe der Kassenärztlichen Vereinigung.

Teil D

im Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband

Vorgaben zur Berücksichtigung kooperativer Behandlung von Patienten in dafür gebildeten Versorgungsformen

1. Die Kassenärztliche Vereinigung prüft, ob Tatbestände für eine angemessene Berücksichtigung der kooperativen Behandlung von Patienten in dafür vorgesehenen Versorgungsformen bei der Honorarverteilung vorliegen.
2. Liegen Tatbestände für eine Berücksichtigung vor, kann zur Förderung der gemeinsamen vertragsärztlichen Versorgung in dafür vorgesehenen Versorgungsformen das zu erwartende praxisbezogene Honorar
 - a. bei nicht standortübergreifenden fach- und schwerpunktgleichen Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten der gleichen Arztgruppe um 10 Prozent erhöht werden,
 - b. bei standortübergreifenden fach- und schwerpunktgleichen Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten der gleichen Arztgruppe um 10 Prozent erhöht werden, soweit ein Kooperationsgrad von mindestens 10 % erreicht wird und
 - c. in fach- und schwerpunktübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten, in denen mehrere Ärzte unterschiedlicher Arztgruppen tätig sind, unter Berücksichtigung des Kooperationsgrades der Einrichtung oder Praxis um die in nachstehender Tabelle in Prozent ausgewiesenen Anpassungsfaktoren erhöht werden.

Kooperationsgrad in Prozent	Anpassungsfaktor in Prozent
0 bis unter 10	0
10 bis unter 15	10
15 bis unter 20	15
20 bis unter 25	20
25 bis unter 30	25
30 bis unter 35	30
35 bis unter 40	35
40 und größer	40

- d. Dabei ist der Kooperationsgrad wie folgt definiert: Kooperationsgrad (KG) je Abrechnungsquartal in Prozent = $(\text{relevante Arztfallzahl der Arztpraxis im Vorjahresquartal} / \text{Zahl der relevanten Behandlungsfälle im Vorjahresquartal}) - 1) * 100$.
 - e. Die Kassenärztliche Vereinigung kann ergänzende Regelungen zur Erleichterung der Ermittlung des Kooperationsgrades, zum Beispiel durch Kennzeichnung der Arztfälle, festlegen.
 - f. Die Kassenärztliche Vereinigung kann für förderungswürdige fach- und schwerpunktübergreifende Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinische Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten gemäß c. mit weit überwiegend fach- bzw. schwerpunktgleicher ärztlicher Besetzung einen Anpassungsfaktor in Höhe von 10 % für deren fach- bzw. schwerpunktgleiche Tätigkeit festlegen, auch wenn der Kooperationsgrad den Wert von 10 % unterschreitet.
3. Von den in dem Vorschlag gemäß 2. zur Förderung der gemeinsamen vertragsärztlichen Versorgung in dafür vorgesehenen Versorgungsformen angegebenen Werten kann nach Maßgabe der Kassenärztlichen Vereinigung abgewichen werden.
 4. Die Regelung in 2. ist auch nur in einzelnen Punkten anwendbar.
 5. Von den vorgeschlagenen Zuschlägen gemäß 2. kann die Kassenärztliche Vereinigung abweichende Regelungen festlegen, um der kooperativen Behandlung von Patienten in dafür vorgesehenen Versorgungsformen angemessen Rechnung zu tragen.

Teil E

im Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband
(unbesetzt)

Teil F

im Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband

Vorgaben zu den Grundsätzen der Bereinigung des zu erwartenden Honorars gemäß § 87b Abs. 4 Satz 2 SGB V

beschlossen am 12. April 2016 mit Wirkung zum 1. April 2016

Gemäß §§ 64 Abs. 3 Satz 1, 73b Abs. 7 und § 140a Abs. 6 SGB V haben die Partner der Gesamtverträge nach § 83 Abs. 1 SGB V den Behandlungsbedarf nach § 87a Abs. 3 Satz 2 SGB V entsprechend der Zahl und der Morbiditätsstruktur der teilnehmenden Versicherten sowie dem vereinbarten Versorgungsauftrag zu bereinigen.

Erfolgt eine Bereinigung nach diesen Vorschriften haben die Kassenärztlichen Vereinigungen in der Honorarverteilung nach § 87b Abs. 2 Satz 1 in Verbindung mit § 87b Abs. 4 Satz 2 SGB V folgende Grundsätze einzuhalten:

1. Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben das Verfahren zur Bereinigung der (zu erwartenden) Honorare innerhalb der Honorarverteilungsmaßstäbe (im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen) zu regeln.
2. Bei der Bereinigung des (zu erwartenden) Honorars ist sicherzustellen, dass für die gleichen Quartale und in der Höhe der Summe der Bereinigung der morbiditätsbedingte Gesamtvergütung bereinigt wird.
3. Die Bereinigung des (zu erwartenden) Honorars erfolgt ausschließlich für den bereinigungsrelevanten selektivvertraglichen Versorgungsumfang (insbesondere Ziffernkranz des Selektivvertrages).
4. Für die Ermittlung der Höhe der Bereinigung des zu erwartenden Honorars sind ausschließlich die kollektivvertraglichen Honorarregelungen nach §§ 83, 85 und 87a SGB V zur morbiditätsbedingten Gesamtvergütung der Partner der Gesamtverträge heranzuziehen.
5. Auswirkungen der Selektivverträge auf die Höhe der Rückstellungen sowie der Vergütungsvolumen der (versorgungsbereichsspezifischen) Grundbeträge werden entsprechend der jeweiligen Anteile berücksichtigt.
6. Mehrfachbereinigungen bei einem Versicherten bei Abschluss von mehreren Selektivverträgen durch eine Krankenkasse werden vermieden.
7. Zur Bereinigung des (zu erwartenden) Honorars hat die KBV geeignete und neutrale Verfahren gemäß § 87b Abs. 4 SGB V in der Fassung des GKV-VSG vorzugeben. Ein geeignetes und neutrales Verfahren ist gegeben, wenn die Kassenärztlichen Vereinigungen bei der arztbezogenen Bereinigung des (zu erwartenden) Honorars und der bereinigten Fallwerte die individuelle Fallzahl bzw. deren Veränderung bei jedem Arzt berücksichtigt; die Umsetzung erfolgt je nach Ausgestaltung der Honorarverteilung:

- 1) Bei Verwendung der Fallzahlen des aktuellen Quartals im Rahmen der Honorarverteilung (beispielweise Regeleistungsvolumen oder Qualitätsgebundene Zusatzvolumen) ist ein gemäß der gesetzlichen Vorgaben geeignetes und neutrales Verfahren der Honorarbereinigung auf Arzzebene sichergestellt.
- 2) Sofern Kassenärztliche Vereinigungen auf Vorjahresfallzahlen basierende Honorarverteilungsinstrumente verwenden, darf bei Ärzten keine individuelle Kürzung der Fallzahl für bislang von ihm nicht betreute Patienten vorgenommen werden.
- 3) Wenn andere Arten der Mengensteuerung verwendet werden, ist ein Bereinigungsverfahren entsprechend dem Grundsatz nach Satz 2 anzuwenden.

Eine Kassenärztliche Vereinigung kann zudem bei Vorliegen valider Daten z. B. eine anteilige Berücksichtigung von Selektivvertragsbehandlungen bei einem Selektivvertragsversicherten vornehmen und damit die Behandlung auf Kollektiv- und Selektivvertrag aufteilen. Die Kassenärztliche Vereinigung kann über die dargestellten arztbezogenen Bereinigungsverfahren hinaus weitere Methoden verwenden, die in ihren Auswirkungen dem Grundsatz nach Satz 2 entsprechen.

8. Bei Ärzten und Psychotherapeuten, die einer Kapazitätsgrenze unterliegen wird abweichend von den vorherigen Regelungen wie folgt bereinigt.
 - a. Zunächst werden die für eine betroffene Arztgruppe zur Verfügung stehenden Finanzmittel entsprechend der Höhe der auf die psychotherapeutischen Leistungen entfallenden Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung reduziert.
 - b. Die quartalsbezogene Bereinigung innerhalb des Quartals und auch quartalsversetzt für in einen Selektivvertrag eingeschriebene Versicherte erfolgt bei den Vertragsärzten und Vertragspsychotherapeuten, durch die sie zuvor behandelt wurden.
 - c. Die Kassenärztliche Vereinigung kann darüber hinaus eine Bereinigung der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze vornehmen.
9. Die Bereinigung aufgrund der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) ist auf Arzzebene so umzusetzen, dass die Bereinigung des Behandlungsbedarfs gemäß § 116b Abs. 6 Satz 14 SGB V nicht zu Lasten des hausärztlichen Vergütungsanteils (dies gilt nicht für die Bereinigung des Honorars von an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten, die Leistungen im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung gemäß der jeweiligen Anlagen zur ASV-RL erbringen; sofern keine oder nur eine geringe Anzahl von Vertragsärzten an ASV-Teams teilnehmen, kann zur Sicherstellung der Honorarverteilungsgerechtigkeit das Bereinigungsvolumen auf alle Ärzte der zur Teilnahme an der ASV berechtigten Arztgruppe aufgeteilt werden) und der fachärztlichen Grundversorgung geht.
10. Die Kassenärztlichen Vereinigungen können die Finanzierung ihrer gesetzlichen Aufgaben entsprechend berücksichtigen.

Teil G

im Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband

**Vorgaben zu gesonderten Vergütungsregelungen für Praxisnetze
gemäß § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V
beschlossen am 12. April 2016 mit Wirkung zum 1. April 2016**

Präambel

Die Kassenärztlichen Vereinigungen müssen gemäß § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V für anerkannte Praxisnetze gesonderte Vergütungsregelungen vorsehen. Gemäß § 87b Abs. 4 Satz 2 SGB V hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung Vorgaben zu den Regelungen in § 87b Abs. 2 Satz 1 bis 4 SGB V zu bestimmen. Dazu gibt die Kassenärztliche Bundesvereinigung folgende Regelungen vor:

Für die Ausgestaltung gesonderter Vergütungsregelungen beachten die Kassenärztlichen Vereinigungen die regional vorhandenen Strukturen und legen entsprechende Regelungen fest. Dabei können die Vergütungsregelungen unter anderem

1. eine finanzielle Unterstützung von Qualitätszirkelarbeit der teilnehmenden Ärzte eines anerkannten Praxisnetzes,
2. Einmalzahlungen im Sinne einer Anschubfinanzierung,
3. Zahlungen im Sinne einer Projektfinanzierung,
4. Anpassungen im Rahmen der Mengenbegrenzung der Ärzte im anerkannten Praxisnetz,
5. ein Zuschlag oder Punktwertzuschlag für alle oder einzelne von Netzärzten abgerechnete Leistungen oder
6. eigene Honorarvolumen zur Vergütung anerkannter Praxisnetze

umfassen.

Die Anerkennungsstufen der Praxisnetze (gemäß Richtlinien der KVen für die Anerkennung von Praxisnetzen nach § 87b Abs. 4 SGB V) können bei der Vergütung berücksichtigt werden.

Zur Vergütung von anerkannten Praxisnetzen können beispielsweise im Rahmen von Fördermaßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 105 SGB V auch Finanzmittel aus dem Strukturfonds zusätzlich eingesetzt werden.

Die Kassenärztliche Vereinigung kann von den vorgeschlagenen Vergütungsregelungen abweichende Regelungen treffen.

Teil B bis 30. September 2013

im Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenverband

Vorgabe zur Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung – Berechnung des Verteilungsvolumens eines Versorgungsbereichs (VV_{VB})

1. Die zutreffende kassenübergreifende unbereinigte morbiditätsbedingte Gesamtvergütung des entsprechenden Abrechnungsquartals stellt die Ausgangsgröße für die Ermittlung des versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumens dar und wird gemäß dem Anhang auf den haus- und den fachärztlichen Versorgungsbereich unter Berücksichtigung von 2. bis 5. sowie den Inhalten des Anhangs zu Teil B verteilt. Es entsteht jeweils ein haus- und ein fachärztliches (versorgungsbereichsspezifisches) Verteilungsvolumen.
2. Beim Wechsel des Versorgungsbereichs durch einen Vertragsarzt sind die Verteilungsvolumen der Versorgungsbereiche unbeschadet der Regelung nach 4. nicht anzupassen.
3. Vertragsärzte, die gemäß § 73 SGB V dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören und aus Gründen der Sicherstellung nach dem 1. Juli 2010 eine Genehmigung erhalten, in den Vereinbarungen gemäß § 6 Abs. 2 des Vertrages über die hausärztliche Versorgung genannte Leistungen abzurechnen, erhalten die Vergütungen für den abgerechneten Leistungsbedarf dieser Leistungen aus dem fachärztlichen Vergütungsanteil.
4. Vertragsärzte, die gemäß § 73 SGB V dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören, aus Gründen der Sicherstellung eine Genehmigung besitzen, nach dem 1. Januar 2003 in den Vereinbarungen gemäß § 6 Abs. 2 des Vertrages über die hausärztliche Versorgung genannte Leistungen abzurechnen, und den Versorgungsbereich wechseln, sind die Vergütungen für den abgerechneten Leistungsbedarf dieser Leistungen, soweit sie im Zeitraum vom 1. Januar 2009 bis zum 30. Juni 2010 aus dem Vergütungsvolumen des hausärztlichen Vergütungsbereichs gezahlt werden, quartalsweise auf der Basis des Vorjahresquartals im Vergütungsvolumen des hausärztlichen Versorgungsbereichs zu bereinigen und dem Vergütungsvolumen des fachärztlichen Versorgungsbereichs zuzuführen.
5. Sofern in den Jahren 2012 und 2013 die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung aufgrund der Aufnahme einer Vergütungsregelung für ärztliche Leistungen zur Diagnostik und ambulanten Eradikationstherapie von Trägern mit MRSA bereinigt wird, ist das hausärztliche Verteilungsvolumen um 70 vom Hundert des aufgrund der Aufnahme der o. g. Vergütungsregelung bereinigten Vergütungsvolumens und das fachärztliche Vergütungsvolumen um 30 vom Hundert des bereinigten Vergütungsvolumens zu reduzieren.

Übergangsregelung für den Zeitraum vom 1. Januar bis 30. September 2013

- a) Im Zeitraum vom 1. Januar 2013 bis zum 30. September 2013 ist Schritt 21.) des Anhangs zu Teil B für die Ermittlung des trennungsrelevanten versorgungsübergreifenden Verteilungsvolumens die Ausdeckelung der antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der nicht in § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppen sowie der probatorischen Sitzungen (Gebührenordnungsposition 35150) der in § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppen zu berücksichtigen.
- b) Dabei ist der Subtrahend $TVG_1^{Quartal}$ auf Null zu setzen.

- c) Der für die Ausdeckung der psychotherapeutischen Leistungen gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses zu den bereinigenden Aufsatzwerten¹ gesamtvertraglich vereinbarte Abzug von dem trennungsrelevanten versorgungsbereichsübergreifenden Verteilungsvolumen erfolgt nach Trennung.

Übergangsregelung für den Zeitraum vom 1. Juli 2013 bis zum 30. September 2013 zur Umsetzung des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 302. Sitzung am 19. März 2013²:

I. Ausdeckung der nephrologischen Leistungen

- a) In Schritt 21.) des Anhangs zu Teil B für die Ermittlung des trennungsrelevanten versorgungsbereichsübergreifenden Verteilungsvolumens ist die Ausdeckung der Leistungen der Abschnitte 4.5.4 und 13.3.6 EBM sowie der Versichertenpauschalen 04110, 04111, 04112, 04120, 04121 und 04122, wenn in demselben Behandlungsfall Leistungen des Abschnitts 4.5.4 EBM abgerechnet werden, zu berücksichtigen.
- b) Der Abzug des gesamtvertraglich vereinbarten Ausdeckungsbetrags für die in a) genannten Leistungen erfolgt nach der Trennung im jeweiligen Versorgungsbereich.

II. Bereitstellung zusätzlicher Finanzmittel für die Pauschale für die fachärztliche Grundvergütung

- a) In Schritt 21.) des Anhangs zu Teil B für die Ermittlung des trennungsrelevanten versorgungsbereichsübergreifenden Verteilungsvolumens ist der aus der Anpassung der kassenspezifischen Aufsatzwerte gemäß dem o. g. Beschluss, Nr. 2, resultierende Betrag abzuziehen.
- b) Die gemäß dem o. g. Beschluss Nr. 2 beschlossenen Beträge sind dem fachärztlichen Verteilungsvolumen nach Schritt 23.) des Anhangs zu Teil B zuzuführen.

¹ Beschluss des Bewertungsausschusses zu den Vorgaben für ein Verfahren zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs in den durch das SGB V vorgesehenen Fällen und zur Ermittlung der Aufsatzwerte nach § 87a Abs. 4 Satz 1 SGB V und der Anteile der einzelnen Krankenkassen nach § 87a Abs. 4 Satz 2 SGB V sowie Empfehlungen gem. § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 SGB V und § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V i.V.m. § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Jahr 2013 in seiner 288. Sitzung am 22. Oktober 2012 Nr. 2.2.1.9, Absatz, Nr. 18.).

² Beschluss des Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 302. Sitzung am 19. März 2013 zu Empfehlungen gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 SGB V und § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V i. V. m. § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 SGB V sowie zur Anpassung der kassenspezifischen Aufsatzwerte des bereinigten Behandlungsbedarfs gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 SGB V und der Anteile der einzelnen Krankenkassen gemäß § 87a Abs. 4 Satz 2 SGB V.

Anhang

zu Teil B bis 30. September 2013

**der Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß
§ 87b Abs. 4 SGB V (GKV-VStG) zur Honorarverteilung durch die
Kassenärztlichen Vereinigungen**

mit Wirkung vom 23. September 2011 bis zum 31. Dezember 2012

**geändert durch Beschlüsse des Vorstandes der Kassenärztlichen Bundesver-
einigung vom 27. April 2012, 12. Juni 2012, 19. November 2012 und 16. Mai
2013**

mit Wirkung zum 1. Juli 2012³ bis zum 30. September 2013

Vorgabe zur Berechnung des versor- gungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumens

Die Kassenärztlichen Vereinigungen ermitteln mit Wirkung ab dem 3. Abrechnungsquartal 2010 in jedem Abrechnungsquartal aus der für das Quartal zutreffenden kassenübergreifenden unbereinigten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung das versorgungsbereichsspezifische Verteilungsvolumen mit folgenden Schritten.

Die folgenden Berechnungen sind ohne Berücksichtigung von Bereinigungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) aufgrund des Beitritts von Versicherten zu einem Vertrag gemäß §§ 73b, 73c und 140d SGB V durchzuführen. Zur Umsetzung sind in den Schritten 3.), 8.a), 10.) und 18.) bei Vorliegen einer wirksamen Bereinigung für den Aufsatzzeitraum besondere Regelungen vorgesehen. Die Schritte 24.) ff. gelten nicht bei einer wirksamen Bereinigung im Vergleichszeitraum des Vorjahres.

Die Ermittlung der zutreffenden MGV für die Vorwegabzüge in den Schritten 17.) und 19.) erfolgt unter Berücksichtigung der Entwicklung der der MGV zugrundeliegenden Anzahl der Versicherten im Abrechnungsquartal gegenüber dem Vorjahresabrechnungsquartal. In Schritt 18.) ist die Entwicklung der Versichertenzahl im Abrechnungsquartal gegenüber dem entsprechenden Quartal des Jahres 2008 zu berücksichtigen.

Ermittlung des Trennungsfaktors

Schritt 1.) Feststellung der für die Abrechnungsquartale 1./2009 und 2./2009 insgesamt zutreffenden kassenübergreifenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV für bereichseigene und bereichsfremde Vertragsärzte und -psychotherapeuten) gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 15. Sitzung am 2. September 2009, Beschluss Teil B, Nr. 6. insgesamt für die im Abrechnungsquartal zutreffende Anzahl der Versicherten aller Krankenkassen mit Wohnsitz im Bereich des Bezirks der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung, für alle Vertragsärzte und -psychotherapeuten, MVZ, ermächtigten Ärzte, Einrichtungen, Krankenhäuser und Institutionen, für diejenigen ärztlichen Leistungen und Kostenerstattungen, die in der kassenübergreifenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 2. September 2009 enthalten sind.

³ Soweit diese Änderungen von einer Kassenärztlichen Vereinigung nicht mehr bei der Honorarverteilung für das 3. Quartal 2012 berücksichtigt werden können, sind die Vorgaben spätestens mit Wirkung zum 1. Oktober 2012 umzusetzen.

(= MG^{V2009})

Schritt 2.) Feststellung der für die Abrechnungsquartale 1./2009 und 2./2009 insgesamt zutreffenden MG^V (MG^V für die entsprechende Behandlung bereichseigener Versicherter durch bereichseigene und bereichsfremde Vertragsärzte und -psychotherapeuten) für die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM der in § 87b Abs. 2 Satz 6 SGB V genannten Arztgruppen.

(= TVG¹²⁰⁰⁹)

Schritt 3.) Feststellung der für die Abrechnungsquartale 1./2009 und 2./2009 insgesamt zutreffenden MG^V (MG^V für die entsprechende Behandlung bzw. Untersuchung von Material bereichseigener Versicherter durch bereichseigene und bereichsfremde Vertragsärzte) für

- die Konsiliar- und Grundpauschale für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin, ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin (GOP 12210 und 12220 EBM),
- die Grundpauschale für zur Abrechnung von Kostenerstattungen und Leistungen des Kapitels 32 EBM ermächtigte Laborärzte, Einrichtungen, Krankenhäuser und Institutionen (GOP 01320),
- die wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen des Kapitels 32 (GOP 32001),
- Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM.

(= TVG²²⁰⁰⁹)

Vorgehen bei wirksamer Bereinigung im 1. und/oder 2. Quartal 2009 aufgrund des Beitritts von Versicherten zu einem Vertrag gemäß §§ 73b, 73c und 140d SGB V: Sofern im Aufsatzzeitraum 1./2009 und/oder 2./2009 aufgrund von Selektivverträgen keine vollständigen Daten zum o. g. Leistungsbereich vorliegen, sind zur Bemessung der zutreffenden MG^V die Daten der Abrechnungsquartale 1./2007 und 2./2007 gemäß Schritt 8.) zu verwenden. Zur Berücksichtigung der bis zum vorgesehenen Aufsatzzeitraum 1./2009 und 2./2009 eingetretenen Weiterentwicklung des Leistungsbereichs ist der auf der Basis der Abrechnungsquartale 1./2007 und 2./2007 festgestellte Wert mit dem Faktor 1,049 zu multiplizieren.

Schritt 4.) Feststellung der für die Abrechnungsquartale 1./2009 und 2./2009 insgesamt zutreffenden MG^V (MG^V für die entsprechende Behandlung bereichseigener Versicherter durch bereichseigene und bereichsfremde Vertragsärzte) für die abgerechneten Leistungen und Kostenerstattungen des EBM bzw. vereinbarten Vergütungen ohne die Vergütung, die bereits mit Schritt 3. erfasst ist, für den von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung organisierten Not(fall)dienst.

(= TVG³²⁰⁰⁹)

Schritt 5.) Feststellung der für die Abrechnungsquartale 1./2009 und 2./2009 insgesamt zutreffenden MG^V (MG^V für die entsprechende Behandlung bereichseigener Versicherter durch bereichseigene und bereichsfremde Ärzte, Institute und Krankenhäuser) für die Notfallbehandlung durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser während der Zeiten des organisierten Notdienstes gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 17. Sitzung am 16. Dezember 2009.

(= TVG⁴²⁰⁰⁹)

Schritt 6.) Ermittlung der für den Trennungsfaktor zutreffenden trennungsrelevanten kassenübergreifenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

$$\text{Trennung}_{\text{VG}} = \text{MGV}^{2009} - \text{TVG}_1^{2009} - \text{TVG}_2^{2009} - \text{TVG}_3^{2009} - \text{TVG}_4^{2009}$$

[Formel 1]

Schritt 7.) Feststellung der für die Abrechnungsquartale 1./2009 und 2./2009 insgesamt für den hausärztlichen Versorgungsbereich zutreffenden kassenübergreifenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (dem hausärztlichen Versorgungsbereich zugeordnete MGV für bereichseigene und bereichsfremde Hausärzte) in der Abgrenzung wie in Schritt 1.

$$(= \text{MGV}_{\text{HÄ}}^{2009})$$

Schritt 8.) Ermittlung des für die Abrechnungsquartale 1./2007 und 2./2007 insgesamt zutreffenden Honorars (Honorar für die entsprechende Behandlung bzw. Untersuchung von Material bereichseigener und bereichsfremder Versicherter durch bereichseigene Vertragsärzte) für

- die Konsiliar- und Grundpauschale für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin, ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin (GOP 12210 und 12220 EBM),
- die Grundpauschale für der Abrechnung von Kostenerstattungen und Leistungen des Kapitels 32 EBM ermächtigte Ärzte, Einrichtungen, Krankenhäuser und Institutionen (GOP 01310 bis 01312),
- die wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen des Kapitels 32 (GOP 32001),
- Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM.

$$(= \text{LAB}^{2007})$$

Schritt 8.a) Ermittlung des für die Abrechnungsquartale 1./2009 und 2./2009 insgesamt zutreffenden Honorars (Honorar für die entsprechende Behandlung bzw. Untersuchung von Material bereichseigener und bereichsfremder Versicherter durch bereichseigene Vertragsärzte) für

- die Konsiliar- und Grundpauschale für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin, ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin (GOP 12210 und 12220 EBM),
- die Grundpauschale für der Abrechnung von Kostenerstattungen und Leistungen des Kapitels 32 EBM ermächtigte Ärzte, Einrichtungen, Krankenhäuser und Institutionen (GOP 01320),
- die wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen des Kapitels 32 (GOP 32001),
- Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM.

$$(= \text{LAB}^{2009})$$

Bei wirksamer Bereinigung im 1. und/oder 2. Quartal 2009 aufgrund des Beitritts von Versicherten zu einem Vertrag gemäß §§ 73b, 73c und 140d SGB V entfällt Schritt 8.a).

Schritt 9.) Ermittlung des für die Abrechnungsquartale 1./2007 und 2./2007 insgesamt zu treffenden Honorars (Honorar für die entsprechende Behandlung bzw. Untersuchung von Material bereichseigener und bereichsfremder Versicherter durch bereichseigene Hausärzte) für die zur hausärztlichen Versorgung zu diesem Zeitpunkt zugelassenen Vertragsärzte für

- die wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen des Kapitels 32 (GOP 32001),
- Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM.

$$LAB_{HÄ}^{2007} = VG (\text{Kosten Kap.32})_{HÄ}^{2007} + VG (\text{GOP 32001})_{HÄ}^{2007}$$

[Formel 2]

Schritt 10.) Ermittlung der für die Abrechnungsquartale 1./2009 und 2./2009 insgesamt zu treffenden MGV (MGV für die entsprechende Behandlung bzw. Untersuchung von Material bereichseigener Versicherter durch bereichseigene und bereichsfremde Hausärzte) für die zur hausärztlichen Versorgung zu diesem Zeitpunkt zugelassenen Vertragsärzte für

- die wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen des Kapitels 32 (GOP 32001),
- Leistungen und Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM.

$$TVG_{2HÄ}^{2009} = LAB_{HÄ}^{2007} / LAB^{2007} \times LAB^{2009} - LFKZ_{HÄ}^{2009}$$

[Formel 3]

wobei $LFKZ_{HÄ}^{2009}$ den Saldo aus den Forderungen für die Behandlung bzw. Untersuchung von Material bereichsfremder Versicherter durch bereichseigene Hausärzte und den Verbindlichkeiten für die Behandlung bzw. Untersuchung von Material bereichseigener Versicherter durch bereichsfremde Hausärzte bezeichnet.

Bei wirksamer Bereinigung im 1. und/oder 2. Quartal 2009 aufgrund des Beitritts von Versicherten zu einem Vertrag gemäß §§ 73b, 73c und 140d SGB V wird die Formel 3 durch die folgende ersetzt:

$$TVG_{2HÄ}^{2009} = LAB_{HÄ}^{2007} \times 1,049 - LFKZ_{HÄ}^{2009}$$

Schritt 11.) Ermittlung der Anzahl der in den Abrechnungsquartalen 1./2009 und 2./2009 durchschnittlich an der vertragsärztlichen Versorgung im jeweiligen KV-Bezirk teilnehmenden Ärzte, Institute und Krankenhäuser. Dabei werden zugelassene und angestellte Vertragsärzte jeweils gemäß ihres Umfangs an der vertragsärztlichen Tätigkeit lt. Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid, ermächtigte Institute und Krankenhäuser jeweils mit dem Faktor 1 sowie die Anzahl der Ermächtigungen gezählt. Vertragspsychotherapeuten werden bei der Zählung nicht berücksichtigt.

Schritt 12) Ermittlung der für die Abrechnungsquartale 1./2009 und 2./2009 insgesamt zutreffenden durchschnittlichen MGV (MGV für die entsprechende Behandlung bereichseigener Versicherter durch bereichseigene und bereichsfremde Vertragsärzte) für die abgerechneten Leistungen und Kostenerstattungen des EBM bzw. vereinbarten Vergütungen für den von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung organisierten Not(fall)dienst, je Arzt gemäß Schritt 11.)

$$\text{TVG}_{3^{2009}} \text{ je Arzt} = \text{TVG}_{3^{2009}} / \text{Anzahl der Ärzte gem. Schritt 11.}$$

[Formel 4]

Schritt 13) Ermittlung der für die Abrechnungsquartale 1./2009 und 2./2009 insgesamt zutreffenden durchschnittlichen MGV (MGV für die entsprechende Behandlung bereichseigener Versicherter durch bereichseigene und bereichsfremde Hausärzte) für die abgerechneten Leistungen und Kostenerstattungen des EBM für den von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung organisierten Not(fall)dienst, für die zu diesem Zeitpunkt im hausärztlichen Versorgungsbereich zugelassenen Vertragsärzte bzw. MVZ.

$$\text{TVG}_{3\text{HÄ}^{2009}} = \text{TVG}_{3^{2009}} \text{ je Arzt} \times \text{Anzahl der dem hausärztlichen Versorgungsbereich zuzuordnenden Ärzte gem. Schritt 11.}$$

[Formel 5]

Schritt 14) Ermittlung der für den Trennungsfaktor zutreffenden trennungsrelevanten hausärztlichen kassenübergreifenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

$$\text{Trennung}_{\text{VGHÄ}} = \text{MGV}_{\text{HÄ}^{2009}} - \text{TVG}_{2\text{HÄ}^{2009}} - \text{TVG}_{3\text{HÄ}^{2009}}$$

[Formel 6]

Schritt 15) Ermittlung des Trennungsfaktors.

$$\text{TF} = \text{Trennung}_{\text{VGHÄ}} / \text{Trennung}_{\text{VG}}$$

[Formel 7]

Ermittlung des trennungsrelevanten versorgungsbereichsübergreifenden Verteilungsvolumens in einem Abrechnungsquartal

Schritt 16) Feststellung der für das Abrechnungsquartal zutreffenden kassenübergreifenden unbereinigten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV für bereichseigene und bereichsfremde Vertragsärzte und -psychotherapeuten) für das entsprechende Abrechnungsquartal insgesamt für die im Abrechnungsquartal zutreffende Anzahl der Versicherten aller Krankenkassen mit Wohnsitz im Bereich des Bezirks der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung, für alle Vertragsärzte und -psychotherapeuten, MVZ, ermächtigten Ärzte, Einrichtungen, Krankenhäuser und Institutionen.

$$(\text{ = } \text{MGV}_{\text{KV}^{\text{Quartal}}})$$

Schritt 17.) Ermittlung der für das Vorjahresabrechnungsquartal zutreffenden und um die für das entsprechende Abrechnungsquartal gültige Veränderungsrate (VR) gesteigerten MGV (MGV für die entsprechende Behandlung bereichseigener Versicherter durch bereichseigene und bereichsfremde Vertragsärzte und -psychotherapeuten) für die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM der in § 87b Abs. 2 Satz 6 SGB V genannten Arztgruppen, zzgl. der Anpassung gemäß Beschluss Teil B, 3.3, für diejenigen ärztlichen Leistungen und Kostenerstattungen, die in der kassenübergreifenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 2. September 2009 enthalten sind.

$$TVG_{1\text{Quartal}} = VG_{VJQ} (\text{Kap. 35.2 EBM}) \times VR + 0,001722 \times MG_{KV\text{Quartal}}$$

[Formel 8]

Schritt 18.) Ermittlung der für das aktuelle Abrechnungsquartal zutreffenden MGV (MGV für die entsprechende Behandlung bzw. Untersuchung von Material bereichseigener Versicherter durch bereichseigene und bereichsfremde Vertragsärzte) wie folgt:

a. Brutto-Leistungsbedarf in Punkten im jeweiligen Quartal im Jahr 2008⁴ entsprechend der Datenlieferung „ARZTRG87c4“ für

- die Konsiliar- und Grundpauschale für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin, ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin (GOP 12210 und 12220 EBM) unter Berücksichtigung des Anpassungsfaktors für die GOP 12220 gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 7. Sitzung vom 27./28. August 2008, Teil A, Nr. 2.4, in Höhe von 0,6407.
- die Grundpauschale (GOP 01310, 01311, 01312) bzw. die Konsiliarpauschale (GOP 12210) für zur Abrechnung von Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM ermächtigte Ärzte, Einrichtungen, Krankenhäuser und Institutionen,
- die GOP 32001 nach Anwendung der Regelungen in den Ziffern 1. ff. zu den Abschnitten 32.2 und 32.3 EBM,
- Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM.

Dabei sind in Euro bewertete Leistungen mit dem Orientierungswert des Jahres 2010 in Höhe von 3,5048 Cent in Punkte umzurechnen.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung stellt jeder Kassenärztlichen Vereinigung für die Gebührenordnungspositionen 01310, 01311 und 01312 den jeweiligen Anteil der zur Abrechnung von Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM ermächtigten Ärzten, Einrichtungen, Krankenhäuser und Institutionen bezogen auf die Versicherten mit Wohnort im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung zur Verfügung.

⁴ Vorgehen bei wirksamer Bereinigung: Sofern im Aufsatzzeitraum 2008 aufgrund von Selektivverträgen keine vollständigen Daten zum Leistungsbereich vorliegen, sind zur Bemessung der zutreffenden MGV die Leistungshäufigkeiten der letztverfügbaren vollständigen Abrechnungsquartale unter Beachtung der Bewertung der Leistungen im Jahr 2008 zu verwenden.

- b. Das Punktzahlvolumen wird mit der rechnerischen bundesdurchschnittlichen Honorarverteilungsquote (HVV-Quote) für die unter a. genannten Leistungen des jeweiligen Quartals des Jahres 2008 multipliziert.
- c. Zur Fortschreibung auf das aktuelle Abrechnungsquartal wird der nach b. ermittelte Wert mit den bis zum aktuellen Abrechnungsquartal für jedes Jahr vereinbarten Veränderungsraten der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung multipliziert.
- d. Aus der Multiplikation des nach c. ermittelten Wertes mit dem jeweils gültigen regionalen Punktwert gemäß § 87a Abs. 2 SGB V resultiert die zutreffende MGV im aktuellen Abrechnungsquartal.

$$TVG_2^{\text{Quartal}} = (\text{angepasster}) \text{ Brutto-LB}_{\text{ARZTRG87c4, Q2008}} (\text{Labor}) \times \text{HVV-Quote}(\text{Labor})$$

$$\times \prod_{j=2009}^{\text{Quartal}} VR_j \times \text{reg. PW}_{\text{KV}}^{\text{Quartal}}$$

[Formel 9]

Schritt 19.) Ermittlung der für das Vorjahresabrechnungsquartal zutreffenden und um die für das entsprechende Abrechnungsquartal gültige Veränderungsrate (VR) gesteigerten MGV (MGV für die entsprechende Behandlung bereichseigener Versicherter durch bereichseigene und bereichsfremde Vertragsärzte) für die abgerechneten Leistungen und Kostenerstattungen des EBM ohne Vergütung, die bereits mit Schritt 18.) erfasst ist, für den von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung organisierten Not(fall)dienst und für die Notfallbehandlung während der Zeiten des organisierten Notdienstes gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 17. Sitzung am 16. Dezember 2009 durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Institute und Krankenhäuser.

$$TVG_3^{\text{Quartal}} = VG_{\text{VJQ}} (\text{NFD}) \times \text{VR}$$

[Formel 10]

Schritt 20.) Ermittlung der Teilvergütung in Höhe von 0,1635 vom Hundert aus $MGV_{\text{KV}}^{\text{Quartal}}$ gemäß Beschluss Teil B, 3.3. gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 15. Sitzung am 2. September 2009

$$TVG_4^{\text{Quartal}} = MGV_{\text{KV}}^{\text{Quartal}} \times 0,001635$$

[Formel 11]

Schritt 21.) Ermittlung des trennungsrelevanten versorgungsbereichsübergreifenden Verteilungsvolumens in einem Abrechnungsquartal

$$V_{\text{ÜV}}_{\text{KV}}^{\text{Quartal}} = MGV_{\text{KV}}^{\text{Quartal}} - TVG_1^{\text{Quartal}} - TVG_2^{\text{Quartal}} - TVG_3^{\text{Quartal}} - TVG_4^{\text{Quartal}}$$

[Formel 12]

Ermittlung des hausärztlichen Verteilungsvolumens in einem Abrechnungsquartal**Schritt 22.)** Ermittlung des hausärztlichen Verteilungsvolumens

$$VV_{H\ddot{A}}^{Quartal} = V\ddot{u}V_{KV}^{Quartal} \times TF + TVG_4^{Quartal} \times 0,15$$

[Formel 13]**Ermittlung des fachärztlichen Verteilungsvolumens in einem Abrechnungsquartal****Schritt 23.)** Ermittlung des fachärztlichen Verteilungsvolumens

$$VV_{F\ddot{A}}^{Quartal} = V\ddot{u}V_{KV}^{Quartal} - VV_{H\ddot{A}}^{Quartal} + TVG_4^{Quartal}$$

[Formel 14]

Konvergenz für die Anpassung der versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumen (gilt nicht bei wirksamer Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung aufgrund von Selektivverträgen im Vergleichszeitraum des Vorjahres)

Schritt 24.) Ermittlung der für das Vorjahresabrechnungsquartal für den hausärztlichen Versorgungsbereich zutreffenden kassenübergreifenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (dem hausärztlichen Versorgungsbereich zugeordnete MGV für bereichseigene und bereichsfremde Hausärzte) in der Abgrenzung wie in Schritt 16.) gesteigert um die Veränderungsrate(n) (VR) im Beschluss des Bewertungsausschusses für das entsprechende Abrechnungsquartal unter Berücksichtigung der in diesem Anhang aufgeführten Bereinigungsverfahren

$$MVG_{1H\ddot{A}}^{VJQ} = MG_{KV}^{VJQ} \times VR$$

[Formel 15]

Schritt 25.) Ermittlung der für das Vorjahresabrechnungsquartal zutreffenden für den hausärztlichen Versorgungsbereich zutreffenden MG (MGV für die entsprechende Behandlung bzw. Untersuchung von Material bereichseigener Versicherter durch bereichseigene und bereichsfremde Hausärzte) für

- die GOP 32001,
- Leistungen und Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM.

$$TVG_{2H\ddot{A}}^{VJQ} = VG_{VJQ}^{H\ddot{A}}(\text{Labor}) \times VR$$

[Formel 16]

Schritt 26.) Ermittlung der für das Vorjahresabrechnungsquartal zutreffenden und gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses mit VR angepassten, für den hausärztlichen Versorgungsbereich zutreffenden MG (MGV für die entsprechende Behandlung bereichseigener Versicherter durch bereichseigene und bereichsfremde Hausärzte) für die abgerechneten Leistungen und Kostenerstattungen des EBM ohne Vergütung, die bereits mit Schritt 25.) erfasst ist, für den von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung organisierten Not(fall)dienst und für die Notfallbehandlung während der Zeiten des organisierten Notdienstes gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 17. Sitzung am 16. Dezember 2009 durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Institute und Krankenhäuser

$$TVG_{3H\ddot{A}}^{VJQ} = VG_{VJQ}(\text{NFD}) \times VR$$

[Formel 17]

Schritt 27.) Ermittlung der für das Vorjahresabrechnungsquartal für den hausärztlichen Versorgungsbereich zutreffenden kassenübergreifenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (dem hausärztlichen Versorgungsbereich zugeordnete MGV für bereichseigene und bereichsfremde Hausärzte) als Vergleichsgröße für das hausärztliche Verteilungsvolumen gemäß Schritt 22.)

$$VV_{H\ddot{A}}^{VJQ} = MVG_{1H\ddot{A}}^{VJQ} - TVG_{2H\ddot{A}}^{VJQ} - TVG_{3H\ddot{A}}^{VJQ} + TVG_{4}^{Quartal} \times 0,15$$

[Formel 18]

Schritt 28.) Sofern das hausärztliche Verteilungsvolumen um mehr als 5 % von der Vergleichsgröße gemäß Schritt 27 abweicht, so ist das hausärztliche Verteilungsvolumen nach Konvergenz mit der um 5 % veränderten Vergleichsgröße gemäß Schritt 27.) festgelegt:

$$\begin{aligned} KVV_{H\ddot{A}}^{Quartal} &= VV_{H\ddot{A}}^{Quartal} && \text{falls } 0,95 \times VV_{H\ddot{A}}^{VJQ} \\ & && \leq VV_{H\ddot{A}}^{Quartal} \\ & && \leq 1,05 \times VV_{H\ddot{A}}^{VJQ} \\ KVV_{H\ddot{A}}^{Quartal} &= 0,95 \times VV_{H\ddot{A}}^{VJQ} && \text{falls } VV_{H\ddot{A}}^{Quartal} \\ & && < 0,95 \times VV_{H\ddot{A}}^{VJQ} \\ KVV_{H\ddot{A}}^{Quartal} &= 1,05 \times VV_{H\ddot{A}}^{VJQ} && \text{falls } VV_{H\ddot{A}}^{Quartal} \\ & && > 1,05 \times VV_{H\ddot{A}}^{VJQ} \end{aligned}$$

Schritt 29.) Ermittlung des fachärztlichen Verteilungsvolumens nach Konvergenz

$$KVV_{F\ddot{A}}^{Quartal} = V\ddot{u}V_{KV}^{Quartal} - KVV_{H\ddot{A}}^{Quartal} + TVG_{4}^{Quartal}$$

[Formel 19]

Feststellung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zum Begriff „zutreffende morbiditätsbedingte Gesamtvergütung“ im Anhang zu den Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß § 87b Abs. 4 SGB V (GKV-VStG), Schritte 7.), 10.), 13.) und 24.) bis 27.):

Die für den Versorgungsbereich bzw. Leistungsbereich zutreffende morbiditätsbedingte Gesamtvergütung entspricht dem diesem Bereich zugeordneten Honorar abzüglich des Saldo aus den Forderungen für Leistungen dieses Bereichs bei bereichsfremden Versicherten durch bereichseigene Hausärzte und den Verbindlichkeiten für Leistungen bei bereichseigenen Versicherten durch bereichsfremde Hausärzte.

ANLAGE 2: Arztgruppen, die der Mengensteuerung der RLV, der QZV sowie sonstiger Vergütungsbereiche unterliegen

1. Für Regelleistungsvolumen der KV Berlin relevante Arztgruppen

1.1 Hausärztlicher Versorgungsbereich:

AG-Nr.	RLV-Arztgruppe (AG)
1	Hausärztlich tätige Internisten und Fachärzte für Allgemeinmedizin, praktische Ärzte und Ärzte ohne Gebietsbezeichnung
4	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin sowie alle Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, die über weitere Schwerpunkte oder Zusatzweiterbildungen verfügen und nicht gesondert aufgeführt worden sind
6	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit dem Schwerpunkt Kinderkardiologie
7	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder-Pneumologie

1.2 Fachärztlicher Versorgungsbereich:

AG-Nr.	RLV-Arztgruppe (AG)
8	Fachärzte für Anästhesiologie
9	Fachärzte für Augenheilkunde
10	Fachärzte für Chirurgie
11	Fachärzte für Neurochirurgie
12	Fachärzte für Gynäkologie
13	Reproduktionsmediziner*
14	Fachärzte für Hals-, Nasen- Ohrenheilkunde
15	Fachärzte für Dermatologie
16	Humangenetiker
17	Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt
18	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt Endokrinologie bzw. Endokrinologie und Diabetologie
19	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt Gastroenterologie
20	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt Hämatologie / Onkologie
21	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt Kardiologie (konvent.)
22	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt Kardiologie (invasiv)
23	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt Pneumologie, Fachärzte für Lungen- u. Bronchialheilkunde, Lungenärzte
24	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt Rheumatologie
25	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt Nephrologie
26	Fachärzte für Kinder- u. Jugendpsychiatrie
27	Fachärzte für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
28	Nervenärzte, Fachärzte für Nervenheilkunde / Neurologie und Psychiatrie / Fachärzte für Neurologie
29	Fachärzte für Psychiatrie / Psychiatrie und Psychotherapie
30	Fachärzte für Nuklearmedizin
31	Fachärzte für Orthopädie
32	Fachärzte für Phoniatrie u. Pädaudiologie
33	Fachärzte für Radiologie, Fachärzte für Radiologische Diagnostik, Fachärzte für Diagnostische Radiologie
36	Fachärzte für Urologie
37	Fachärzte für Physiotherapie / Physikalische u. Rehabilitative Medizin
39	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt Angiologie

Die Bezeichnung „(Versorgungs-)Schwerpunkt“ bei den AGn 18 – 25 und AG 39 bestimmt sich nach dem Versorgungsauftrag/Versorgungsschwerpunkt, mit dem der jeweilige Vertragsarzt zu vertragsärztlichen Versorgung zugelassen ist oder einer entsprechenden Genehmigung gemäß der Ergänzenden Vereinbarung zur Reform des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) zum 1. April 2005 (Deutsche Ärzteblatt/ Jg. 102/ Heft 1-2/ 10. Januar 2005).

* Voraussetzung für Fachärzte für Gynäkologie zur Zuordnung in die Arztgruppe Reproduktionsmediziner ist das Vorliegen einer Abrechnungsgenehmigung für die Gebührenordnungspositionen 08520, 08531, 08541, 08542, 08550, 08551, 08552, 08560 und 08561 sowie die Abrechnung der Gebührenordnungspositionen des EBM-Abschnitts 8.5 in 15% der abgerechneten Behandlungsfälle.

ANLAGE 2: Arztgruppen, die der Mengensteuerung der RLV, der QZV sowie sonstiger Vergütungsbereiche unterliegen

2. Psychotherapeutische Fachgruppen

2.1 Hausärztlicher Versorgungsbereich:

AG-Nr.	Arztgruppe (AG)
65	Ärzte, die gemäß Beschluss des Zulassungsausschusses an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen, aber gemäß § 18 Abs. 2 Bedarfsplanungsrichtlinie zu über 90% Psychotherapie erbringen

2.2 Fachärztlicher Versorgungsbereich:

AG-Nr.	Arztgruppe (AG)
61	Psychologische Psychotherapeuten
62	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
63	Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
64	Ärzte, die gemäß § 18 Abs. 2 Bedarfsplanungsrichtlinie zu über 90% Psychotherapie erbringen und gemäß Beschluss des Zulassungsausschusses an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen

3. Relevante Arztgruppen der KV Berlin, die nicht der Systematik der Regelleistungsvolumen unterliegen, deren Leistungsbedarf aber dem Versorgungsbereich zugeordnet wird.

3.1 Hausärztlicher Versorgungsbereich:

AG-Nr.	Arztgruppe (AG)
73	Pflegeheime
65	Ärzte, die gemäß Beschluss des Zulassungsausschusses an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen, aber gemäß § 18 Abs. 2 Bedarfsplanungsrichtlinie zu über 90% Psychotherapie erbringen

3.2 Fachärztlicher Versorgungsbereich:

AG-Nr.	Arztgruppe (AG)
50 / 51	Laborgemeinschaften / Laborärzte (für Leistungen, die nicht Vorwegabzug sind oder außerhalb der MGV vergütet werden)
52	Pathologen (für Leistungen, die nicht Vorwegabzug sind oder außerhalb der MGV vergütet werden)
53	Strahlentherapeuten (für Leistungen, die nicht Vorwegabzug sind oder außerhalb der MGV vergütet werden)
61	Psychologische Psychotherapeuten (für Leistungen, die nicht Kap. 35.2 sind)
62	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (für Leistungen, die nicht Kap. 35.2 sind)
63	Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (für Leistungen, die nicht Kap. 35.2 sind)
64	Ärzte, die gemäß § 18 Abs. 2 Bedarfsplanungsrichtlinie zu über 90% Psychotherapie erbringen und gemäß Beschluss des Zulassungsausschusses an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen
66	Gesundheitszentrum für Flüchtlinge
70	KfH (für Leistungen, die nicht Vorwegabzug sind oder außerhalb der MGV vergütet werden)
74	Institute (Fachärztlich) (für Leistungen, die nicht Vorwegabzug sind oder außerhalb der MGV vergütet werden)
77	Geriatrische Institutsambulanz

ANLAGE 3: Berechnung der Vergütungsanteile RLV, QZV, BVV

1. Berechnung des Vergütungsbereichs je arztgruppenspezifischen Regelleistungsvolumen (RLV_{AG})

$$RLV_{AG} = \frac{LB_{AG}^{RLV}}{LB_{VB}} * VV_{VB}^{RLV}$$

LB _{AG} ^{RLV}	Zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannter Leistungsbedarf in Punkten im Vorjahresquartal derjenigen Leistungen, die innerhalb der Regelleistungsvolumen vergütet werden
LB _{VB}	Zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannter Leistungsbedarf der MGV in Punkten im Vorjahresquartal ohne Leistungen gemäß § 3 Abs. 1 Nrn. 1, 2, 5 und 6 HVM sowie ohne Leistungen der Vorwegabzüge gemäß §§ 5 und 6 HVM
AG	Arztgruppe gemäß ANLAGE 2, Nr. 1 HVM
VB	Versorgungsbereich
VV _{VB} ^{RLV}	Versorgungsbereichsspezifisches RLV-Verteilungsvolumen gemäß §§ 5 bzw. 6 HVM.

ANLAGE 3: Berechnung der Vergütungsanteile RLV, QZV, BVV

2. Berechnung des Vergütungsbereichs je qualifikationsgebundenem Zusatzvolumen für jede Arztgruppe gemäß ANLAGE 6 HVM (QZVⁱ_{AG})

$$QZV_{AG}^i = \frac{LB_{AG}^i}{LB_{VB}} * VV_{VB}^{RLV}$$

LB ⁱ _{AG}	Zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannter Leistungsbedarf in Punkten im Vorjahresquartal einer Arztgruppe derjenigen Leistungen, die innerhalb eines qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen i vergütet werden
LB _{VB}	Zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannter Leistungsbedarf der MGV in Punkten im Vorjahresquartal ohne Leistungen gemäß § 3 Abs. 1 Nrn. 1, 2, 5 und 6 HVM sowie ohne Leistungen der Vorwegabzüge gemäß §§ 5 und 6 HVM
AG	Arztgruppe gemäß ANLAGE 2, Nr. 1 HVM
i	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen einer Arztgruppe gemäß ANLAGE 6 HVM
VV ^{RLV} _{VB}	Versorgungsbereichsspezifisches RLV-Verteilungsvolumen gemäß §§ 5 bzw. 6 HVM.

ANLAGE 3: Berechnung der Vergütungsanteile RLV, QZV, BVV

3. Berechnung des Vergütungsbereichs je besonderen Verteilungsvolumen (BVV)

$$BVV^o = \frac{LB_{BVV}^o}{LB_{VB}} * VV_{VB}^{RLV}$$

LB_{BVV}^o	Zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannter Leistungsbedarf in Punkten im Vorjahresquartal derjenigen Leistungen, die innerhalb eines besonderen Verteilungsvolumen vergütet werden.
LB_{VB}	Zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannter Leistungsbedarf der MGV in Punkten im Vorjahresquartal ohne Leistungen gemäß § 3 Abs. 1 Nrn. 1, 2, 5 und 6 HVM sowie ohne Leistungen der Vorwegabzüge gemäß §§ 5 und 6 HVM
o	Besonderes Verteilungsvolumen gemäß § 7 Abs. 3 HVM
VV_{VB}^{RLV}	Versorgungsbereichsspezifisches RLV-Verteilungsvolumen gemäß §§ 5 bzw. 6 HVM.

ANLAGE 4: gestrichen

ANLAGE 5: Berechnung der RLV, der QZV und des Morbifaktors

1. Berechnung des arztgruppenspezifischen Fallwertes

$$FW_{AG} = \frac{RLV_{AG}}{FZ_{AG}}$$

RLV_{AG} Arztgruppenspezifischer Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der Regelleistungsvolumen gemäß § 7 Abs. 1 Nr. 2 HVM.

FZ_{AG} Anzahl der RLV-Fälle gemäß Anlage 3 HVM einer Arztgruppe im Vorjahr

2. Berechnung des arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumens

$$RLV_{Arzt} = FW_{AG} * FZ_{Arzt}$$

FW_{AG} Arztgruppenspezifischer Fallwert gemäß 1.

FZ_{Arzt} Anzahl der RLV-Fälle eines Arztes gemäß § 9 Abs. 2 HVM eines Arztes im Vorjahresquartal unter Berücksichtigung der Fallzahlsteuerung gemäß § 9 Abs. 3 HVM

Das ermittelte Regelleistungsvolumen je Arzt ist gegebenenfalls entsprechend den nach § 15 festgestellten Praxisbesonderheiten anzupassen.

Das praxisbezogene Regelleistungsvolumen je Versorgungsbereich ergibt sich gemäß § 8 Abs. 4 HVM aus der Addition der Regelleistungsvolumen der Ärzte des jeweiligen Versorgungsbereichs, die in der Arztpraxis tätig sind sowie der entsprechenden Zuschläge für Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinische Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten gemäß § 9 Abs. 5 HVM.

3. Morbiditätsbezogene Differenzierung des Regelleistungsvolumens nach Altersklassen gemäß § 9 Abs. 4 HVM

Zur Berücksichtigung der Morbidität ist das Regelleistungsvolumen unter Berücksichtigung des Versichertenalters wie folgt zu ermitteln:

f = KV-bezogener, arztgruppenspezifischer Leistungsbedarfs je RLV-Fall im Vorjahr aus Leistungen, die innerhalb des Regelleistungsvolumens vergütet werden, für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr

g = KV-bezogener, arztgruppenspezifischer Leistungsbedarfs je RLV-Fall im Vorjahr aus Leistungen, die innerhalb des Regelleistungsvolumens vergütet werden, für Versicherte ab dem 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr

h = KV-bezogener, arztgruppenspezifischer Leistungsbedarfs je RLV-Fall im Vorjahr aus Leistungen, die innerhalb des Regelleistungsvolumens vergütet werden, für Versicherte ab dem 60. Lebensjahr

i = KV-bezogener, arztgruppenspezifischer Leistungsbedarfs je RLV-Fall im Vorjahr aus Leistungen, die innerhalb des Regelleistungsvolumens vergütet werden, für alle Versicherten

ANLAGE 5: Berechnung der RLV, der QZV und des Morbifaktors

n_f = Zahl der RLV-Fälle eines Arztes für die Behandlung von Versicherten bis zum vollendeten 5. Lebensjahr im Vorjahr

n_g = Zahl der RLV-Fälle eines Arztes für die Behandlung von Versicherten ab dem 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr im Vorjahr

n_h = Zahl der RLV-Fälle eines Arztes für die Behandlung von Versicherten ab dem 60. Lebensjahr im Vorjahr

n = Zahl der RLV-Fälle eines Arztes im Vorjahr

Das Regelleistungsvolumen eines Arztes wird mit dem folgenden Faktor multipliziert:

$$\frac{n_f \cdot f / i + n_g \cdot g / i + n_h \cdot h / i}{n}$$

Die Differenzierung nach Altersgruppen entfällt für die Altersgruppen mit weniger als 50 RLV-Fällen pro Jahr in der Arztgruppe.

ANLAGE 5: Berechnung der RLV, der QZV und des Morbifaktors

4. gestrichen

ANLAGE 5: Berechnung der RLV, der QZV und des Morbifaktors

5. Berechnung des Fallwertes für ein qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen

$$FW_{AG}^i = \frac{QZV_{AG}^i}{FZ_{AG}^i}$$

QZV_{AG}^i : Vergütungsbereich für ein qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen einer Arztgruppe gemäß Anlage 6.

FZ_{AG}^i : Anzahl der RLV-Fälle oder der Leistungsfälle gemäß § 10 Abs. 2 HVM derjenigen Ärzte einer Arztgruppe, die Anspruch auf das qualifikationsgebundene Zusatzvolumen i haben

i : qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen einer Arztgruppe gemäß Anlage 6 HVM

6. Berechnung des qualifikationsgebundenen Zusatzvolumens eines Arztes

$$QZV_{Arzt}^i = FW_{AG}^i \times FZ_{Arzt}^i$$

FZ_{Arzt}^i : Anzahl der RLV-Fälle oder Leistungsfälle § 10 Abs. 2 HVM eines Arztes, der Anspruch auf das arztgruppenspezifische qualifikationsgebundene Zusatzvolumen i hat, unter Berücksichtigung der RLV-Fallzahlsteuerung gemäß § 9 Abs. 3 HVM.

ANLAGE 6: Qualitätsgebundenes Zusatzvolumen (QZV)

QZV-Nr.	QZV	RLV-AG	AG	GOP	FALLZÄHLUNG	
					Leistungsfall	RLV-Fall
1	Akupunktur	Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören	01	30790, 30791	L	
1	Akupunktur	Fachärzte für Anästhesiologie	08	30790, 30791		R
1	Akupunktur	Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	17	30790, 30791		R
1	Akupunktur	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie	24	30790, 30791		R
1	Akupunktur	Fachärzte für Nervenheilkunde	28	30790, 30791		R
1	Akupunktur	Fachärzte für Orthopädie	31	30790, 30791		R
1	Akupunktur	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie	39	30790, 30791		R
1	Akupunktur	Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie	10	30790, 30791		R
1	Akupunktur	Fachärzte für Neurochirurgie	11	30790, 30791		R
1	Akupunktur	Fachärzte für Physikalisch-Rehabilitative Medizin	37	30790, 30791	L	
2	Allergologie	Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören	01	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123	L	
2	Allergologie	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	04	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123		R
2	Allergologie	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	06	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123		R
2	Allergologie	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	07	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123		R
2	Allergologie	Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten	15	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123		R
2	Allergologie	Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	17	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123		R

ANLAGE 6: Qualitätsgebundenes Zusatzvolumen (QZV)

QZV-Nr.	QZV	RLV-AG	AG	GOP	FALLZÄHLUNG	
					Leistungsfall	RLV-Fall
2	Allergologie	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie	23	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123		R
2	Allergologie	Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie	32	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123	L	
3	Behandlung des diabetischen Fußes	Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten	15	02311		R
3	Behandlung des diabetischen Fußes	Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	17	02311		R
3	Behandlung des diabetischen Fußes	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Nephrologie	25	02311		R
3	Behandlung des diabetischen Fußes	Fachärzte für Orthopädie	31	02311		R
3	Behandlung des diabetischen Fußes	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie	39	02311		R
3	Behandlung des diabetischen Fußes	Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie	10	02311		R
3	Behandlung des diabetischen Fußes	Fachärzte für Neurochirurgie	11	02311		R
4	Behandlung von Hämorrhoiden	Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören	01	30610, 30611	L	
4	Behandlung von Hämorrhoiden	Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten	15	30610, 30611		R
4	Behandlung von Hämorrhoiden	Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	17	30610, 30611		R
4	Behandlung von Hämorrhoiden	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie	19	30610, 30611		R
4	Behandlung von Hämorrhoiden	Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie	10	30610, 30611		R
4	Behandlung von Hämorrhoiden	Fachärzte für Neurochirurgie	11	30610, 30611		R

ANLAGE 6: Qualitätsgebundenes Zusatzvolumen (QZV)

QZV-Nr.	QZV	RLV-AG	AG	GOP	FALLZÄHLUNG	
					Leistungsfall	RLV-Fall
5	Betreuung neurologisch bzw. psychisch Kranker im sozialen Umfeld	Fachärzte für Nervenheilkunde	28	16230, 16231, 21230, 21231		R
6	Betreuung psychisch Kranker im sozialen Umfeld	Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie	29	21230, 21231		R
8	Bronchoskopie	Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	14	09315, 09316		R
8	Bronchoskopie	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie	23	13662, 13663, 13664, 13670	L	
9	Chirotherapie	Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören	01	30200, 30201	L	
9	Chirotherapie	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie	24	30200, 30201		R
9	Chirotherapie	Fachärzte für Nervenheilkunde	28	30200, 30201		R
9	Chirotherapie	Fachärzte für Orthopädie	31	30200, 30201		R
9	Chirotherapie	Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie	10	30200, 30201		R
9	Chirotherapie	Fachärzte für Neurochirurgie	11	30200, 30201		R
10	CT	Fachärzte für Diagnostische Radiologie	33	34310, 34311, 34312, 34320, 34321, 34322, 34330, 34340, 34341, 34342, 34343, 34344, 34345, 34350, 34351, 34360, 34504, 34505	L	
11	Dermatologische Lasertherapie	Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten	15	10320, 10322, 10324		R
12	Dringende Besuche	Fachärzte für Anästhesiologie	08	01411, 01412		R
12	Dringende Besuche	Fachärzte für Augenheilkunde (konservativ tätig)	09	01411, 01412		R
12	Dringende Besuche	Fachärzte für Frauenheilkunde	12	01411, 01412		R
12	Dringende Besuche	Fachärzte für Frauenheilkunde mit fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	13	01411, 01412		R
12	Dringende Besuche	Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	14	01411, 01412		R
12	Dringende Besuche	Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten	15	01411, 01412		R

ANLAGE 6: Qualitätsgebundenes Zusatzvolumen (QZV)

QZV-Nr.	QZV	RLV-AG	AG	GOP	FALLZÄHLUNG	
					Leistungsfall	RLV-Fall
12	Dringende Besuche	Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	17	01411, 01412		R
12	Dringende Besuche	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie	19	01411, 01412		R
12	Dringende Besuche	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/ Onkologie	20	01411, 01412		R
12	Dringende Besuche	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie	21	01411, 01412		R
12	Dringende Besuche	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie und invasiver Tätigkeit	22	01411, 01412		R
12	Dringende Besuche	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie	24	01411, 01412		R
12	Dringende Besuche	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Nephrologie	25	01411, 01412		R
12	Dringende Besuche	Fachärzte für Nervenheilkunde	28	01411, 01412		R
12	Dringende Besuche	Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie	29	01411, 01412		R
12	Dringende Besuche	Fachärzte für Orthopädie	31	01411, 01412		R
12	Dringende Besuche	Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie	32	01411, 01412	L	
12	Dringende Besuche	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie	39	01411, 01412		R
12	Dringende Besuche	Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie	10	01411, 01412		R
12	Dringende Besuche	Fachärzte für Neurochirurgie	11	01411, 01412		R
13	Elektrooptalmologie	Fachärzte für Augenheilkunde (konservativ tätig)	09	06312		R
14	Ergometrie	Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören	01	03321	L	
14	Ergometrie	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	04	04321		R
14	Ergometrie	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	06	04321		R
14	Ergometrie	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	07	04321		R
15	Fluoreszenzangiographie	Fachärzte für Augenheilkunde (konservativ tätig)	09	06331		R

ANLAGE 6: Qualitätsgebundenes Zusatzvolumen (QZV)

QZV-Nr.	QZV	RLV-AG	AG	GOP	FALLZÄHLUNG	
					Leistungsfall	RLV-Fall
16	Gastroenterologie I	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/ Onkologie	20	13400, 13401, 13402, 13410, 13411, 13412		R
16	Gastroenterologie I	Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie	10	13400, 13401, 13402, 13410, 13411, 13412		R
16	Gastroenterologie I	Fachärzte für Neurochirurgie	11	13400, 13401, 13402, 13410, 13411, 13412		R
17	Gastroenterologie II	Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie	10	13420, 13662, 13663, 13664, 13670		R
17	Gastroenterologie II	Fachärzte für Neurochirurgie	11	13420, 13662, 13663, 13664, 13670		R
18	Geburtshilfe	Fachärzte für Frauenheilkunde	12	08231		R
18	Geburtshilfe	Fachärzte für Frauenheilkunde mit fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	13	08231		R
19	Histologie	Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten	15	19310, 19311, 19312, 19315, 19320		R
20	Hyposensibilisierungsbehandlung	Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören	01	30130		R
20	Hyposensibilisierungsbehandlung	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	04	30130		R
20	Hyposensibilisierungsbehandlung	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	06	30130		R
20	Hyposensibilisierungsbehandlung	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	07	30130		R
20	Hyposensibilisierungsbehandlung	Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten	15	30130		R
20	Hyposensibilisierungsbehandlung	Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	17	30130		R
20	Hyposensibilisierungsbehandlung	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie	19	30130		R
20	Hyposensibilisierungsbehandlung	Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie	32	30130	L	
20	Hyposensibilisierungsbehandlung	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie	23	30130		R
21	Inkontinenzbehandlung	Fachärzte für Frauenheilkunde	12	08310, 08311		R
21	Inkontinenzbehandlung	Fachärzte für Frauenheilkunde mit fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	13	08310, 08311		R

ANLAGE 6: Qualitätsgebundenes Zusatzvolumen (QZV)

QZV-Nr.	QZV	RLV-AG	AG	GOP	FALLZÄHLUNG	
					Leistungsfall	RLV-Fall
22	Interventionelle Radiologie	Fachärzte für Diagnostische Radiologie	33	01530, 01531, 34283, 34284, 34285, 34286, 34287	L	
22	Interventionelle Radiologie	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie	39	01530, 01531, 34283, 34284, 34285, 34286, 34287		R
23	Invasive Kardiologie	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie	22	01520, 01521, 34291, 34292	L	
23	Invasive Kardiologie	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie	39	01520, 01521, 34291, 34292		R
24	Kardiorespiratorische Polygraphie	Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören	01	30900	L	
24	Kardiorespiratorische Polygraphie	Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	17	30900		R
24	Kardiorespiratorische Polygraphie	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie	19	30900		R
24	Kardiorespiratorische Polygraphie	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie	21	30900		R
24	Kardiorespiratorische Polygraphie	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie und invasiver Tätigkeit	22	30900		R
24	Kardiorespiratorische Polygraphie	Fachärzte für Nervenheilkunde	28	30900		R
24	Kardiorespiratorische Polygraphie	Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie	29	30900		R
24	Kardiorespiratorische Polygraphie	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie	39	30900		R
25	Kleinchirurgie	Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	17	02300, 02301, 02302, 02310		R
25	Kleinchirurgie	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie	39	02300, 02301, 02302, 02310		R
26	Kontaktlinsenanpassung	Fachärzte für Augenheilkunde (konservativ tätig)	09	06340, 06341, 06342, 06343		R

ANLAGE 6: Qualitätsgebundenes Zusatzvolumen (QZV)

QZV-Nr.	QZV	RLV-AG	AG	GOP	FALLZÄHLUNG	
					Leistungsfall	RLV-Fall
27	Kontrolle Herzschrittmacher	Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	17	13571, 13573, 13574, 13575, 13576		R
27	Kontrolle Herzschrittmacher	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie	19	13571, 13573, 13574, 13575, 13576		R
27	Kontrolle Herzschrittmacher	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie	39	13571, 13573, 13574, 13575, 13576		R
28	Kurative Mammographie	Fachärzte für Frauenheilkunde	12	34270, 34271, 34272, 34273		R
28	Kurative Mammographie	Fachärzte für Frauenheilkunde mit fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	13	34270, 34271, 34272, 34273		R
28	Kurative Mammographie	Fachärzte für Diagnostische Radiologie	33	34270, 34271, 34272, 34273	L	
30	Langzeit-Blutdruckmessung	Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören	01	03324		R
30	Langzeit-Blutdruckmessung	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	04	04324		R
30	Langzeit-Blutdruckmessung	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	06	04324		R
30	Langzeit-Blutdruckmessung	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	07	04324		R
31	Langzeit-EKG	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	04	04241, 04322		R
31	Langzeit-EKG	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	06	04241, 04322		R
31	Langzeit-EKG	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	07	04241, 04322		R
31	Langzeit-EKG	Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	17	13252, 13253		R
31	Langzeit-EKG	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie	19	13252, 13253		R
31	Langzeit-EKG	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie	39	13252, 13253		R
32	Mamma-Sonographie, Stanzbiopsie	Fachärzte für Frauenheilkunde	12	08320, 33041	L	
32	Mamma-Sonographie, Stanzbiopsie	Fachärzte für Frauenheilkunde mit fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	13	08320, 33041	L	

ANLAGE 6: Qualitätsgebundenes Zusatzvolumen (QZV)

QZV-Nr.	QZV	RLV-AG	AG	GOP	FALLZÄHLUNG	
					Leistungsfall	RLV-Fall
33	MRT	Fachärzte für Nuklearmedizin	30	34410, 34411, 34420, 34421, 34422, 34430, 34431, 34440, 34441, 34442, 34450, 34451, 34452, 34460		R
33	MRT	Fachärzte für Diagnostische Radiologie	33	34410, 34411, 34420, 34421, 34422, 34430, 34431, 34440, 34441, 34442, 34450, 34451, 34452, 34460	L	
34	MRT-Angiographie	Fachärzte für Nuklearmedizin	30	34470, 34475, 34480, 34485, 34486, 34489, 34490, 34492		R
34	MRT-Angiographie	Fachärzte für Diagnostische Radiologie	33	34470, 34475, 34480, 34485, 34486, 34489, 34490, 34492	L	
35	Narkosen bei Geburtshilfe	Fachärzte für Anästhesiologie	08	05360, 05361, 05370, 05371, 05372		R
36	Narkosen bei zahnärztlicher Behandlung	Fachärzte für Anästhesiologie	08	05330, 05331, 05340, 05341, 05350	L	
38	Neurophysiologische Übungsbehandlung	Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	26	30300, 30301		R
38	Neurophysiologische Übungsbehandlung	Fachärzte für Nervenheilkunde	28	30300, 30301	L	
38	Neurophysiologische Übungsbehandlung	Fachärzte für Orthopädie	31	30300, 30301		R
38	Neurophysiologische Übungsbehandlung	Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie	32	30300, 30301	L	
39	Osteodensitometrie	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie	24	34600		R
39	Osteodensitometrie	Fachärzte für Orthopädie	31	34600		R
39	Osteodensitometrie	Fachärzte für Diagnostische Radiologie	33	34600	L	
40	Otoakustische Emissionen	Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie	32	20324	L	
41	Phlebologie	Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören	01	30500, 30501	L	
41	Phlebologie	Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten	15	30500, 30501		R

ANLAGE 6: Qualitätsgebundenes Zusatzvolumen (QZV)

QZV-Nr.	QZV	RLV-AG	AG	GOP	FALLZÄHLUNG	
					Leistungsfall	RLV-Fall
41	Phlebologie	Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	17	30500, 30501		R
41	Phlebologie	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie	19	30500, 30501		R
41	Phlebologie	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie	39	30500, 30501		R
41	Phlebologie	Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie	10	30500, 30501	L	
41	Phlebologie	Fachärzte für Neurochirurgie	11	30500, 30501	L	
42	Phoniatrie	Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie	32	20330, 20331, 20332, 20333	L	
44	Physikalische Therapie	Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören	01	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421	L	
44	Physikalische Therapie	Fachärzte für Frauenheilkunde	12	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 30431		R
44	Physikalische Therapie	Fachärzte für Frauenheilkunde mit fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	13	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 30431		R
44	Physikalische Therapie	Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten	15	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 30431		R
44	Physikalische Therapie	Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	17	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421		R
44	Physikalische Therapie	Fachärzte für Nervenheilkunde	28	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421		R
44	Physikalische Therapie	Fachärzte für Orthopädie	31	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421		R
44	Physikalische Therapie	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie	39	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421		R
44	Physikalische Therapie	Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie	10	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 30431		R

ANLAGE 6: Qualitätsgebundenes Zusatzvolumen (QZV)

QZV-Nr.	QZV	RLV-AG	AG	GOP	FALLZÄHLUNG	
					Leistungsfall	RLV-Fall
44	Physikalische Therapie	Fachärzte für Neurochirurgie	11	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 30431		R
45	Polysomnographie	Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	14	30901		R
45	Polysomnographie	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie	23	30901	L	
46	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	Fachärzte für Anästhesiologie	08	01510, 01511, 01512		R
46	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	Fachärzte für Frauenheilkunde	12	01510, 01511, 01512	L	
46	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	Fachärzte für Frauenheilkunde mit fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	13	01510, 01511, 01512		R
46	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten	15	01510, 01511, 01512		R
46	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	17	01510, 01511, 01512		R
46	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie	19	01510, 01511, 01512	L	
46	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	Fachärzte für Nervenheilkunde	28	01510, 01511, 01512		R
46	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	Fachärzte für Orthopädie	31	01510, 01511, 01512		R
46	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	Fachärzte für Diagnostische Radiologie	33	01510, 01511, 01512	L	
46	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	Fachärzte für Urologie	36	01510, 01511, 01512	L	
46	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie	39	01510, 01511, 01512		R
46	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie	10	01510, 01511, 01512		R
46	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	Fachärzte für Neurochirurgie	11	01510, 01511, 01512		R

ANLAGE 6: Qualitätsgebundenes Zusatzvolumen (QZV)

QZV-Nr.	QZV	RLV-AG	AG	GOP	FALLZÄHLUNG	
					Leistungsfall	RLV-Fall
47	Proktologie	Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören	01	03331, 30600, 30601	L	
47	Proktologie	Fachärzte für Frauenheilkunde	12	08333, 08334, 30600, 30601		R
47	Proktologie	Fachärzte für Frauenheilkunde mit fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	13	08333, 08334, 30600, 30601		R
47	Proktologie	Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten	15	30600, 30601		R
47	Proktologie	Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	17	13257, 30600, 30601		R
47	Proktologie	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie	19	13257, 30600, 30601		R
47	Proktologie	Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie	10	30600, 30601		R
47	Proktologie	Fachärzte für Neurochirurgie	11	30600, 30601		R
48	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören	01	35100, 35110, 35111, 35113, 35120		R
48	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	04	35100, 35110, 35111, 35113, 35120		R
48	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	06	35100, 35110, 35111, 35113, 35120		R
48	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	07	35100, 35110, 35111, 35113, 35120		R
48	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	Fachärzte für Anästhesiologie	08	35100, 35110, 35111, 35113, 35120		R
48	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	Fachärzte für Augenheilkunde (konservativ tätig)	09	35100, 35110, 35111, 35113, 35120		R
48	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	Fachärzte für Frauenheilkunde	12	35100, 35110, 35111, 35113, 35120		R

ANLAGE 6: Qualitätsgebundenes Zusatzvolumen (QZV)

QZV-Nr.	QZV	RLV-AG	AG	GOP	FALLZÄHLUNG	
					Leistungsfall	RLV-Fall
48	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	Fachärzte für Frauenheilkunde mit fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	13	35100, 35110, 35111, 35113, 35120		R
48	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten	15	35100, 35110, 35111, 35113, 35120		R
48	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	17	35100, 35110, 35111, 35113, 35120		R
48	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie	19	35100, 35110, 35111, 35113, 35120		R
48	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/ Onkologie	20	35100, 35110, 35111, 35113, 35120		R
48	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie	21	35100, 35110, 35111, 35113, 35120		R
48	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie und invasiver Tätigkeit	22	35100, 35110, 35111, 35113, 35120		R
48	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie	24	35100, 35110, 35111, 35113, 35120		R
48	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	Fachärzte für Nervenheilkunde	28	35100, 35110, 35111, 35113, 35120		R
48	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie	29	35100, 35110, 35111, 35113, 35120		R
48	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	Fachärzte für Orthopädie	31	35100, 35110, 35111, 35113, 35120		R
48	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie	32	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	L	
48	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	Fachärzte für Urologie	36	35100, 35110, 35111, 35113, 35120		R
48	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie	39	35100, 35110, 35111, 35113, 35120		R
48	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie	10	35100, 35110, 35111, 35113, 35120		R
48	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	Fachärzte für Neurochirurgie	11	35100, 35110, 35111, 35113, 35120		R

ANLAGE 6: Qualitätsgebundenes Zusatzvolumen (QZV)

QZV-Nr.	QZV	RLV-AG	AG	GOP	FALLZÄHLUNG	
					Leistungsfall	RLV-Fall
48	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	Fachärzte für Physikalisch-Rehabilitative Medizin	37	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	L	
49	Reproduktionsmedizin	Fachärzte für Frauenheilkunde	12	08230		R
49	Reproduktionsmedizin	Fachärzte für Frauenheilkunde mit fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	13	08230		R
50	Richtlinienpsychotherapie I	Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören	01	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	L	
50	Richtlinienpsychotherapie I	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	04	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150		R
50	Richtlinienpsychotherapie I	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	06	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150		R
50	Richtlinienpsychotherapie I	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	07	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150		R
50	Richtlinienpsychotherapie I	Fachärzte für Anästhesiologie	08	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150		R
50	Richtlinienpsychotherapie I	Fachärzte für Frauenheilkunde	12	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150		R
50	Richtlinienpsychotherapie I	Fachärzte für Frauenheilkunde mit fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	13	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150		R
50	Richtlinienpsychotherapie I	Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten	15	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150		R
50	Richtlinienpsychotherapie I	Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	17	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150		R
50	Richtlinienpsychotherapie I	Fachärzte für Nervenheilkunde	28	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150		R
50	Richtlinienpsychotherapie I	Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie	29	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150		R
50	Richtlinienpsychotherapie I	Fachärzte für Orthopädie	31	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150		R
50	Richtlinienpsychotherapie I	Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie	32	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	L	

ANLAGE 6: Qualitätsgebundenes Zusatzvolumen (QZV)

QZV-Nr.	QZV	RLV-AG	AG	GOP	FALLZÄHLUNG	
					Leistungsfall	RLV-Fall
50	Richtlinienpsychotherapie I	Fachärzte für Urologie	36	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150		R
50	Richtlinienpsychotherapie I	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie	39	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150		R
52	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören	01	30710, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760	L	
52	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	Fachärzte für Anästhesiologie	08	30710, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760	L	
52	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	14	30710, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760		R
52	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	17	30710, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760		R
52	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/ Onkologie	20	30710, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760		R
52	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie	24	30710, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760		R
52	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	Fachärzte für Nervenheilkunde	28	30710, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760		R
52	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	Fachärzte für Orthopädie	31	30710, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760		R
52	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie	39	30710, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760		R

ANLAGE 6: Qualitätsgebundenes Zusatzvolumen (QZV)

QZV-Nr.	QZV	RLV-AG	AG	GOP	FALLZÄHLUNG	
					Leistungsfall	RLV-Fall
52	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie	10	30710, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760		R
52	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	Fachärzte für Neurochirurgie	11	30710, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760		R
52	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	Fachärzte für Physikalisch-Rehabilitative Medizin	37	30710, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760		R
53	Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	Fachärzte für Neurochirurgie	11	30700, 30702, 30704, 30708	L	
53	Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören	01	30700, 30702, 30704, 30708	L	
53	Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	Fachärzte für Anästhesiologie	08	30700, 30702, 30708	L	
53	Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	17	30700, 30702, 30704, 30708	L	
53	Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	Fachärzte für Nervenheilkunde	28	30700, 30702, 30704, 30708	L	
53	Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	Fachärzte für Orthopädie	31	30700, 30702, 30704, 30708	L	
53	Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie	39	30700, 30702, 30704, 30708	L	
53	Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	Fachärzte für Physikalisch-Rehabilitative Medizin	37	30700, 30702, 30704, 30708	L	
54	Schwangerschaftsabbruch	Fachärzte für Anästhesiologie	08	01903, 01910, 01913		R
55	Sonographie Haut	Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten	15	33080, 33081		R

ANLAGE 6: Qualitätsgebundenes Zusatzvolumen (QZV)

QZV-Nr.	QZV	RLV-AG	AG	GOP	FALLZÄHLUNG	
					Leistungsfall	RLV-Fall
56	Sonographie I	Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören	01	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	L	
56	Sonographie I	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	04	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092		R
56	Sonographie I	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	06	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092		R
56	Sonographie I	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	07	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092		R
56	Sonographie I	Fachärzte für Augenheilkunde (konservativ tätig)	09	33000, 33001, 33002, 33011		R
56	Sonographie I	Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	17	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092		R
56	Sonographie I	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie	21	33000, 33001, 33002, 33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092		R
56	Sonographie I	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie und invasiver Tätigkeit	22	33000, 33001, 33002, 33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092		R
56	Sonographie I	Fachärzte für Nuklearmedizin	30	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092		R
56	Sonographie I	Fachärzte für Orthopädie	31	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092		R

ANLAGE 6: Qualitätsgebundenes Zusatzvolumen (QZV)

QZV-Nr.	QZV	RLV-AG	AG	GOP	FALLZÄHLUNG	
					Leistungsfall	RLV-Fall
56	Sonographie I	Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie	32	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	L	
56	Sonographie I	Fachärzte für Diagnostische Radiologie	33	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	L	
56	Sonographie I	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie	39	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092		R
56	Sonographie I	Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie	10	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092		R
56	Sonographie I	Fachärzte für Neurochirurgie	11	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092		R
57	Sonographie II	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	04	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040		R
57	Sonographie II	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	06	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040		R
57	Sonographie II	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	07	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040		R
57	Sonographie II	Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	17	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040		R
57	Sonographie II	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie	19	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040		R
57	Sonographie II	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/ Onkologie	20	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040		R
57	Sonographie II	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie	24	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040		R
57	Sonographie II	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Nephrologie	25	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040		R

ANLAGE 6: Qualitätsgebundenes Zusatzvolumen (QZV)

QZV-Nr.	QZV	RLV-AG	AG	GOP	FALLZÄHLUNG	
					Leistungsfall	RLV-Fall
57	Sonographie II	Fachärzte für Nuklearmedizin	30	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040		R
57	Sonographie II	Fachärzte für Diagnostische Radiologie	33	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040	L	
57	Sonographie II	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie	39	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040		R
58	Sonographie III	Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören	01	33060, 33061, 33062	L	
58	Sonographie III	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	04	33060, 33061, 33062, 33076		R
58	Sonographie III	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	06	33060, 33061, 33062, 33076		R
58	Sonographie III	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	07	33060, 33061, 33062, 33076		R
58	Sonographie III	Fachärzte für Frauenheilkunde	12	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076		R
58	Sonographie III	Fachärzte für Frauenheilkunde mit fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	13	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076		R
58	Sonographie III	Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten	15	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076		R
58	Sonographie III	Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	17	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076		R
58	Sonographie III	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie	19	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076		R
58	Sonographie III	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/ Onkologie	20	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076		R

ANLAGE 6: Qualitätsgebundenes Zusatzvolumen (QZV)

QZV-Nr.	QZV	RLV-AG	AG	GOP	FALLZÄHLUNG	
					Leistungsfall	RLV-Fall
58	Sonographie III	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie	21	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076		R
58	Sonographie III	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie und invasiver Tätigkeit	22	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076		R
58	Sonographie III	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie	24	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076		R
58	Sonographie III	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Nephrologie	25	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076		R
58	Sonographie III	Fachärzte für Nervenheilkunde	28	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	L	
58	Sonographie III	Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie	29	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076		R
58	Sonographie III	Fachärzte für Nuklearmedizin	30	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076		R
58	Sonographie III	Fachärzte für Diagnostische Radiologie	33	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	L	
58	Sonographie III	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie	39	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076		R
58	Sonographie III	Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie	10	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	L	
58	Sonographie III	Fachärzte für Neurochirurgie	11	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	L	

ANLAGE 6: Qualitätsgebundenes Zusatzvolumen (QZV)

QZV-Nr.	QZV	RLV-AG	AG	GOP	FALLZÄHLUNG	
					Leistungsfall	RLV-Fall
60	Spirometrie	Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören	01	03330		R
60	Spirometrie	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	04	04330		R
60	Spirometrie	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	06	04330		R
60	Spirometrie	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	07	04330		R
62	Teilradiologie	Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	14	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503		R
62	Teilradiologie	Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	17	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503		R

ANLAGE 6: Qualitätsgebundenes Zusatzvolumen (QZV)

QZV-Nr.	QZV	RLV-AG	AG	GOP	FALLZÄHLUNG	
					Leistungsfall	RLV-Fall
62	Teilradiologie	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie	19	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503		R
62	Teilradiologie	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/ Onkologie	20	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503		R
62	Teilradiologie	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie	21	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503		R

ANLAGE 6: Qualitätsgebundenes Zusatzvolumen (QZV)

QZV-Nr.	QZV	RLV-AG	AG	GOP	FALLZÄHLUNG	
					Leistungsfall	RLV-Fall
62	Teilradiologie	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie und invasiver Tätigkeit	22	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503		R
62	Teilradiologie	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie	23	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503	L	
62	Teilradiologie	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie	24	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503		R

ANLAGE 6: Qualitätsgebundenes Zusatzvolumen (QZV)

QZV-Nr.	QZV	RLV-AG	AG	GOP	FALLZÄHLUNG	
					Leistungsfall	RLV-Fall
62	Teilradiologie	Fachärzte für Nuklearmedizin	30	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503		R
62	Teilradiologie	Fachärzte für Orthopädie	31	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503		R
62	Teilradiologie	Fachärzte für Diagnostische Radiologie	33	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503	L	

ANLAGE 6: Qualitätsgebundenes Zusatzvolumen (QZV)

QZV-Nr.	QZV	RLV-AG	AG	GOP	FALLZÄHLUNG	
					Leistungsfall	RLV-Fall
62	Teilradiologie	Fachärzte für Urologie	36	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503	L	
62	Teilradiologie	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie	39	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503		R
62	Teilradiologie	Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie	10	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503	L	

ANLAGE 6: Qualitätsgebundenes Zusatzvolumen (QZV)

QZV-Nr.	QZV	RLV-AG	AG	GOP	FALLZÄHLUNG	
					Leistungsfall	RLV-Fall
62	Teilradiologie	Fachärzte für Neurochirurgie	11	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503	L	
63	Ulcus cruris, CVI	Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten	15	02312, 02313		R
63	Ulcus cruris, CVI	Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	17	02312, 02313		R
63	Ulcus cruris, CVI	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie	19	02312, 02313		R
63	Ulcus cruris, CVI	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/ Onkologie	20	02312, 02313		R
63	Ulcus cruris, CVI	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie	21	02312, 02313		R
63	Ulcus cruris, CVI	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie und invasiver Tätigkeit	22	02312, 02313		R
63	Ulcus cruris, CVI	Fachärzte für Orthopädie	31	02312, 02313		R
63	Ulcus cruris, CVI	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie	39	02312, 02313		R
63	Ulcus cruris, CVI	Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie	10	02312, 02313	L	
63	Ulcus cruris, CVI	Fachärzte für Neurochirurgie	11	02312, 02313	L	
64	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	Fachärzte für Anästhesiologie	08	01100, 01101, 01102		R
64	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	Fachärzte für Augenheilkunde (konservativ tätig)	09	01100, 01101, 01102		R
64	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	Fachärzte für Frauenheilkunde	12	01100, 01101, 01102		R

ANLAGE 6: Qualitätsgebundenes Zusatzvolumen (QZV)

QZV-Nr.	QZV	RLV-AG	AG	GOP	FALLZÄHLUNG	
					Leistungsfall	RLV-Fall
64	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	Fachärzte für Frauenheilkunde mit fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	13	01100, 01101, 01102		R
64	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	14	01100, 01101, 01102		R
64	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten	15	01100, 01101, 01102		R
64	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	17	01100, 01101, 01102		R
64	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie	19	01100, 01101, 01102		R
64	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/ Onkologie	20	01100, 01101, 01102		R
64	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie	21	01100, 01101, 01102		R
64	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie und invasiver Tätigkeit	22	01100, 01101, 01102		R
64	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie	24	01100, 01101, 01102		R
64	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Nephrologie	25	01100, 01101, 01102		R
64	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	Fachärzte für Nervenheilkunde	28	01100, 01101, 01102		R
64	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie	29	01100, 01101, 01102		R
64	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	Fachärzte für Nuklearmedizin	30	01102		R
64	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	Fachärzte für Orthopädie	31	01100, 01101, 01102		R
64	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie	32	01100, 01101, 01102	L	
64	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	Fachärzte für Urologie	36	01100, 01101, 01102		R

ANLAGE 6: Qualitätsgebundenes Zusatzvolumen (QZV)

QZV-Nr.	QZV	RLV-AG	AG	GOP	FALLZÄHLUNG	
					Leistungsfall	RLV-Fall
64	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie	39	01100, 01101, 01102		R
64	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie	10	01100, 01101, 01102		R
64	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	Fachärzte für Neurochirurgie	11	01100, 01101, 01102		R
66	Zytologie	Fachärzte für Frauenheilkunde	12	01826, 19310, 19311, 19312		R
66	Zytologie	Fachärzte für Frauenheilkunde mit fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	13	01826, 19310, 19311, 19312		R
66	Zytologie	Fachärzte für Urologie	36	01826, 19310, 19311, 19312		R
80	Sonographie mit Kontrastmittel	Fachärzte für Frauenheilkunde	12	08341		R
81	Zuschläge zur Sonographie	Fachärzte für Frauenheilkunde	12	33091, 33092		R
82	Anlegen und Durchführung Langzeit-EKG	Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören	01	03322		R
83	Auswertung Langzeit- EKG	Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören	01	03241		R
87	Leistungen Kap. 4.4	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	04	04410, 04411, 04413, 04414, 04415, 04416, 04419, 04420, 04430, 04431, 04433, 04434, 04435, 04436, 04437, 04439, 04441, 04442, 04443	L	
87	Leistungen Kap. 4.4	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	06	04410, 04411, 04413, 04414, 04415, 04416, 04419, 04420, 04430, 04431, 04433, 04434, 04435, 04436, 04437, 04439, 04441, 04442, 04443	L	
87	Leistungen Kap. 4.4	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	07	04410, 04411, 04413, 04414, 04415, 04416, 04419, 04420, 04430, 04431, 04433, 04434, 04435, 04436, 04437, 04439, 04441, 04442, 04443	L	

ANLAGE 6: Qualitätsgebundenes Zusatzvolumen (QZV)

QZV-Nr.	QZV	RLV-AG	AG	GOP	FALLZÄHLUNG	
					Leistungsfall	RLV-Fall
88	Leistungen Kap. 4.5	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	04	04511, 04512, 04513, 04516, 04517, 04521, 04523, 04525, 04527, 04530, 04532, 04534, 04535, 04536, 04537, 04550, 04551, 04580	L	
88	Leistungen Kap. 4.5	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	06	04511, 04512, 04513, 04516, 04517, 04521, 04523, 04525, 04527, 04530, 04532, 04534, 04535, 04536, 04537, 04550, 04551, 04580	L	
88	Leistungen Kap. 4.5	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	07	04511, 04512, 04513, 04516, 04517, 04521, 04523, 04525, 04527, 04530, 04532, 04534, 04535, 04536, 04537, 04550, 04551, 04580	L	
89	Ösophagogastroduodenoskopie	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie	19	13400		R
90	Funktionelle Entwicklungstherapie	Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	26	14310, 14311		R
91	Messung Blinkreflex, Neurophysiologische Untersuchung, Zuschlag für elektrophysiologische Leistungen	Fachärzte für Nervenheilkunde	28	16320, 16321, 16322	L	
92	Lumbalpunktion	Fachärzte für Nervenheilkunde	28	02342	L	
93	Auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörung	Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie	32	20370, 35600, 35601	L	
94	Praxisklinische Tagesbetreuung	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/ Onkologie	20	01510, 01511, 01512		R
94	Praxisklinische Tagesbetreuung	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie	24	01510, 01511, 01512		R
95	Sonographie IV	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	04	33041, 33063, 33064, 33051		R
95	Sonographie IV	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	06	33041, 33063, 33064, 33051		R
95	Sonographie IV	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	07	33041, 33063, 33064, 33051		R
96	Bluttransfusion	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/ Onkologie	20	02110, 02111		R

ANLAGE 6: Qualitätsgebundenes Zusatzvolumen (QZV)

QZV-Nr.	QZV	RLV-AG	AG	GOP	FALLZÄHLUNG	
					Leistungsfall	RLV-Fall
98	Oberbauchsonographie	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Endokrinologie	18	33042	L	
99	Schilddrüsenszintigraphie	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Endokrinologie	18	17320	L	
100	Myokardszintigraphie	Fachärzte für Nuklearmedizin	30	17330, 17331, 17332, 17333	L	
101	Objektive Stimmanalyse	Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie	32	20351, 20352	L	
102	SPECT-Zuschlag bei Einkopfkamera und Doppel-Mehrkopfkamera	Fachärzte für Nuklearmedizin	30	17362, 17363	L	
105	Leistungen der Nuklearmedizin (Kap. 17 EBM)	Fachärzte für Diagnostische Radiologie	33	17210, 17214, 17310, 17311, 17312, 17320, 17321, 17330, 17331, 17332, 17333, 17340, 17341, 17350, 17351, 17360, 17361, 17362, 17363, 17371, 17372, 17373	L	
107	Mamma-Sonographie	Fachärzte für Diagnostische Radiologie	33	33041	L	
108	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung (TENS)	Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören	01	30712	L	
108	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung (TENS)	Fachärzte für Anästhesiologie	08	30712	L	
108	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung (TENS)	Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	14	30712		R
108	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung (TENS)	Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	17	30712		R
108	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung (TENS)	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/ Onkologie	20	30712		R
108	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung (TENS)	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie	24	30712		R
108	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung (TENS)	Fachärzte für Nervenheilkunde	28	30712		R

ANLAGE 6: Qualitätsgebundenes Zusatzvolumen (QZV)

QZV-Nr.	QZV	RLV-AG	AG	GOP	FALLZÄHLUNG	
					Leistungsfall	RLV-Fall
108	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung (TENS)	Fachärzte für Orthopädie	31	30712		R
108	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung (TENS)	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie	39	30712		R
108	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung (TENS)	Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie	10	30712		R
108	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung (TENS)	Fachärzte für Neurochirurgie	11	30712		R
108	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung (TENS)	Fachärzte für Physikalisch-Rehabilitative Medizin	37	30712		R
111	Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	Fachärzte für Anästhesiologie	8	30704	L	
112	Elektrische Reaktionsaudiometrie	Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie	32	20327, 20340	L	
113	Pädaudiologie	Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie	32	20335, 20336	L	

ANLAGE 7: Bereinigung des zu erwartenden Honorars

Die KV Berlin bereinigt das zu erwartende Honorar gemäß § 87b Abs. 4 SGB V:

1. Allgemeine Grundsätze:

- (1) Maßgeblich für die Bereinigung des zu erwartenden Honorars sind die Bereinigungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.
- (2) Die Bereinigung des zu erwartenden Honorars erfolgt für die gleichen Quartale und in Verbindung mit Abs. 10 in der Höhe, in denen die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung bereinigt wird.
- (3) Für die Ermittlung der Höhe der Bereinigung des zu erwartenden Honorars sind ausschließlich die kollektivvertraglichen Honorarregelungen nach den §§ 83, 85 und 87a SGB V der Partner der Gesamtverträge heranzuziehen.
- (4) Nimmt ein Versicherter einer Krankenkasse mit Wohnsitz im Bezirk der KV Berlin (Wohnort-KV) an einem Selektivvertrag in einem anderen KV-Bereich (Vertrags-KV) teil, wird die MGV-Bereinigung in der Wohnort-KV vorgenommen.
- (5) Der Grundsatz der kassenartenübergreifenden Festlegung der Regelleistungsvolumina und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina wird beibehalten.
- (6) Die Bereinigung erfolgt ausschließlich für Leistungen, die den Leistungen der vertragsärztlichen Versorgung innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung entsprechen.
- (7) Die Bereinigung des zu erwartenden Honorars erfolgt grundsätzlich bei den Ärzten, die den im aktuellen Quartal neu am Selektivvertrag teilnehmenden Versicherten (Neueinschreiber) im Vorjahresquartal versorgt haben. Hierfür werden die mit den Krankenkassen abgestimmten vertrags-, versicherten- und arztbezogenen Bereinigungsdaten (Krankenkassenbereinigungsdaten) herangezogen.
- (8) Die Bereinigung der Regelleistungsvolumina und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina betrifft nur diejenigen Ärzte, Arztgruppen, Leistungen, Kostenerstattungen und Fälle, die der Mengensteuerung über Regelleistungsvolumina und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina unterliegen.
- (9) nicht besetzt
- (10) Auswirkungen der MGV-Bereinigungen auf die Höhe der Vergütungsvolumina gemäß § 3 Abs. 1 Nrn. 1, 2, 5 und 6 HVM sowie der Vorwegabzüge gemäß § 5 Nr. 2, 5, 7 und 8, § 6 Abs. 1 Nr. 2 bis 5, 8 und 9 HVM sowie der besonderen Verteilungsvolumina gemäß § 7 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 HVM werden entsprechend ihrer Anteile am Bereinigungsbetrag berücksichtigt.

2. Bereinigung des zu erwartenden Honorars bei MGV-Bereinigung aufgrund von Selektivverträgen:

- (1) Der MGV-Bereinigungsbetrag je Selektivvertrag für die Neueinschreiber mit einem bereinigten Behandlungsbedarf aus dem Vorjahresquartal wird auf die von der Bereinigung betroffenen Vergütungsvolumina gemäß § 3 Abs. 1 Nrn. 1, 2, 5 und 6, § 5 Nr. 2, 5, 7 und 8, § 6 Abs. 1 Nr. 2 bis 5, 8 und 9 HVM und § 7 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 HVM entsprechend dem Anteil am bereinigten Behandlungsbedarf aus dem Vorjahresquartal nach den

Krankenkassenbereinigungsdaten verteilt und die betroffenen Vergütungsvolumina gemäß § 3 Abs. 1 Nrn. 1, 2, 5 und 6, § 5 Nr. 2, 5, 7 und 8, § 6 Abs. 1 Nr. 2 bis 5, 8 und 9 HVM; § 7 Abs. 1 Nr. 3 HVM entsprechend verringert.

- (2) Der nach Absatz 1 auf die Teilvergütungsvolumina gemäß § 7 Abs. 1 Nr. 1 und 2 HVM entfallende Restbereinigungsbetrag je bereinigungsrelevanter Arztgruppe wird je Selektivvertrag gemäß den Krankenkassenbereinigungsdaten anhand der Arztfälle des Vorjahresquartals für die Neueinschreiber auf die Ärzte der am Selektivvertrag teilnehmenden Arztgruppen aufgeteilt. Der sich danach je Arzt ergebende Bereinigungsbetrag wird vom RLV/QZV-Honorarvolumen des Arztes abgezogen.
- (3) Rückbereinigungsbeträge für Rückkehrer (im Vorjahresquartal in den Selektivvertrag eingeschriebene Versicherte, die im Abrechnungsquartal nicht mehr teilnehmen) und Restbereinigungsbeträge werden entsprechend der Anteile der Bereinigung nach Absatz 1 und 2 bei der Ermittlung der grundbetragspezifischen Vergütungsvolumen nach § 3 Abs. 1 Nr. 1 bis 6 HVM für den Übertrag ins nächstmögliche Quartal berücksichtigt.
- (4) Der auf die Teilvergütungsvolumina gemäß § 7 Abs. 1 Nr. 1 und 2 HVM entfallenden Bereinigungsbeträge je Selektivvertrag, Krankenkasse und Arztgruppe aus Selektivverträgen mit situativer Einschreibung bzw. aufgrund von MGV-Bereinigungen zur Versorgung von bestimmten Versicherten außerhalb des Kollektivvertrages werden gemäß den Krankenkassenbereinigungsdaten auf die je Vertrag gemeldeten Selektivvertragsversicherten aufgeteilt. Der sich danach je Selektivvertrag ergebende Bereinigungsbetrag je Selektivvertragsversicherten wird entsprechend der je Arzt gemeldeten Selektivvertragsversicherten vom unbereinigten RLV-QZV-Volumen des jeweiligen Arztes abgezogen.

3. Bereinigung des zu erwartenden Honorars bei MGV-Bereinigung aufgrund der ASV nach § 116b SGB V

Die Bereinigung aufgrund der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V erfolgt grundsätzlich entsprechend Nr. 2. Der auf die Teilvergütungsvolumina gemäß § 7 Abs. 1 Nr. 1 und 2 HVM entfallende Restbereinigungsbetrag aufgrund der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V wird gemäß der arztgruppenspezifischen Anteile für die jeweiligen ASV-Indikationen im nächstmöglichen Quartal von den arztgruppenspezifischen RLV-Verteilungsvolumen nach § 7 Abs. 1 Nr. 1 abgezogen.

4. Beendigung eines bereinigten Selektivvertrages

In den vier Quartalen nach Beendigung eines bereinigten Selektivvertrages wird auf Antrag des an dem beendeten Selektivvertrag bisher teilnehmenden Arztes und nach Genehmigung durch die KV Berlin das Regelleistungsvolumen des Arztes um Fälle für bisher im Selektivvertrag versorgte Versicherte erhöht, wenn für diese Versicherten in dem jeweiligen Abrechnungsquartal RLV-Leistungen abgerechnet wurden und aufgrund der Beendigung des Selektivvertrages eine Erhöhung der Zahl der behandelten Versicherten gegenüber der RLV-Fallzahl vorliegt. Hierfür ist der Antrag durch den Arzt mit einer Liste der Patienten mit Versichertennummer, Name und Geburtsdatum zu belegen, die im Vorjahresquartal von dem Arzt im Selektivvertrag versorgt wurden und für die in dem jeweiligen Abrechnungsquartal Leistungen erbracht und abgerechnet wurden. § 11 Satz 3 HVM gilt entsprechend.