

Kassenärztliche Vereinigung Berlin  
Abteilung Abrechnung II / Praxisbudget  
Masurenallee 6 A  
14057 Berlin

Fax: 030 / 31 003-50880

Vertragsarztstempel
---------------------

**Antrag auf Anpassung des Basis-Euro-Volumens (BEV) /  
Zusatz-EURO-Volumens (ZEV)**  
gemäß dem Übergangs-HVM 2022

**1. Allgemeine Angaben**

Name des Antragstellers: \_\_\_\_\_

Betriebsstättennummer (BSNR): 

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

**Die Antragstellung erfolgt:**

Für mich                       Für den angestellten Arzt: \_\_\_\_\_

Lebenslange Arztnummer (LANR, wenn vorhanden): 

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

**2. Quartal**

Die Anpassung des BEV/ZEV wird fristgerecht beantragt:  
Ein Antrag kann hinsichtlich des Übergangs-HVM 2022 maximal bis zum Quartal IV-2022 in die Zukunft gestellt werden. Anträge für das Leistungsjahr 2023 können grundsätzlich erst ab Bekanntgabe des Praxisbudgets des entsprechenden Abrechnungsquartals ab 2023 gestellt werden.

für folgende/s Quartal/e: \_\_\_\_\_

**3. BEV-/ZEV-Erhöhen gem. § 11 HVM – Antragsgründe**

a) **Urlaubs- und krankheitsbedingte Vertretung eines Arztes der eigenen Berufsausübungsgemeinschaft**

Name, Vorname des Vertretenen: \_\_\_\_\_

Zeitraum der Vertretung:      von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

- b) Urlaubs- und krankheitsbedingte Vertretung eines Arztes einer Arztpraxis in der näheren Umgebung der Arztpraxis**

Name, Vorname des Vertretenen: \_\_\_\_\_

Zeitraum der Vertretung: von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

- c) Aufgabe einer Zulassung oder genehmigten Tätigkeit eines Arztes der eigenen Berufsausübungsgemeinschaft**

Name, Vorname des Ausgeschiedenen: \_\_\_\_\_

Datum der Aufgabe: \_\_\_\_\_

- d) Aufgabe einer Zulassung oder genehmigten Tätigkeit eines Arztes einer Arztpraxis in der näheren Umgebung der Arztpraxis.**

Name, Vorname des Arztes: \_\_\_\_\_

Datum der Aufgabe: \_\_\_\_\_

- e) Ein außergewöhnlicher und/oder durch den Arzt unverschuldeter Grund, welcher in Folge zu einem zu niedrig zugewiesenen RLV/QZV im Basisquartal 2021-4 geführt hat, z. B. Krankheit des Arztes (Nachweis bitte beifügen, sofern vorhanden)**

- 4. Praxisbesonderheiten**

Bitte stellen Sie die bedeutsame fachliche Spezialisierung unter Angabe der entsprechenden EBM-Gebührenordnungsposition dar.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- 5. Zuweisung von ZEV wegen neuer Abrechnungsgenehmigung/en (Mehrfachnennung möglich)**

ZEV-Nr./n.: \_\_\_\_\_

Bezeichnung des/der ZEV: \_\_\_\_\_

Datum der Abrechnungsgenehmigung/en: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller

Für MVZ und Einrichtungen kann ein Antrag auf Anpassung des BEV/ZEV nur vom Ärztlichen Leiter bzw. von einer bevollmächtigten Person gestellt werden.

Bitte beachten Sie, dass dieses Antragsformular nur noch bis zum 30.04.2022 gültig ist. Anträge, die mit diesem Antragsformular ab dem 01.05.2022 gestellt werden, können nicht berücksichtigt werden. Bitte stellen Sie Ihren Antrag in 2022 digital über den Mitgliederbereich der KV Berlin.