

Honorarverteilungsmaßstab

LESEFASSUNG Stand 1. Juli 2022

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,

- Techniker Krankenkasse (TK)**
- BARMER**
- 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. Juli 2022

zuletzt geändert durch Beschluss der Vertreterversammlung am 24. März 2022

PRÄAMBEL	3
§ 1 Geltungsbereich	3
§ 2 Grundsätze der Honorarverteilung	3
§ 2a Strukturfonds nach § 105 Abs. 1a SGB V	4
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 PEV-Verteilungsvolumen	5
§ 6 Fachärztliches PEV-Verteilungsvolumen	6
§ 7 Arztgruppenspezifische BEV und ZEV sowie besondere Verteilungsvolumen	7
TEIL II: Arztindividuelle Mengensteuerung (BEV, ZEV)	8
§ 8 Grundsätze zum BEV und ZEV	8
§ 9 Ermittlung der BEV	9
§ 10 Ermittlung der ZEV	10
§ 11 Antrag auf Erhöhung des BEV/ZEV	10
§ 12 Ermittlung des BEV/ZEV bei Neuzulassung	11
§ 12a Neuzulassung MVZ und Berufsausübungsgemeinschaft	12
§ 13 Wechsel der Arztgruppe	12
§ 14 Ausscheiden aus einer BAG/MVZ	12
§ 15 Praxisbesonderheiten	13
§ 15a Antrag auf BEV-/ZEV-Übertragung	13
§ 16 gestrichen	13
§ 17 gestrichen	13
TEIL III: Leistungsvergütung	13
§ 18 Honorierung von Leistungen der Honorarvolumen „Labor“ und „ärztlicher Bereitschaftsdienst und Notfall“	13
§ 19 Vergütung von Leistungen der versorgungsbereichsspezifischen Vorwegabzüge gemäß §§ 5 und 6 HVM	14
§ 19a Vergütung der Leistungen der Humangenetik „genetisches Labor“	16
§ 19b Vergütung der Leistungen der PFG	16
§ 19c Vergütung der Förderleistungen	16
§ 20 Vergütung der Leistungen der BVV	16
§ 21 Vergütung von Leistungen des BEV und der ZEV	16
§ 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
§ 23a Maßnahmen zur Sicherstellung der Versorgung, Sonderregelungen im Rahmen von Ausnahmeereignissen, Berichtspflicht	18
§ 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. Dieser HVM dient der Überleitung in eine neue, ab dem Jahr 2023 geplante Honorarverteilungssystematik. Eine Mengensteuerung auf Basis von Fallzahlen und Fallwerten spiegelt insbesondere infolge der andauernden Corona-Pandemie und erforderlicher Anpassungen aufgrund der Regelungen des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) das tatsächliche Leistungsgeschehen in den Praxen nicht mehr wider und bedarf daher einer Reformierung.

§ 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 Praxis-Euro-Volumen (PEV), bestehend aus Basis-Euro-Volumen (BEV) und Zusatz-Euro-Volumen (ZEV).
- (4) Zur Vermeidung überproportionaler Honorarverluste und zur Sicherung der flächendeckenden Versorgung mit vertragsärztlichen Leistungen, 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.

§ 2a Strukturfonds nach § 105 Abs. 1a SGB V

Die KV Berlin bildet zur Finanzierung von Fördermaßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung einen Strukturfonds gemäß § 105 Abs. 1a SGB V in entsprechender Höhe aus der MGV nach § 2. Die Höhe des Strukturfonds legt die Vertreterversammlung der KV Berlin durch Beschluss fest.

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 nach § 2a verringerten 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 PEV-Verteilungsvolumen

Das hausärztliche PEV-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 finanzierte 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. 2 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. gestrichen
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, der allgemeinen palliativmedizinischen 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,
 11. für die erwartete Vergütung für innerhalb der MGV finanzierte Hausbesuchsleistungen durch den ÄBD zu Sprechstundenzeiten.

§ 6 Fachärztliches PEV-Verteilungsvolumen

- (1) Das fachärztliche PEV-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 finanzierte Kostenpauschalen des EBM-Kapitels 40 basierend auf dem Vergütungsvolumen des Vorjahresquartals,
 3. für die erwartete Vergütung gemäß Anlage 8 für pathologische Leistungen des EBM-Kapitels 19 als Überweisungsfälle zur Durchführung von Probenuntersuchungen, basierend auf dem Punktzahlvolumen des Vorjahresquartals,
 4. für die erwartete Vergütung gemäß Anlage 8 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. 2 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 aus der MGV für anästhesiologische Leistungen im Zusammenhang mit der zahnärztlichen Behandlung von Patienten mit mangelnder Kooperationsfähigkeit bei geistiger Behinderung oder schwerer Dyskinesie sowie für Kinder gemäß Honorarvertrag § 3 Abs. 7,
 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 Laborgrundpauschale GOP 12220 EBM und der Konsiliarpauschale GOP 12210 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 fachärztlichen 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,
 14. für die erwartete Vergütung für innerhalb der MGV finanzierte Hausbesuchsleistungen durch den ÄBD zu Sprechstundenzeiten,
 15. ein versorgungsbereichsspezifisches Vergütungsvolumen zur Vergütung der Strahlentherapeutischen Gebührenordnungspositionen des Kapitels 25 EBM inkl. anteiligem FKZ-Saldo.
- (2) gestrichen

§ 7 Arztgruppenspezifische BEV und ZEV sowie besondere Verteilungsvolumen (BVV)

- (1) Die entsprechend der §§ 5 und 6 HVM ermittelten versorgungsbereichsspezifischen PEV-Verteilungsvolumen werden gemäß ANLAGE 3 HVM aufgeteilt in
 1. arztgruppenspezifische BEV (BEV_{AG}), für die in ANLAGE 2 Nr. 1 HVM benannten Arztgruppen,
 2. die in der ANLAGE 6 HVM ausgewiesenen arztgruppenspezifischen ZEV (ZEV_{AG}) und
 3. BVV.
- (2) Von den ZEV-Vergütungsanteilen (ANLAGE 3 Nr. 2 HVM), deren Zuweisung bis zum 4. Quartal 2021 nach Leistungsfällen erfolgte (§ 10 Abs. 2 HVM a. F.), wird jeweils ein Vorwegabzug in Höhe von 2 von Hundert gebildet. Aus diesem Volumen erfolgt die Finanzierung der ZEV, welche bis zum 4. Quartal 2021 nach Leistungsfällen ermittelt wurden, aufgrund neuer Anträge auf ZEV-Zuweisung. Dabei entstehende Unter-/Überschüsse werden im Folgejahr als Übertrag im jeweiligen ZEV berücksichtigt; bei der AG 33 erfolgt die Berücksichtigung aller ZEV-Überträge ausschließlich im Vergütungsanteil des ZEV 33. Der Vorstand beobachtet die Überträge und entscheidet nach pflichtgemäßem Ermessen, ob eine weitere Absenkung des Vorwegabzugs vorgenommen werden kann.
- (3) Die in Absatz 1 Nr. 3 genannten BVV werden für folgende Arztgruppen und Leistungsbereiche der MGV gebildet:
 1. je versorgungsbereichsspezifischen PEV-Verteilungsvolumen zur Vergütung von Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 01410, 01413 und 01415,
 2. aus dem hausärztlichen PEV-Verteilungsvolumen für die Hausärzte der AG 01 zur Vergütung der dringenden Besuche nach den GOP 01411 und 01412,

3. aus dem hausärztlichen PEV-Verteilungsvolumen zur Vergütung der Leistungen der Pflegeheime (AG 73),
4. aus dem hausärztlichen PEV-Verteilungsvolumen zur Vergütung der Leistungen der hausärztlichen geriatrischen Versorgung des Abschnitts 3.2.4 EBM, der allgemeinen palliativmedizinischen Leistungen der Abschnitte 3.2.5 und 4.2.5 EBM sowie der sozialpädiatrischen Versorgung nach Abschnitt 4.2.4 EBM,
5. aus dem fachärztlichen PEV-Verteilungsvolumen zur Vergütung der sonstigen Leistungen
 - der Laborärzte (AG 51),
 - der Pathologen (AG 52) und
 - der Strahlentherapeuten (AG 53),
6. aus dem fachärztlichen PEV-Verteilungsvolumen zur Vergütung der Leistungen der Einrichtungen des KfH (AG 70),
7. aus dem fachärztlichen PEV-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),
8. aus dem fachärztlichen PEV-Verteilungsvolumen für die Vergütung der nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der Fachärzte für psychosomatische Medizin und Psychotherapie (AG 63) und
9. aus dem fachärztlichen PEV-Verteilungsvolumen zur Vergütung der GOP 06225 für diejenigen Augenärzte der AG 09, die berechtigt sind, diese Leistung abzurechnen.

TEIL II: Arztindividuelle Mengensteuerung (BEV, ZEV)

§ 8 Grundsätze zum BEV und ZEV

- (1) Das Basis-Euro-Volumen (BEV) bzw. das ggf. gewährte Zusatz-Euro-Volumen (ZEV) 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. 2 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 BEV/ZEV. Ermächtigte Krankenhausärzte erhalten grundsätzlich das BEV/ZEV nach dem mit der Ermächtigung begründeten Versorgungsauftrag.
- (3) Die Zuweisung der BEV erfolgt praxisbezogen und bei versorgungsübergreifenden Arztpraxen/MVZ getrennt nach hausärztlichem und fachärztlichem Versorgungsbereich. Dabei ergibt sich die Höhe des BEV einer Arztpraxis/MVZ je Versorgungsbereich aus der Addition der BEV 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 BEV.
- (4) Die Zuweisung der ZEV erfolgt praxisbezogen je Versorgungsbereich nach den Vorgaben des § 10 i. V. m. ANLAGE 6 HVM. Dabei ergibt sich die Höhe des praxisbezogenen ZEV einer Arztpraxis/MVZ je Versorgungsbereich aus der Addition der ZEV aller Ärzte des jeweiligen Versorgungsbereichs dieser Praxis/MVZ, die zur Abrechnung der entsprechenden Leistungen berechtigt sind (unabhängig vom Zulassungsstatus).
- (5) Die Zuweisung des BEV/ZEV 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.
- (6) Veränderungen im Zusammenhang mit dem Tätigkeitsumfang, die sich innerhalb des Quartals ergeben, werden erst im Folgequartal berücksichtigt.

- (7) Wurde einem Arzt kein RLV für das Basisquartal IV/2021 zugewiesen, erhält dieser unter Berücksichtigung seines Tätigkeitsumfanges ein BEV auf Basis des durchschnittlichen BEV der entsprechenden Arztgruppe. Davon ausgeschlossen sind Praxen, deren RLV im Basisquartal IV-2021 im Zusammenhang mit dem Terminservice und Versorgungsgesetz (TSVG) vollständig bereinigt wurde.
- (8) Ein BEV/ZEV auf Basis des Arztgruppendurchschnitts wird im Abrechnungsquartal auf den tatsächlich erbrachten Leistungsbedarf begrenzt.

§ 9 Ermittlung der BEV

- (1) Die Höhe des BEV eines Arztes ergibt sich für die in der ANLAGE 2 Nr. 1 HVM benannten Arztgruppen aus dem zugewiesenen RLV-Volumen des Basisquartals 2021-4; ohne die Berücksichtigung von Fallwerterhöhungen aufgrund von Praxisbesonderheiten, Kooperationszuschläge sowie dem Zuschlag gemäß § 9 Abs. 3 (QZV 200); angepasst mit dem Anpassungsfaktor gemäß ANLAGE 5 Nr. 2 des jeweiligen Quartals 2022. Bei der Ermittlung des BEV eines Arztes ist der Umfang seiner Tätigkeit lt. Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid zu berücksichtigen.
- (2) Zur angemessenen Berücksichtigung der kooperativen Behandlung von Patienten in dafür gebildeten Versorgungsformen wird das zu erwartende praxisbezogene BEV 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.
 4. Im Rahmen des Job-Sharings tätige Ärzte werden nicht in die Förderung nach Nrn. 1 bis 3 einbezogen.

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 BEV je Versorgungsbereich hinaus, auch für die Zuweisungen bzgl. der ZEV 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.

- (3) Für Ärzte, die Leistungen bei Neupatienten i. S. d. § 87a Abs. 3 Punkt 5 SGB V extra-bugetär vergütet bekämen, die jedoch in einer Praxis tätig sind, die von dieser Regelung ausgenommen ist, wird das BEV um zwei Euro je zugewiesenen Behandlungsfall aus 2021-4 erhöht (Anwendung erfolgt über das QZV 200). Bei Praxen für die im Basisquartal keine Daten ermittelbar sind, wird die durchschnittliche relevante Behandlungsfallzahl der Arztgruppe des Quartals 2021-4 herangezogen, die im Rahmen der Zuweisung veröffentlicht wurden.
- (4) Für Bestandspraxen bleibt die Möglichkeit zum Wachstum bis zum durchschnittlichen BEV der Arztgruppe zum Folgejahresquartal unberührt.

§ 10 Ermittlung der ZEV

- (1) Ein Arzt erhält für die in ANLAGE 6 HVM aufgeführten Leistungsbereiche ein arztgruppenspezifisches ZEV, wenn er
 - im Quartal 2021-4 ein entsprechendes QZV zugewiesen bekommen oder abgerechnet hatte und
 - dieser Arzt die zutreffende Gebiets- bzw. Schwerpunktbezeichnung führt.
- (2) Die Höhe je ZEV gemäß ANLAGE 6 eines Arztes, der in der ANLAGE 2 Nr. 1 HVM benannten Arztgruppen, ergibt sich aus dem zugewiesenen QZV-Volumen je QZV des Quartals 2021-4 angepasst mit dem Anpassungsfaktor gemäß ANLAGE 5 Nr. 2 des jeweiligen Quartals 2022. Wurde dem Arzt in 2021-4 ein bestimmtes QZV nicht zugewiesen, aber erstmalig durch diesen Arzt in 2021-4 abgerechnet, wird die abgerechnete Fallzahl des QZV maximal bis zur Höhe des Fachgruppendurchschnittes des QZV der entsprechenden Arztgruppe aus 2021-4 berücksichtigt. In diesem Falle werden Fallwert-erhöhungen aufgrund von gewährten Praxisbesonderheiten, Kooperationszuschläge sowie das QZV 200 des Basisquartals 2021-4 nicht berücksichtigt.
- (3) Für Bestandspraxen bleibt die Möglichkeit zum Wachstum bis zum durchschnittlichen ZEV der Arztgruppe zum Folgejahresquartal unberührt.

§ 11 Antrag auf Erhöhung des BEV/ZEV

Auf Antrag des Arztes kann durch die KV Berlin das arzt-/praxisbezogene BEV/ZEV je Versorgungsbereich 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 ein zu niedriges RLV/QZV im Basisquartal 2021-4 zugewiesen 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 BEV/ZEV bei Neuzulassung

- (1) Ein Arzt, der die vertragsärztliche Tätigkeit erstmals aufnimmt (Neuarzt), erhält ein BEV und ggf. ZEV auf der Basis des zugewiesenen RLV/QZV des Quartals 2021-4 desjenigen Arztes, dessen Arztsitz übernommen wurde (Vorgängerarzt). Für ZEV, die als Voraussetzung eine Qualifikation nach § 135 Abs. 2 SGB V, § 137 SGB V oder das Führen einer Zusatzbezeichnung erfordern, müssen diese für den Neuarzt vorliegen.
- (2) Ein Neuarzt, der den Arztsitz nicht von einem Vorgängerarzt übernommen hat, erhält ein BEV auf der Basis des durchschnittlichen BEV der jeweiligen Arztgruppe aus dem Quartal 2021-4. Darüber hinaus kann auf Antrag unter Berücksichtigung des § 8 Abs. 7 ein ZEV zugewiesen werden, soweit die hierfür erforderliche Qualifikation nach § 135 Abs. 2 SGB V, § 137 SGB V oder die Zusatzbezeichnung vorliegen. In diesen Fällen erfolgt die Zuweisung des ZEV ebenfalls auf der Basis des Durchschnitts der Arztgruppe des jeweiligen ZEV aus dem Quartal 2021-4.
- (3) Ein Neuarzt, der in einer Einzelpraxis tätig ist, kann ab der Neuaufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit innerhalb einer Aufbauphase von 12 Quartalen bzgl. der BEV bzw. ZEV auf den Fachgruppendurchschnitt aus dem Quartal 2021-4 wachsen. Diese Möglichkeit besteht nur, wenn das gemäß Abs. 1 bzw. Abs. 2 zugewiesene BEV bzw. ZEV unterhalb des Fachgruppendurchschnitts liegen und durch den Arzt ein höheres BEV/ZEV angefordert und nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung anerkannt wurde. In diesem Falle wird das BEV bzw. ZEV begrenzt bis zum durchschnittlichen BEV bzw. ZEV der Arztgruppe im Rahmen der Honorarfestsetzung zugrunde gelegt; dies gilt für ZEV nur, wenn im Abrechnungsquartal tatsächlich eine Leistung des betreffenden ZEV nach ANLAGE 6 HVM abgerechnet und nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung anerkannt wurde.
- (4) Auf einen Neuarzt, der in der Kooperationsform einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) oder einem MVZ tätig ist, findet die Regelung des Abs. 3 nur dann Anwendung, wenn sowohl der konkrete, einzelne Neuarzt noch nicht länger als 12 Quartale an der vertragsärztlichen Tätigkeit teilnimmt, als auch die Kooperationsform als solche sich noch in der Aufbauphase von 12 Quartalen befindet. Für den Beginn der Aufbauphase ist bei Kooperationen auf deren Bestand abzustellen; bei der BAG ist der Zeitpunkt der erstmaligen Gründung maßgeblich, bei einem MVZ der Zeitpunkt der erstmaligen Zulassung.
- (5) Ein Wachstum erfolgt in diesen Fällen maximal bis zu der Summe der Fachgruppendurchschnitte aller in der BAG bzw. dem MVZ tätigen Ärzte einer Arztgruppe unter Berücksichtigung der Tätigkeitszeiträume und -umfänge; für die Berechnung werden die zugelassenen und angestellten Ärzte innerhalb der BAG bzw. des MVZ herangezogen. Insbesondere die Einbringung einer Zulassung in eine bestehende Praxis, die Neuanstellung eines Arztes in einer bestehenden Praxis, der Austausch von angestellten Ärzten innerhalb der bestehenden Praxis, die Verlegung des Standortes der Praxis im selben Planungsbereich oder der Wechsel der Organisationsform am selben Leistungsort begründen nicht einen Neubeginn der Aufbauphase.
- (6) Eine Ausnahme von Abs. 4 und 5 besteht für Neuärzte, die in BAG und MVZ in unterversorgten Planungsbereichen (dies gilt nur für die Arztgruppe der Hausärzte in Planungsbereichen mit einem Versorgungsgrad < 100 Prozent) tätig sind. Das Wachstum

des Neuarztes auf den Fachgruppendurchschnitt aus 2021-4 wird auch für solche Kooperationsformen gewährt, die sich nicht mehr in der Aufbauphase befinden. Das Wachstum in diesen Fällen ist möglich auf bis zu 120 Prozent der Summe der Fachgruppendurchschnitte aller in der BAG bzw. dem MVZ tätigen Ärzte einer Arztgruppe unter Berücksichtigung der Tätigkeitszeiträume und -umfänge; für die Berechnung werden die zugelassenen und angestellten Ärzte innerhalb der BAG bzw. des MVZ herangezogen. Des Weiteren wird das Wachstum eines Neuarztes auf 120 Prozent des arztindividuellen Fachgruppendurchschnitts begrenzt.

- (7) Für Neupraxen gilt: Liegt ein Abrechnungsquartal innerhalb der bestehenden Aufbauphase bzw. 12 Quartalen (§ 12 Absatz 3 und 4 HVM) im Zeitraum der Corona - Pandemie, verlängert sich der Zeitraum der Aufbauphase um das Parallelquartal des Folgejahres.

§ 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 BEV/ZEV der im MVZ jeweils vertretenen Arztgruppen abgestellt; für die Ermittlung 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 PEV-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 BEV/ZEV auf der Basis des zuletzt zugewiesenen RLV/QZV in Euro aus dem Quartal 2021-4. Die KV Berlin kann auf Antrag eine abweichende Festsetzung vornehmen, wenn der Arzt darlegt, dass ihm nachweislich ein höheres BEV bzw. ZEV zustände. Zum Nachweis geeignet ist in der Regel eine schriftliche, von sämtlichen Vertretungsberechtigten gemeinsam unterzeichnete Erklärung über die Aufteilung des BEV/ZEV; beim MVZ ist die Erklärung vom ärztlichen Leiter zu unterzeichnen. Die Erklärung nach Satz 3 ist spätestens bis zur Bekanntgabe des BEV- bzw. ZEV-Bescheides für das Antragsquartal bei der KV Berlin einzureichen. Ärzte, die in 2022 neu in einer BAG oder einem MVZ tätig sind und in 2022 wieder ausscheiden, erhalten bei anschließender Fortführung der vertragsärztlichen Tätigkeit das zuletzt zugewiesene BEV und ZEV in Euro des Vorquartals unter Berücksichtigung des geltenden quartalsspezifischen Anpassungsfaktors.

§ 15 Praxisbesonderheiten

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

- eine besondere, für die Versorgung bedeutsame fachliche Spezialisierung besteht und
- zusätzlich eine aus den Praxisbesonderheiten resultierende Überschreitung des durchschnittlichen angeforderten Leistungs-Punktvolumens je Behandlungsfall (Fallwert) der für den Antragsteller relevanten Arztgruppe von mindestens 30 % im Vergleich zum arztindividuellen Fallwertes 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 BEV-/ZEV-Übertragung

Hat ein Arzt dem Arztregister eine vorübergehende Praxisschließung aufgrund von Urlaub angezeigt, so kann dieser die Übertragung des zugewiesenen BEV und ZEV auf das entsprechende Quartal des Folgejahres beantragen. Bei Antragsstellung hat der Arzt anzugeben, wie viel Prozent seines BEV und ZEV auf das entsprechende Quartal des Folgejahres übertragen werden sollen. Dieser Anteil muss mindestens 15 % betragen. Die KV Berlin verringert nach Stattgabe des Antrags das BEV/ZEV des aktuellen Quartals in dem vom Arzt benannten Umfang und überträgt dieses Volumen 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 vergütet. Die Vergütung der in Satz 2 genannten Leistungen, die von Fachärzten für Laboratoriumsmedizin erbracht werden, unterliegen – sofern die Vergütung nicht außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung erfolgt – einer Mengensteuerung mittels praxisindividueller

Laborbudgets (piLab). Die Berechnung des piLab erfolgt gemäß den Vorgaben in ANLAGE 4 HVM. Gemäß den Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung werden die Euro-Anforderungen im aktuellen Abrechnungsquartal für die in Satz 2 genannten Leistungen bis zur Grenze des piLab zu 100 Prozent der EBM-Sätze vergütet. Die über das piLab hinausgehenden Euro-Anforderungen werden zu 35 Prozent der EBM-Sätze vergütet. Neupraxen wird für die ersten vier Quartale kein piLab zugewiesen. Die Euro-Anforderungen in diesem Zeitraum werden in Höhe von 89 Prozent der EBM-Sätze vergütet. Die Euro-Anforderungen der ersten vier Quartale einer Neupraxis werden als Basiszeitraum zur Budgetermittlung für die Folgequartale zu Grunde gelegt.

- (1a) Zur Steuerung von speziellen Laboratoriumsuntersuchungen des Abschnitts 32.3 EBM (ohne die Gebührenordnungspositionen 32860 bis 32865, 32902, 32904, 32906, 32908, 32931, 32932, 32937, 32945 und 32946) für Vertragsärzte, die zur Abrechnung von Laboratoriumsuntersuchungen berechtigt sind und nicht Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin, ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin sind („Nicht-Laborärzte“), erfolgt die Vergütung dieser Leistungen aus einem fallwertbezogenen Budget je Arztpraxis und Abrechnungsquartal unter Berücksichtigung der jeweils geltenden Laborquote gemäß Abs. 1.

Die Höhe des Budgets ergibt sich aus dem Produkt des für die Arztgruppe vorgegebenen Referenz-Fallwertes und der Zahl der Behandlungsfälle gemäß § 21 Abs. 1 BMV-Ärzte des Abrechnungsquartals der Arztpraxis.

Die Referenz-Fallwerte für die Ermittlung des Budgets sind:

Arztgruppe	Referenz-Fallwerte in €
Rheumatologen, Endokrinologen	40,00
Nuklearmediziner, Hämatologen	21,00
Dermatologen, Gynäkologen, Pneumologen, Urologen	4,00

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. „Nicht-Laborärzten“ kann auf Antrag eine Erhöhung des Laborreferenzfallwertes 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.

§ 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) 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.
- (6) 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. 7 HVM.
- (7) 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.
- (8) 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 Laborgrundpauschale GOP 12220 EBM und der Konsiliarpauschale GOP 12210 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.
- (9) 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.
- (10) 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.
- (11) 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.

- (12) Die abgerechneten GOPn 01412T und 01413T für Hausbesuchsleistungen durch den ÄBD zu Sprechstundenzeiten werden versorgungsbereichsspezifisch aus den gemäß § 5 Nr. 11 HVM bzw. § 6 Abs. 1 Nr. 14 HVM gebildeten Vorwegabzügen zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet. Soweit die Anforderung für diese Leistungen das bereitgestellte Vergütungsvolumen überschreitet, wird die arztseitige Vergütung entsprechend quotiert.
- (13) Die abgerechneten Leistungen des Kapitels 25 EBM werden aus dem gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 15 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.

§ 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 BEV und der ZEV

- (1) Leistungen, die dem BEV oder dem ZEV unterliegen, werden bis zur zugewiesenen PEV-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 PEV-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 Prei-sen 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 PEV-Verteilungsvolumen nach § 7 Abs. 1 Nr. 1 des hausärztlichen oder 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 Ausgleichs-zahlung erfolgt insbesondere nicht, wenn die Verringerung auf einer Veränderung des Leistungsangebotes der Praxis, der Veränderung der Gebührenordnung oder der Nicht-fortgeltung von Sonderverträgen beruht. Durch die Zahlung nach Satz 1 wird der Hono-rarverlust 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 Stützungsmaß-nahmen für einzelne Arztgruppen festlegen.

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

- (1) Die in § 5 HVM und § 6 HVM gebildeten Vorwegabzüge sind mit Ausnahme des Vor-wegabzuges 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 Einnah-men. Die Ausgaben nach Satz 1 umfassen die quartalsspezifischen Ausgaben der Ho-norargutschriften und die im jeweiligen Quartal gebuchten nichtquartalsspezifischen Ausgaben (z. B. aus Nachvergütungen); die Einnahmen nach Satz 1 umfassen die quartalsspezifischen Einnahmen aus der Rechnungslegung gegenüber den Krank-enkassen anhand der für das abgerechnete Quartal ermittelten MGV unter Berücksichti-gung des für das abgerechnete Quartal von der KBV übermittelten FKZ-Saldos sowie die im jeweiligen Quartal gebuchten nichtquartalsspezifischen Einnahmen (z. B. Rück-forderungen). 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 pflichtgemä-ßem Ermessen beschließen, Rückstellungen auch aus einem etwaigen positiven Quar-talssaldo 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.

- (4) In einer Ausnahmesituation (z. B. kurzfristige gesetzliche Änderungen, Gerichtsentscheidungen oder nachträglichen MGV-Bereinigungen), welche eine erhebliche Belastung der ärztlichen Honorare darstellt, kann der Vorstand MGV-Gelder der folgenden Quartale mitnutzen. Hierbei kann der Vorstand Abzüge auf die zukünftigen Quartale berechnen und in das Quartal übertragen, wo die Belastung des ärztlichen Honorars verortet ist. Als Orientierung für den Stützungsbetrag gelten die Werte des Quartals nach § 23 Abs. 2. Über Maßnahmen nach § 23 Abs. 4 berichtet der Vorstand quartalsweise gegenüber dem HVA.

§ 23a Maßnahmen zur Sicherstellung der Versorgung, Sonderregelungen im Rahmen von Ausnahmeeignissen, Berichtspflicht

- (1) Abweichend von den vorstehenden Regelungen kann ein etwaiger positiver Quartalsaldo im Sinne des § 23 Absatz 2 auch versorgungsbereichsspezifisch zur Sicherung der flächendeckenden Versorgung verwendet werden. Zu diesem Zweck kann der Vorstand nach pflichtgemäßem Ermessen im jeweiligen Abrechnungsquartal über eine Stützung des rechnerischen Punktwertes für Leistungen nach den §§ 18 bis 21 entscheiden. Eine Stützung erfolgt höchstens bis zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung.
- (2) Im Falle einer von der Bundesregierung beschlossenen epidemischen Lage von nationaler Tragweite ist der Vorstand in Ausübung pflichtgemäßen Ermessens ferner berechtigt, einen etwaigen positiven Quartalssaldo im Sinne des § 23 Absatz 2 zur Sicherstellung, Aufrechterhaltung und Verbesserung der medizinischen Versorgung zu verwenden (z. B. in Form von Sonderpauschalen für MGV-relevante Leistungen).
- (3) Über Maßnahmen nach den Absätzen 1 bis 2 berichtet der Vorstand quartalsweise gegenüber dem Honorarverteilungsausschuss; anlassbezogen bittet der Honorarverteilungsausschuss um Berichterstattung in der Vertreterversammlung.
- (4) Die Regelungen der Absätze 1 bis 3 gelten für alle Quartale, für die der Honorarfestsetzungsbescheid zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses HVM noch nicht bestandkräftig ist.

§ 24 Geltungszeitraum

Dieser Honorarverteilungsmaßstab tritt zum 1. Juli 2022 in Kraft.

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

ANLAGE 2: Arztgruppen, die der Mengensteuerung der BEV, der ZEV sowie sonstiger Vergütungsbereiche unterliegen

ANLAGE 3: Berechnung der Vergütungsanteile BEV, ZEV, BVV

ANLAGE 4: Ermittlung der praxisindividuellen Laborbudgets (piLab)

ANLAGE 5: Berechnung des Anpassungsfaktors

ANLAGE 6: Zusatz-Euro-Volumen (ZEV)

ANLAGE 7: Bereinigung des zu erwartenden Honorars

ANLAGE 8: Berechnung der Vorwegabzüge nach § 6 Abs. 1 Nr. 3 und 4

ANLAGE 1: Vorgaben zur Honorarverteilung gemäß § 87b Abs. 4 SGB V

Es gelten die im jeweiligen Quartal aktuellen Vorgaben der KBV gemäß § 87b Abs. 4 SGB V zur Honorarverteilung (Teil A bis Teil G).

ANLAGE 2: Arztgruppen, die der Mengensteuerung der BEV, der ZEV sowie sonstiger Vergütungsbereiche unterliegen

1. Für Basis-Euro-Volumen der KV Berlin relevante Arztgruppen

1.1 Hausärztlicher Versorgungsbereich:

AG-Nr.	BEV-Arztgruppe (AG)
01	Hausärztlich tätige Internisten und Fachärzte für Allgemeinmedizin, praktische Ärzte und Ärzte ohne Gebietsbezeichnung
04	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
06	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit dem Schwerpunkt Kinderkardiologie
07	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder-Pneumologie

1.2 Fachärztlicher Versorgungsbereich:

AG-Nr.	BEV-Arztgruppe (AG)
08	Fachärzte für Anästhesiologie
09	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 BEV, der ZEV 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 BEV unterliegen, deren Leistungsbedarf aber dem Versorgungsbereich zugeordnet wird.

3.1 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
73	Pflegeheime
98	ÄBD-Ärzte (nicht Vertragsärzte)

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 BEV, ZEV, BVV

1. Berechnung des Basis-Euro-Volumen (BEV) je Praxis

$$BEV_{VB}^Q = RLV_{AG}^{2021-4} * AP_{AG}^Q$$

Q Quartal

VB Versorgungsbereich

AG Arztgruppe

RLV Regelleistungsvolumen

RLV_{AG}^{2021-4} zugewiesenes RLV einer Arztgruppe einer Praxis aus 2021-4 (hierbei wird das RLV ohne Fallwerterhöhungen aufgrund von Praxisbesonderheiten, KOOP-Zuschläge sowie Zuschlag nach § 9 Abs. 2 berücksichtigt).

AP_{AG}^Q Anpassungsfaktor je AG für das entsprechende Quartal in 2022 gemäß ANLAGE 5 Punkt 2

BEV_{VB}^Q Basis-Euro-Volumen für den haus- und/oder fachärztlichen Versorgungsbereich der Praxis

2. Berechnung des Zusatz-Euro-Volumen (ZEV) je Praxis

$$ZEV_{VB}^Q = QZV_{AG}^{21-4} * AP_{AG}^Q$$

QZV Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen

QZV_{AG}^{2021-4} zugewiesenes QZV einer Arztgruppe einer Praxis aus 2021-4

ZEV_{VB}^Q Zusatz-Euro-Volumen für den haus- und/oder fachärztlichen Versorgungsbereich der Praxis

3. Berechnung der Besonderen Verteilungsvolumen (BVV)

$$BVV_{VB}^Q = BVV_{AG}^{2021-4} * AP_{AG}^Q$$

BVV_{AG}^{2021-4} gebildete BVV je Arztgruppe gemäß § 7 Abs. 3 aus dem Quartal 2021-4

BVV_{VB}^Q fortentwickeltes BVV gemäß § 7 Abs. 3 für das entsprechende Quartal in 2022

ANLAGE 4: Ermittlung der praxisindividuellen Laborbudgets (piLab)

1. **Arztgruppen, die der Mengensteuerung mittels praxisindividueller Laborbudgets unterliegen:**

AG-Nr.	Arztgruppe (AG)
51	Laborärzte (ohne Laborgemeinschaften)

2. **Basiszeitraum, der zur Budgetermittlung zu Grunde gelegt wird:**

Als Basisquartale zur Ermittlung der piLab werden die Euro-Anforderungen der letzten vier Quartale vor der Laborreform Stufe 1 je Praxis herangezogen.

Jeweiliges Abrechnungsquartal	Basiszeitraum
1. Quartal	1. Quartal 2018
2. Quartal	2. Quartal 2017
3. Quartal	3. Quartal 2017
4. Quartal	4. Quartal 2017

3. **Berechnung der praxisindividuellen Laborbudgets (piLab)**

Das sich daraus ergebende Produkt wird für das maßgebliche Quartal um die jährlichen Veränderungsraten, bestehend aus Morbiditätsentwicklungsfaktor sowie Versichertenentwicklung gemäß § 87a Abs. 4 SGB V und Entwicklung des Orientierungspunktwertes gemäß § 87a Abs. 2 SGB V dynamisiert.

piLab =	Euro-Anforderungen des Basisquartals * Laborquote 0,89 * Dynamisierungsrate
Dynamisierungsrate =	+ Morbiditätsentwicklungsfaktor + Versichertenentwicklung + Entwicklung des Orientierungspunktwertes

Für Neupraxen gilt: Liegt ein Abrechnungsquartal innerhalb der bestehenden Aufbauphase von vier Quartalen (§ 18 Absatz 1 Satz 7 HVM) im Zeitraum der Corona - Pandemie, verlängert sich der Zeitraum der Aufbauphase um das Folgequartal.

ANLAGE 5: Berechnung des Anpassungsfaktors

1. Berechnung des Anpassungsfaktors

$$AP_{VB}^Q = PEV_{VB}^Q / VV_{VB}^{21-4}$$

AP Anpassungsfaktor

Q Quartal

VB Versorgungsbereich

VV RLV-Verteilungsvolumen nach § 7 Abs. 1 aus 2021-4

PEV Praxis-Euro-Volumen nach § 7 Abs. 1, unter Berücksichtigung der nach §§ 5 und 6 gebildeten Vorwegabzügen, ab 2022-3 ohne Berücksichtigung der durchzuführenden Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gemäß des Korrekturverfahrens nach § 87a Abs. 3, Satz 8 bis Satz 12 SGB V des Vorjahresquartals

2. Berechnung des Anpassungsfaktors je Arztgruppe

$$AP_{AG}^Q = (VV_{AG}^{21-4} - TSVG_{AG}) * AP_{VB}^Q / VV_{AG}^{21-4}$$

AG Arztgruppe gemäß ANLAGE 2

TSVG Bereinigungsbetrag gemäß des Korrekturverfahrens nach § 87a Abs. 3, Satz 8 bis Satz 12 SGB V des Vorjahresquartals je betreffender Arztgruppe

ANLAGE 6: Zusatz-Euro-Volumen (ZEV)

AG	BEV-AG	ZEV-Nr.	ZEV	GOP	Volumen je ZEV
01	Hausärztliche Internisten / Allgemeinmediziner / Praktiker	01*	Akupunktur	30790, 30791	2.621,71 €
		02*	Allergologie	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123	614,13 €
		04*	Behandlung von Hämorrhoi- den	30610, 30611	1.666,79 €
		09*	Chirotherapie	30200, 30201	627,38 €
		14*	Ergometrie	03321	224,08 €
		20*	Hyposensibilisierung	30130	158,83 €
		24*	Kardiorespiratorische Polyg- raphie	30900	1.277,86 €
		30	Langzeit-Blutdruckmessung	03324	62,82 €
		41*	Phlebologie	30500, 30501	102,22 €
		44*	Physikalische Therapie	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421	413,82 €
		47*	Proktologie	03331, 30600, 30601	268,17 €
		48*	Psychosomatische Grundver- sorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	1.598,65 €
		50*	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	840,73 €
		52*	Schmerztherapeutische spe- zielle Behandlung	30710, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760	3.219,13 €
		53*	Schmerztherapeutische spe- zielle Versorgung	30700, 30702, 30704, 30708	24.604,99 €
		56*	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	498,19 €
		58*	Sonographie III	33060, 33061, 33062	793,96 €
		60	Spirometrie	03330	129,78 €
		82*	Langzeit-EKG	03322	67,64 €
83*	Langzeit-EKG	03241	130,91 €		
108*	TENS	30712	248,54 €		

ANLAGE 6: Zusatz-Euro-Volumen (ZEV)

AG	BEV-AG	ZEV-Nr.	ZEV	GOP	Volumen je ZEV
04	Hausärztliche Kinderärzte / Fachärztliche Kinderärzte ohne Schwerpunkt oder mit Schwerpunkt Kinder-Nephrologie	02	Allergologie	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123	86,19 €
		14*	Ergometrie	04321	53,71 €
		20	Hyposensibilisierung	30130	221,28 €
		30*	Langzeit-Blutdruckmessung	04324	2,43 €
		31*	Langzeit-EKG	04241, 04322	**
		48*	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	500,81 €
		50*	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	163,14 €
		56*	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	152,30 €
		57*	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040	28,08 €
		58*	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33076	**
		60	Spirometrie	04330	64,36 €
		87*	Leistungen Abschnitt 4.4	04410, 04411, 04413, 04414, 04415, 04416, 04417, 04419, 04420, 04430, 04431, 04433, 04434, 04435, 04436, 04437, 04439, 04441, 04442, 04443	3.999,83 €
		88*	Leistungen Abschnitt 4.5	04511, 04512, 04513, 04516, 04523, 04525, 04527, 04530, 04532, 04534, 04535, 04536, 04537, 04550, 04551, 04580	1.275,09 €
		95*	Sonographie IV	33041, 33051, 33063, 33064	42,40 €
06	Fachärztliche Kinderärzte mit Schwerpunkt Kinderkardiologie	02	Allergologie	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123	25,98 €
		14	Ergometrie	04321	79,99 €
		20	Hyposensibilisierung	30130	530,26 €
		30	Langzeit-Blutdruckmessung	04324	16,15 €
		31*	Langzeit-EKG	04241, 04322	60,36 €
		48*	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	378,88 €
		50*	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	**

ANLAGE 6: Zusatz-Euro-Volumen (ZEV)

AG	BEV-AG	ZEV-Nr.	ZEV	GOP	Volumen je ZEV
06	Fachärztliche Kinder- ärzte mit Schwerpunkt Kinderkardiologie	56*	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	198,09 €
		57*	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040	179,19 €
		58*	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33076	**
		60	Spirometrie	04330	40,35 €
		87*	Leistungen Abschnitt 4.4	04410, 04411, 04413, 04414, 04415, 04416, 04417, 04419, 04420, 04430, 04431, 04433, 04434, 04435, 04436, 04437, 04439, 04441, 04442, 04443	7.458,30 €
		88*	Leistungen Abschnitt 4.5	04511, 04512, 04513, 04516, 04523, 04525, 04527, 04530, 04532, 04534, 04535, 04536, 04537, 04550, 04551, 04580	**
		95*	Sonographie IV	33041, 33051, 33063, 33064	62,26 €
07	Fachärztliche Kinder- ärzte mit Schwerpunkt Kinderpneumologie	02	Allergologie	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123	652,24 €
		14	Ergometrie	04321	119,50 €
		20	Hyposensibilisierung	30130	1.481,31 €
		30*	Langzeit-Blutdruckmessung	04324	6,47 €
		31*	Langzeit-EKG	04241, 04322	**
		48*	Psychosomatische Grund- versorgung, Übende Ver- fahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	459,72 €
		50*	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	200,11 €
		56*	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	353,64 €
		57*	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040	**
		58*	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33076	**
		60	Spirometrie	04330	765,80 €
		87*	Leistungen Abschnitt 4.4	04410, 04411, 04413, 04414, 04415, 04416, 04417, 04419, 04420, 04430, 04431, 04433, 04434, 04435, 04436, 04437, 04439, 04441, 04442, 04443	**

ANLAGE 6: Zusatz-Euro-Volumen (ZEV)

AG	BEV-AG	ZEV-Nr.	ZEV	GOP	Volumen je ZEV
07	Fachärztliche Kinder- ärzte mit Schwerpunkt Kinderpneumologie	88*	Leistungen Abschnitt 4.5	04511, 04512, 04513, 04516, 04523, 04525, 04527, 04530, 04532, 04534, 04535, 04536, 04537, 04550, 04551, 04580	6.280,58 €
		95*	Sonographie IV	33041, 33051, 33063, 33064	32,34 €
08	Anästhesisten	01*	Akupunktur	30790, 30791	3.276,04 €
		12*	Dringende Besuche	01411, 01412	498,69 €
		35	Narkosen bei Geburtshilfe	05360, 05361, 05370, 05371, 05372	**
		36*	Narkosen bei zahnärztlicher Behandlung	05330, 05331, 05340, 05341, 05350	698,02 €
		46*	Praxisklinische Beobach- tung und Betreuung	01510, 01511, 01512	111,79 €
		48*	Psychosomatische Grund- versorgung, Übende Ver- fahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	944,60 €
		50*	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	68,72 €
		52*	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	30710, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760	829,94 €
		53*	Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	30700, 30702, 30708	29.293,21 €
		54*	Schwangerschaftsabbruch	01903, 01910, 01913	320,24 €
		64*	Unvorhergesehene Inan- spruchnahme	01100, 01101, 01102	378,63 €
		108*	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung (TENS)	30712	140,54 €
111*	Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	30704	7.644,09 €		
09	Augenärzte	12*	Dringende Besuche	01411, 01412	55,14 €
		13*	Elektroophthalmologie	06312	356,05 €
		15	Fluoreszenzangiographie	06331	436,69 €

ANLAGE 6: Zusatz-Euro-Volumen (ZEV)

AG	BEV-AG	ZEV-Nr.	ZEV	GOP	Volumen je ZEV
09	Augenärzte	26	Kontaktlinsenanpassung	06340, 06341, 06342, 06343	118,30 €
		48*	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	642,40 €
		56*	Sonographie I	33000, 33001, 33002, 33011	339,25 €
		64	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102	273,26 €
10	Chirurgen	01*	Akupunktur	30790, 30791	2.251,14 €
		03*	Behandlung des diabetischen Fußes	02311	593,29 €
		04	Behandlung von Hämorrhoiden	30610, 30611	704,66 €
		09*	Chirotherapie	30200, 30201	862,44 €
		12	Dringende Besuche	01411, 01412	151,16 €
		16*	Gastroenterologie I	13400, 13401, 13402, 13410, 13411, 13412	1.242,34 €
		17*	Gastroenterologie II	13662, 13663, 13664, 13670	**
		41*	Phlebologie	30500, 30501	1.407,18 €
		44*	Physikalische Therapie	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 30431	167,63 €
		46*	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512	1.750,73 €
		47	Proktologie	30600, 30601	952,18 €
		48*	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	588,08 €
		52	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	30710, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760	574,50 €
		56*	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	274,64 €
58*	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	3.597,13 €		

ANLAGE 6: Zusatz-Euro-Volumen (ZEV)

AG	BEV-AG	ZEV-Nr.	ZEV	GOP	Volumen je ZEV
10	Chirurgen	62*	Teilradiologie	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	1.236,65 €
		63*	Ulcus cruris, CVI	02312, 02313	215,42 €
		64	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102	233,31 €
		108	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung (TENS)	30712	50,66 €
11	Neurochirurgen	01*	Akupunktur	30790, 30791	2.324,10 €
		03*	Behandlung des diabetischen Fußes	02311	**
		04	Behandlung von Hämorrhoiden	30610, 30611	**
		09*	Chirotherapie	30200, 30201	823,45 €
		12*	Dringende Besuche	01411, 01412	397,46 €
		16	Gastroenterologie I	13400, 13401, 13402, 13410, 13411, 13412	**
		17*	Gastroenterologie II	13662, 13663, 13664, 13670	**
		41*	Phlebologie	30500, 30501	**
		44*	Physikalische Therapie	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 30431	14,14 €
		46*	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512	39,75 €
47	Proktologie	30600, 30601	**		

ANLAGE 6: Zusatz-Euro-Volumen (ZEV)

AG	BEV-AG	ZEV-Nr.	ZEV	GOP	Volumen je ZEV
11	Neurochirurgen	48*	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	1.572,54 €
		52	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	30710, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760	6.951,37 €
		53*	Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	30700, 30702, 30704, 30708	34.080,97 €
		56*	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	**
		58*	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	**
		62*	Teilradiologie	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	2.652,56 €
		63*	Ulcus cruris, CVI	02312, 02313	**
		64*	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102	**
		108	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung (TENS)	30712	19,25 €
12	Gynäkologen	12*	Dringende Besuche	01411, 01412	211,68 €
		18*	Geburtshilfe	08231	61,37 €
		21*	Inkontinenzbehandlung	08310, 08311	401,63 €
		28*	Kurative Mammographie	34270, 34271, 34272, 34273	3.141,19 €
		32*	Mamma-Sonographie, Stanzbiopsie	08320, 33041	594,16 €

ANLAGE 6: Zusatz-Euro-Volumen (ZEV)

AG	BEV-AG	ZEV-Nr.	ZEV	GOP	Volumen je ZEV
12	Gynäkologen	44*	Physikalische Therapie	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 30431	**
		46*	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512	7.925,68 €
		47*	Proktologie	08333, 08334, 30600, 30601	103,03 €
		48*	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	1.926,86 €
		49	Reproduktionsmedizin	08230	526,11 €
		50*	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	192,57 €
		58*	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	461,28 €
		64	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102	229,81 €
		66*	Zytologie	01826, 19310, 19318, 19319, 19312	1.608,97 €
		80*	Sonographie mit Kontrastmittel	08341	**
		81	Zuschläge zur Sonographie	33091, 33092	131,19 €
13	Reproduktionsmediziner	12	Dringende Besuche	01411, 01412	**
		18	Geburtshilfe	08231	**
		21*	Inkontinenzbehandlung	08310, 08311	**
		28*	Kurative Mammographie	34270, 34271, 34272, 34273	**
		32*	Mamma-Sonographie, Stanzbiopsie	08320, 33041	174,49 €
		44*	Physikalische Therapie	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 30431	**
		46	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512	511,26 €
		47	Proktologie	08333, 08334, 30600, 30601	**

ANLAGE 6: Zusatz-Euro-Volumen (ZEV)

AG	BEV-AG	ZEV-Nr.	ZEV	GOP	Volumen je ZEV
13	Reproduktionsmediziner	48*	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	2.924,54 €
		49	Reproduktionsmedizin	08230	681,54 €
		50*	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	529,08 €
		58*	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	410,01 €
		64	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102	170,14 €
		66*	Zytologie	01826, 19310, 19318, 19319, 19312	192,34 €
14	HNO-Ärzte	08*	Bronchoskopie	09315, 09316	197,81 €
		12*	Dringende Besuche	01411, 01412	155,96 €
		45*	Polysomnographie	30901	865,84 €
		52	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	30710, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760	**
		62*	Teilradiologie	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	**
		64	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102	376,58 €
		108*	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung (TENS)	30712	15,02 €

ANLAGE 6: Zusatz-Euro-Volumen (ZEV)

AG	BEV-AG	ZEV-Nr.	ZEV	GOP	Volumen je ZEV
15	Hautärzte	02	Allergologie	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123	354,21 €
		03*	Behandlung des diabetischen Fußes	02311	64,70 €
		04	Behandlung von Hämorrhoiden	30610, 30611	158,74 €
		11	Dermatologische Lasertherapie	10320, 10322, 10324	51,64 €
		12	Dringende Besuche	01411, 01412	93,21 €
		19*	Histologie	19310, 19318, 19319, 19312, 19315, 19320	6.906,64 €
		20	Hyposensibilisierungsbehandlung	30130	447,42 €
		41	Phlebologie	30500, 30501	130,50 €
		44*	Physikalische Therapie	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 30431	53,93 €
		46*	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512	162,51 €
		47	Proktologie	30600, 30601	130,50 €
		48*	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	634,90 €
		50*	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	54,74 €
		55*	Sonographie Haut	33080, 33081	178,52 €
		58*	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	133,08 €
63	Ulcus cruris, CVI	02312, 02313	57,89 €		
64	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102	203,11 €		

ANLAGE 6: Zusatz-Euro-Volumen (ZEV)

AG	BEV-AG	ZEV-Nr.	ZEV	GOP	Volumen je ZEV
17	Fachärztliche Internisten ohne Schwerpunkt	01*	Akupunktur	30790, 30791	**
		02	Allergologie	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123	**
		03*	Behandlung des diabetischen Fußes	02311	249,43 €
		04*	Behandlung von Hämorrhoiden	30610, 30611	**
		12	Dringende Besuche	01411, 01412	203,62 €
		20*	Hyposensibilisierung	30130	**
		24*	Kardiorespiratorische Polygraphie	30900	**
		25	Kleinchirurgie	02300, 02301, 02302, 02310	34,71 €
		27*	Kontrolle Herzschrittmacher	13571, 13573, 13574, 13575, 13576, 13577	12.911,64 €
		31*	Langzeit-EKG	13252, 13253	49,74 €
		41	Phlebologie	30500, 30501	1.983,81 €
		44*	Physikalische Therapie	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421	**
		46	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512	5.331,91 €
		47*	Proktologie	13257, 30600, 30601	613,24 €
		48*	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	1.306,44 €
		50*	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	**
		52*	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	30710, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760	35,59 €
		53*	Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	30700, 30702, 30704, 30708	**
56*	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	966,71 €		
57*	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040	1.787,50 €		

ANLAGE 6: Zusatz-Euro-Volumen (ZEV)

AG	BEV-AG	ZEV-Nr.	ZEV	GOP	Volumen je ZEV
17	Fachärztliche Internisten ohne Schwerpunkt	58*	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	4.331,00 €
		62*	Teilradiologie	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	**
		63*	Ulcus cruris, CVI	02312, 02313	275,32 €
		64	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102	160,72 €
		108	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung (TENS)	30712	**
18	Fachärztliche Internisten mit Schwerpunkt Endokrinologie	98*	Oberbauch-Sonographie	33042	156,16 €
19	Fachärztliche Internisten mit Schwerpunkt Gastroenterologie	04	Behandlung von Hämorrhoiden	30610, 30611	156,35 €
		12*	Dringende Besuche	01411, 01412	74,75 €
		20*	Hyposensibilisierungsbehandlung	30130	**
		24*	Kardiorespiratorische Polygraphie	30900	**
		27*	Kontrolle Herzschrittmacher	13571, 13573, 13574, 13575, 13576, 13577	**
		31*	Langzeit-EKG	13252, 13253	**
		41	Phlebologie	30500, 30501	75,76 €
		46*	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512	1.615,58 €

ANLAGE 6: Zusatz-Euro-Volumen (ZEV)

AG	BEV-AG	ZEV-Nr.	ZEV	GOP	Volumen je ZEV
19	Fachärztliche Internisten mit Schwerpunkt Gastroenterologie	47	Proktologie	13257, 30600, 30601	813,27 €
		48*	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	505,78 €
		57*	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040	419,28 €
		58*	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	569,88 €
		62*	Teilradiologie	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	**
		63	Ulcus cruris, CVI	02312, 02313	**
		64	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102	189,09 €
		89	Ösophagogastroduodenoskopie	13400	7.136,42 €
20	Fachärztliche Internisten mit Schwerpunkt Hämatologie/Onkologie	12*	Dringende Besuche	01411, 01412	235,33 €
		16*	Gastroenterologie I	13400, 13401, 13402, 13410, 13411, 13412	1.577,28 €
		48*	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	485,48 €
		52*	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	30710, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760	5.623,71 €
		57*	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040	278,96 €
		58*	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	1.081,73 €

ANLAGE 6: Zusatz-Euro-Volumen (ZEV)

AG	BEV-AG	ZEV-Nr.	ZEV	GOP	Volumen je ZEV
20	Fachärztliche Internisten mit Schwerpunkt Hämatologie/Onkologie	62*	Teilradiologie	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	**
		63*	Ulcus cruris, CVI	02312, 02313	255,82 €
		64	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102	237,40 €
		94	Praxisklinische Tagesbetreuung	01510, 01511, 01512	20.442,54 €
		96	Bluttransfusion	02110, 02111	1.471,88 €
		108	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung (TENS)	30712	**
21	Fachärztliche Internisten mit Schwerpunkt Kardiologie (konvent.)	12*	Dringende Besuche	01411, 01412	42,00 €
		24*	Kardiorespiratorische Polygraphie	30900	159,18 €
		48*	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	1.181,72 €
		56*	Sonographie I	33000, 33001, 33002, 33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	234,93 €
		58*	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	1.108,01 €

ANLAGE 6: Zusatz-Euro-Volumen (ZEV)

AG	BEV-AG	ZEV-Nr.	ZEV	GOP	Volumen je ZEV
21	Fachärztliche Internisten mit Schwerpunkt Kardiologie (konvent.)	62*	Teilradiologie	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	44,00 €
		63*	Ulcus cruris, CVI	02312, 02313	59,30 €
		64	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102	389,19 €
22	Fachärztliche Internisten mit Schwerpunkt Kardiologie (invasiv)	12	Dringende Besuche	01411, 01412	**
		23*	Invasive Kardiologie	01520, 01521, 34291, 34292	2.940,00 €
		24*	Kardiorespiratorische Polygraphie	30900	**
		48*	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	2,16 €
		56*	Sonographie I	33000, 33001, 33002, 33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	53,28 €
		58*	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	1.426,68 €
		62*	Teilradiologie	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	33,84 €
63	Ulcus cruris, CVI	02312, 02313	**		

ANLAGE 6: Zusatz-Euro-Volumen (ZEV)

AG	BEV-AG	ZEV-Nr.	ZEV	GOP	Volumen je ZEV
22	Fachärztliche Internisten mit Schwerpunkt Kardiologie (invasiv)	64*	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102	92,54 €
23	Fachärztliche Internisten mit Schwerpunkt Pneumologie, Fachärzte für Lungen- u. Bronchialheilkunde	02	Allergologie	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123	362,98 €
		08*	Bronchoskopie	13662, 13663, 13664, 13670	446,83 €
		20	Hyposensibilisierungsbehandlung	30130	975,21 €
		45*	Polysomnographie	30901	13.684,80 €
		62*	Teilradiologie	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	951,04 €
24	Fachärztliche Internisten mit Schwerpunkt Rheumatologie	01*	Akupunktur	30790, 30791	**
		09*	Chirotherapie	30200, 30201	34,44 €
		12*	Dringende Besuche	01411, 01412	**
		39*	Osteodensitometrie	34600	11,75 €
		48*	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	165,53 €
		52	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	30710, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760	**
		57*	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040	115,47 €
		58*	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	1.177,06 €

ANLAGE 6: Zusatz-Euro-Volumen (ZEV)

AG	BEV-AG	ZEV-Nr.	ZEV	GOP	Volumen je ZEV
24	Fachärztliche Internisten mit Schwerpunkt Rheumatologie	62*	Teilradiologie	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	**
		64	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102	194,95 €
		94	Praxisklinische Tagesbetreuung	01510, 01511, 01512	2.665,59 €
		108	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung (TENS)	30712	**
25	Fachärztliche Internisten mit Schwerpunkt Nephrologie	03*	Behandlung des diabetischen Fußes	02311	490,06 €
		12*	Dringende Besuche	01411, 01412	56,04 €
		57*	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040	234,76 €
		58*	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	318,87 €
		64	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102	298,70 €
26	Kinder- u. Jugendpsychiater	38*	Neurophysiologische Übungsbehandlung	30300, 30301	989,04 €
		90	Funktionelle Entwicklungstherapie	14310, 14311	5.408,76 €
28	Nervenärzte, Fachärzte für Nervenheilkunde/ Neurologie-Psychiatrie	01*	Akupunktur	30790, 30791	810,94 €
		05	Betreuung neurologisch bzw. psychisch Kranker im sozialen Umfeld	16230, 16231, 21230, 21231	3.928,89 €

ANLAGE 6: Zusatz-Euro-Volumen (ZEV)

AG	BEV-AG	ZEV-Nr.	ZEV	GOP	Volumen je ZEV
28	Nervenärzte, Fachärzte für Nervenheilkunde/ Neurologie-Psychiatrie	09*	Chirotherapie	30200, 30201	839,78 €
		12*	Dringende Besuche	01411, 01412	109,37 €
		24*	Kardiorespiratorische Polygraphie	30900	370,81 €
		38*	Neurophysiologische Übungsbehandlung	30300, 30301	2.443,12 €
		44*	Physikalische Therapie	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421	4,24 €
		46	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512	902,53 €
		48*	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	507,01 €
		50*	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142	273,53 €
		52*	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	30710, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760	255,29 €
		53*	Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	30700, 30702, 30704, 30708	19.045,03 €
		58*	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	2.148,91 €
		64	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102	155,90 €
		91*	Messung Blinkreflex, Neurophysiologische Untersuchung, Zuschlag für elektro-physiologische Leistungen	16320, 16321, 16322	1.633,70 €
		92*	Lumbalpunktion	02342	128,71 €
108*	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung (TENS)	30712	14,71 €		

ANLAGE 6: Zusatz-Euro-Volumen (ZEV)

AG	BEV-AG	ZEV-Nr.	ZEV	GOP	Volumen je ZEV
29	Psychiatrie / Psychiatrie und Psychotherapie	06	Betreuung psychisch Kranker im sozialen Umfeld	21230, 21231	2.611,76 €
		12*	Dringende Besuche	01411, 01412	124,20 €
		24*	Kardiorespiratorische Polygraphie	30900	**
		48*	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	154,34 €
		50*	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142	195,55 €
		58*	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33076	**
		64*	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102	69,60 €
30	Nuklearmediziner	56*	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	3.570,78 €
		102*	SPECT-Zuschlag bei Einkopfkamera u. Doppel-Mehrkopf-kamera	17362, 17363	18.103,11 €
		115*	Myokardszintigraphie unter Belastung	17330, 17332	8.401,84 €
		116*	Myokardszintigraphie in Ruhe	17331, 17333	5.187,90 €

ANLAGE 6: Zusatz-Euro-Volumen (ZEV)

AG	BEV-AG	ZEV-Nr.	ZEV	GOP	Volumen je ZEV
31	Orthopäden	01*	Akupunktur	30790, 30791	3.581,48 €
		03*	Behandlung des diabetischen Fußes	02311	87,34 €
		09*	Chirotherapie	30200, 30201	1.901,01 €
		12	Dringende Besuche	01411, 01412	133,95 €
		38*	Neurophysiologische Übungsbehandlung	30300, 30301	115,30 €
		39*	Osteodensitometrie	34600	225,71 €
		44*	Physikalische Therapie	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421	210,99 €
		46*	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512	53,08 €
		48*	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	925,92 €
		50*	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	**
		52	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	30710, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760	1.963,85 €
		53*	Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	30700, 30702, 30704, 30708	19.950,06 €
		56*	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	270,50 €

ANLAGE 6: Zusatz-Euro-Volumen (ZEV)

AG	BEV-AG	ZEV-Nr.	ZEV	GOP	Volumen je ZEV
31	Orthopäden	62*	Teilradiologie	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	1.462,87 €
		63*	Ulcus cruris, CVI	02312, 02313	36,06 €
		64	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102	140,13 €
		108	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung (TENS)	30712	97,18 €
32	Phoniatrie u. Pädaudiologie	02*	Allergologie	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123	323,18 €
		12*	Dringende Besuche	01411, 01412	111,28 €
		20*	Hyposensibilisierungsbehandlung	30130	868,11 €
		38*	Neurophysiologische Übungsbehandlung	30300, 30301	**
		40*	Otoakustische Emissionen	20324	1.233,05 €
		42*	Phoniatrie	20330, 20331, 20332, 20333	5.173,82 €
		48*	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	47,51 €
		50*	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	**
		56*	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	309,76 €
64*	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102	728,63 €		

ANLAGE 6: Zusatz-Euro-Volumen (ZEV)

AG	BEV-AG	ZEV-Nr.	ZEV	GOP	Volumen je ZEV
32	Phoniatrie u. Pädaudiologie	93*	Auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörung	20370, 35600, 35601	733,63 €
		101*	Objektive Stimmanalyse	20351, 20352	6.267,71 €
		112*	Elektrische Reaktionsaudiometrie	20327, 20340	726,49 €
		113*	Pädaudiologie	20335, 20336	2.065,64 €
33	Radiologen	10*	CT	34310, 34311, 34312, 34320, 34321, 34322, 34330, 34340, 34341, 34342, 34343, 34344, 34345, 34350, 34351, 34360, 34504, 34505	18.343,60 €
		22*	Interventionelle Radiologie	01530, 01531, 34283, 34284, 34285, 34286, 34287	5.380,36 €
		28*	Kurative Mammographie	34270, 34271, 34272, 34273	7.494,82 €
		33*	MRT	34410, 34411, 34420, 34421, 34422, 34430, 34431, 34440, 34441, 34442, 34450, 34451, 34452, 34460	69.015,24 €
		34*	MRT-Angiographie	34470, 34475, 34480, 34485, 34486, 34489, 34490, 34492	2.284,77 €
		39*	Osteodensitometrie	34600	1.806,02 €
		56*	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	**
		57*	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040	1.058,43 €
		58*	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	82,54 €
		62*	Teilradiologie	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	4.446,24 €

ANLAGE 6: Zusatz-Euro-Volumen (ZEV)

AG	BEV-AG	ZEV-Nr.	ZEV	GOP	Volumen je ZEV
33	Radiologen	105*	Leistungen der Nuklearmedizin (Kap. 17 EBM)	17210, 17214, 17310, 17311, 17312, 17320, 17321, 17330, 17331, 17332, 17333, 17340, 17341, 17350, 17351, 17360, 17361, 17362, 17363, 17371, 17372, 17373	42.486,41 €
		107*	Mamma-Sonographie	33041	2.296,93 €
36	Urologen	46*	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512	838,79 €
		48*	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	1.437,29 €
		50*	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	**
		62*	Teilradiologie	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	359,80 €
		64	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102	180,17 €
		66*	Zytologie	01826, 19310, 19318, 19319, 19312	277,97 €
37	Ärzte für Physiotherapie / Ärzte für Physikalische u. Rehabilitative Medizin	01*	Akupunktur	30790, 30791	5.870,84 €
		48*	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	1.067,13 €
		52	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	30710, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760	896,08 €
		53*	Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	30700, 30702, 30704, 30708	31.310,02 €
		108	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung (TENS)	30712	71,86 €

ANLAGE 6: Zusatz-Euro-Volumen (ZEV)

AG	BEV-AG	ZEV-Nr.	ZEV	GOP	Volumen je ZEV
39	Fachärztliche Inter- nisten mit dem Schwerpunkt Angio- logie	01*	Akupunktur	30790, 30791	**
		03*	Behandlung des diabeti- schen Fußes	02311	**
		12*	Dringende Besuche	01411, 01412	124,26 €
		22*	Interventionelle Radiolo- gie	01530, 01531, 34283, 34284, 34285, 34286, 34287	13.353,76 €
		23*	Invasive Kardiologie	01520, 01521, 34291, 34292	**
		24*	Polygraphie	30900	**
		25	Kleinchirurgie	02300, 02301, 02302, 02310	418,54 €
		27*	Kontrolle Herzschrittma- cher	13571, 13573, 13574, 13575, 13576, 13577	**
		31*	Langzeit-EKG	13252, 13253	**
		41	Phlebologie	30500, 30501	769,72 €
		44*	Physikalische Therapie	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421	**
		46	Praxisklinische Be- obachtung und Betreu- ung	01510, 01511, 01512	**
		48*	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	2.365,79 €
		50*	Richtlinienpsychothera- pie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	**
		52	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	30710, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760	**
		53*	Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	30700, 30702, 30704, 30708	**
		56*	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	100,26 €
		57*	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040	4.348,39 €
58*	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	108,17 €		

ANLAGE 6: Zusatz-Euro-Volumen (ZEV)

AG	BEV-AG	ZEV-Nr.	ZEV	GOP	Volumen je ZEV
39	Fachärztliche Internisten mit dem Schwerpunkt Angiologie	62*	Teilradiologie	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	**
		63	Ulcus cruris, CVI	02312, 02313	28,53 €
		64	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102	35,45 €
		108	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung (TENS)	30712	**

* ZEV, die im § 7 Abs. 2 berücksichtigt werden; ehemals L-QZV.

** In der Zuweisung 2021-4 wurde für das ehemalige QZV kein Volumen ermittelt.

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, 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

ANLAGE 7: Bereinigung des zu erwartenden Honorars

Krankenkassenbereinigungsdaten verteilt und die betroffenen Vergütungsvolumina gemäß § 3 Abs. 1 Nrn. 1, 2, 5 und 6, § 5 Nr. 2, 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 BEV/ZEV-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 MGVBereinigungen 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 BEV-ZEV-Volumen des jeweiligen Arztes abgezogen.

3. Bereinigung des zu erwartenden Honorars bei MGVBereinigung 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 anteilig von den BEV nach § 7 Abs. 1 Nr. 1 abgezogen.

4. Beendigung eines bereinigten Selektivvertrages

In den vier Quartalen nach Beendigung eines bereinigten Selektivvertrages oder nach Beendigung eines Selektivvertrages durch den Arzt wird auf Antrag des bisher teilnehmenden Arztes und nach Genehmigung durch die KV Berlin das Regelleistungsvolumen des Arztes um RLV-Fälle für bisher im Selektivvertrag versorgte Versicherte erhöht, wenn für diese Versicherten in dem jeweiligen Abrechnungsquartal RLV-Leistungen abgerechnet wurden, diese rückbereinigt wurden durch die jeweilige Krankenkasse 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.

Berechnung des Vorwegabzuges § 6 Abs. 1 Nr. 3 und 4 (VWA)

$$VWA_{Nr.3}^Q = VWA_{Nr.3}^{2021-4} * AP_{VB}^Q$$

$$VWA_{Nr.4}^Q = VWA_{Nr.4}^{2021-4} * AP_{VB}^Q$$

$VWA_{Nr.3}^{2021-4}$	Der gebildete Vorwegabzug gemäß § 6 Abs.1 Nr. 3 aus 2021-4
$VWA_{Nr.4}^{2021-4}$	Der gebildete Vorwegabzug gemäß § 6 Abs.1 Nr. 4 aus 2021-4
AP_{VB}^Q	Berechneter Anpassungsfaktor gemäß ANLAGE 5
$VWA_{Nr.3}^Q$	Der fortentwickelte Vorwegabzug aus 2021-4 dynamisiert mit dem Anpassungsfaktor des entsprechenden Quartals in 2022
$VWA_{Nr.4}^Q$	Der fortentwickelte Vorwegabzug aus 2021-4 dynamisierte mit dem Anpassungsfaktor des entsprechenden Quartals in 2022
Q	Quartal in 2022
VB	Versorgungsbereich