

# **Honorarverteilungsmaßstab**

## **LESEFASSUNG Stand 1. Januar 2015**

**der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin**  
**- nachfolgend KV Berlin genannt -**

**im Benehmen mit**

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

**den Ersatzkassen,**

**BARMER GEK**

**Techniker Krankenkasse (TK)**

**DAK-Gesundheit**

**KKH - Kaufmännische Krankenkasse**

**HEK - Hanseatische Krankenkasse**

**hkk**

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

**dem BKK Landesverband Mitte**  
**Siebstraße 4**  
**30171 Hannover,**

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

**der Knappschaft - Regionaldirektion Berlin**

**sowie**

**der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) als land-**  
**wirtschaftliche Krankenkasse, Hoppegarten**

**- nachfolgend Verbände der Krankenkassen genannt -**

**für die Verteilung der an die KV Berlin gezahlten Ge-**  
**samtvergütungen gemäß §87b SGB V**

**LESEFASSUNG Stand 1. Januar 2015**

**zuletzt geändert durch Beschluss der Vertreterversammlung am 27. November 2014**

<b>PRÄAMBEL</b> .....	<b>3</b>
§ 1 Geltungsbereich .....	3
§ 2 Grundsätze der Honorarverteilung.....	3
<b>TEIL I: Aufteilung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV)</b> .....	<b>4</b>
§ 3 Festlegung der Vergütungsvolumen .....	4
§ 4 gestrichen.....	4
§ 5 Hausärztliches Honorarvolumen und RLV-Verteilungsvolumen .....	4
§ 6 Fachärztliches Honorarvolumen und RLV-Verteilungsvolumen.....	5
§ 7 Arztgruppenspezifische Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundene Zusatzvolumen sowie besondere Verteilungsvolumen.....	6
<b>TEIL II: Arztindividuelle Mengensteuerung (RLV, QZV)</b> .....	<b>7</b>
§ 8 Grundsätze zum Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen .....	7
§ 9 Ermittlung der Regelleistungsvolumina .....	8
§ 10 Ermittlung der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina.....	9
§ 11 Kriterien zur Ausnahme von der Abstufung.....	10
§ 12 Ermittlung des Regelleistungsvolumen bei Neuzulassung .....	11
§ 12a Neuzulassung MVZ und Berufsausübungsgemeinschaft .....	11
§ 13 Wechsel der Arztgruppe .....	12
§ 14 Aufgabe der Praxistätigkeit .....	12
§ 15 Praxisbesonderheiten .....	12
§ 15a Übertragung von RLV-Fällen .....	13
§ 16 gestrichen.....	13
§ 17 gestrichen.....	13
<b>TEIL III: Leistungsvergütung</b> .....	<b>13</b>
§ 18 Honorierung von Leistungen der Vergütungsvolumina „Labor“ und „ärztlicher Bereitschaftsdienst“ .....	13
§ 19 Vergütung von Leistungen der versorgungsbereichsspezifischen bedarfsabhängigen Vorwegabzüge gemäß §§ 5 und 6 des Honorarverteilungsmaßstabs .....	14
§ 19a Vergütung der Leistungen der Humangenetik „genetisches Labor“.....	15
§ 19b Vergütung der Pauschalen für die fachärztliche Grundvergütung „PFG“ .....	15
§ 20 Vergütung der Leistungen besonderer Verteilungsvolumina .....	15
§ 21 Vergütung von Leistungen des Regelleistungsvolumens und der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina .....	15
§ 22 gestrichen.....	16
§ 23 Ausgleich der Vorwegabzüge .....	16
§ 24 Geltungszeitraum.....	16

## PRÄAMBEL

In Umsetzung des § 87b SGB V verteilt die KV Berlin die mit den Verbänden der Krankenkassen vereinbarten Gesamtvergütungen an die Ärzte, Psychotherapeuten, medizinischen Versorgungszentren sowie ermächtigten Einrichtungen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen und wendet hierbei den unter Beachtung der Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß § 87b Abs. 4 SGB V im Benehmen mit den Verbänden der Krankenkassen festgesetzten nachfolgenden Honorarverteilungsmaßstab (HVM) an.

### § 1 Geltungsbereich

- (1) Dieser Honorarverteilungsmaßstab gilt für die Verteilung der Gesamtvergütungen aller Krankenkassen (Orts-, Innungs- und Betriebskrankenkassen, Landwirtschaftliche Krankenkasse und der Knappschaft – nachfolgend Primärkassen genannt – und Ersatzkassen).
- (2) Der Honorarverteilungsmaßstab gilt für alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte/innen, Einrichtungen, psychologischen Psychotherapeuten/innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/innen und Fachwissenschaftler/innen (nachfolgend Ärzte und Psychotherapeuten genannt) sowie für die Nichtvertragsärzte/innen hinsichtlich der Behandlung von Notfällen.

### § 2 Grundsätze der Honorarverteilung

- (1) Die nach diesem Honorarverteilungsmaßstab erbrachten und abgerechneten Leistungen werden den Ärzten und Psychotherapeuten quartalsweise grundsätzlich nach den Bestimmungen und Preisen der Euro-Gebührenordnung Berlin (§ 87a Abs. 2 Satz 5 SGB V) vergütet.
- (2) Zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Praxistätigkeit gemäß § 87b Abs. 2 Satz 1 SGB V erfolgt grundsätzlich eine arztindividuelle Steuerung der Honorarverteilung über Regelleistungsvolumina und qualifikationsgebundene Zusatzvolumina.
- (3) Die Leistungen, die gemäß dieses Honorarverteilungsmaßstabes der Mengensteuerungen gemäß Abs. 2 unterliegen, werden je Arzt bzw. Arztpraxis je Versorgungsbereich bis zur Höhe des jeweils zugewiesenen Regelleistungsvolumens (RLV) und weitere vertragsärztliche Leistungen bis zur Höhe des jeweils zugewiesenen qualitätsgebundenen Zusatzvolumens (QZV) zum vollen Preis der Euro-Gebührenordnung nach Abs. 1 vergütet.
- (4) Die das Regelleistungsvolumen und das qualitätsgebundene Zusatzvolumen überschreitenden Leistungen werden den Ärzten zu abgestaffelten Preisen vergütet.
- (5) Zur Vermeidung überproportionaler Honorarverluste, zur Sicherung der flächendeckenden Versorgung mit vertragsärztlichen Leistungen und um einer nachteiligen Auswirkung auf die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zu Lasten anderer Ärzte oder Arztgruppen entgegenzuwirken, werden mengenbegrenzende Maßnahmen auch zur Steuerung von Leistungsbereichen, die außerhalb der in Abs. 2 genannten Steuerungsinstrumente vergütet werden, eingesetzt.
- (6) Die Leistungen werden auf der Grundlage der Bestimmungen des Quartals vergütet, für das sie eingereicht wurden.
- (7) Soweit in Verträgen und Richtlinien sowie in Beschlüssen des Vorstandes der KV Berlin für bestimmte vertragsärztliche Leistungen die Erfüllung besonderer Anforderungen oder der Nachweis bestimmter Qualifikationen bzw. Genehmigungen verlangt werden,

erfolgt die Vergütung der entsprechenden Leistungen nur, wenn die entsprechenden Voraussetzungen erfüllt sind.

- (8) 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.

## **TEIL I: Aufteilung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV)**

### **§ 3 Festlegung der Vergütungsvolumen**

Für die Vergütung der Ärzte und Psychotherapeuten gemäß § 87b SGB V (Honorarverteilung) aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung werden folgende Vergütungsvolumen der Grundbeträge gemäß den Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Honorarverteilung gemäß § 87b Abs. 4 SGB V (nachfolgend KBV-Vorgaben zur Honorarverteilung) Teil B ab 1. Oktober 2013 Nr. 2 bis 6 i.V.m. Teil G und Teil H (ANLAGE 1 zum HVM) sowie die Vergütungsvolumen zur Förderung der hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung gemäß § 3 Abs. 4 des Honorarvertrages gebildet:

1. Vergütungsvolumen des Grundbetrages „Labor“,
2. Vergütungsvolumen des Grundbetrages „ärztlicher Bereitschaftsdienst“,
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“ sowie
7. Vergütungsvolumen für die Finanzierung besonders förderungswürdiger Leistungen des hausärztlichen Versorgungsbereichs gemäß § 3 Abs. 4 Honorarvertrag i.H.v. insgesamt 637.800 Euro je Quartal, davon die gemäß § 3 Abs. 4 Honorarvertrag benannten Beträge zur Förderung besonderer Leistungen und der Restbetrag zur Finanzierung der geriatrischen Versorgung, der allgemeinen Palliativversorgung und der Sozialpädiatrie für Kinder- und Jugendärzte und
8. Vergütungsvolumen für die Finanzierung besonders förderungswürdiger Leistungen des fachärztlichen Versorgungsbereichs gemäß § 3 Abs. 4 Honorarvertrag i.H.v. insgesamt 862.200 Euro je Quartal, davon die gemäß § 3 Abs. 4 Honorarvertrag benannten Beträge zur Förderung besonderer Leistungen und der Restbetrag zur Förderung der fachärztlichen Grundvergütung „PFG“.

### **§ 4 gestrichen**

### **§ 5 Hausärztliches Honorarvolumen und RLV-Verteilungsvolumen**

- (1) Aus dem hausärztlichen Vergütungsvolumen nach § 3 Nr. 3 wird unter Berücksichtigung der zu erwartenden Zahlungen im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 75 Abs. 7 Satz 2 i.V.m. Abs. 7a SGB V (FKZ) das hausärztliche Honorarvolumen gebildet.

- (2) Aus dem hausärztlichen Honorarvolumen nach Absatz 1 wird unter Berücksichtigung der nachfolgenden bedarfsabhängigen Vorwegabzüge das hausärztliche RLV-Verteilungsvolumen gebildet:
1. Abzug von Rückstellungen
    - a) für Sicherstellungsaufgaben,
    - b) für Praxisbesonderheiten,
    - c) für erwartete Zahlungen infolge einer Zunahme von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte,
    - d) für Fehlschätzungen,
  2. Abzug der erwarteten Vergütung für innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanzierten Kostenpauschalen des EBM-Kapitels 40 basierend auf dem Vergütungsvolumen des Vorjahresquartals,
  3. Abzug der zu erwartenden Zahlungen für den Aufschlag bei Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Arztpraxen mit angestellten Ärzten nach den Grundregeln der ANLAGE 5 Nr. 4 HVM basierend auf dem durchschnittlichen Vergütungsvolumen des Vorjahres (Jahresbetrag / 4) zuzüglich der aktuell gültigen Veränderungsrate,
  4. Abzug von 2 % des hausärztlichen Verteilungsvolumens für abgestaffelt zu vergütende Leistungen,
  5. Abzug des versorgungsbereichsspezifischen Vergütungsvolumens zur Vergütung der hausärztlichen geriatrischen Versorgung des Abschnitts 3.2.4 EBM, der allgemeinen palliativmedizinischen Versorgung der Abschnitte 3.2.5 und 4.2.5 EBM sowie der sozialpädiatrischen Versorgung des Abschnitts 4.2.4 EBM.

## **§ 6 Fachärztliches Honorarvolumen und RLV-Verteilungsvolumen**

- (1) Aus dem fachärztlichen Vergütungsvolumen nach § 3 Nr. 4 HVM wird unter Berücksichtigung der zu erwartenden Zahlungen im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 75 Abs. 7 Satz 2 i.V.m. Abs. 7a SGB V (FKZ) das fachärztliche Honorarvolumen gebildet.
- (2) Aus dem fachärztlichen Honorarvolumen nach Absatz 1 wird unter Berücksichtigung der nachfolgenden bedarfsabhängigen Vorwegabzüge das fachärztliche RLV-Verteilungsvolumen gebildet:
1. Abzug von Rückstellungen
    - a) für Sicherstellungsaufgaben,
    - b) für Praxisbesonderheiten,
    - c) für erwartete Zahlungen infolge einer Zunahme von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte,
    - d) für Fehlschätzungen,
  2. Abzug der erwarteten Vergütung für innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanzierten Kostenpauschalen des EBM-Kapitels 40 basierend auf dem Vergütungsvolumen des Vorjahresquartals,

3. Abzug der Vergütung für pathologische Leistungen des EBM-Kapitels 19 als Überweisungsfälle zur Durchführung von Probenuntersuchungen, basierend auf dem Punktzahlvolumen des Parallelquartals des Jahres 2008,
4. Abzug der Vergütung für sonstige belegärztliche Leistungen, basierend auf dem Punktzahlvolumen des Parallelquartals des Jahres 2008,
5. Abzug der erwarteten Vergütung für Leistungen von Einrichtungen nach § 75 Abs. 9 SGB V auf Basis des Vergütungsvolumens im Vorjahresquartal,
6. Abzug der zu erwartenden Zahlungen für den Aufschlag bei Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Arztpraxen mit angestellten Ärzten nach den Grundregeln der ANLAGE 5 Nr. 4 HVM basierend auf dem durchschnittlichen Vergütungsvolumen des Vorjahres (Jahresbetrag / 4) zuzüglich der aktuell gültigen Veränderungsrate,
7. Abzug von 2 % des fachärztlichen Verteilungsvolumens für abgestaffelt zu vergütende Leistungen.

## **§ 7 Arztgruppenspezifische Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundene Zusatzvolumen sowie besondere Verteilungsvolumen**

- (1) Die entsprechend der §§ 5 und 6 HVM ermittelten versorgungsspezifischen RLV-Verteilungsvolumen werden gemäß ANLAGE 3 HVM aufgeteilt in
  1. für die in ANLAGE 2 Nr. 1 HVM benannten Arztgruppen arztgruppenspezifische Regelleistungsvolumen ( $RLV_{AG}$ ),
  2. entsprechend der ANLAGE 6 HVM ausgewiesene arztgruppenspezifische qualifikationsgebundene Zusatzvolumen ( $QZV_{AG}$ ) und
  3. besondere Verteilungsvolumen (BVV)
- (2) Die in Absatz 1 Nr. 3 genannten besonderen Verteilungsvolumen werden für folgende Arztgruppen und Leistungsbereiche der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gebildet:
  1. Zur Vergütung von Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 01410, 01413 und 01415 wird je versorgungsspezifischen RLV-Verteilungsvolumen ein besonderes Verteilungsvolumen geschaffen.
  2. Aus dem hausärztlichen RLV-Verteilungsvolumen wird für die Hausärzte der AG 01 ein besonderes Verteilungsvolumen zur Vergütung der dringenden Besuche nach den GOP 01411 und 01412 bereit gestellt.
  3. Zur Vergütung der Leistungen der Pflegeheime (AG 73) wird aus dem hausärztlichen RLV-Verteilungsvolumen ein besonderes Verteilungsvolumen gebildet.
  4. Vom fachärztlichen RLV-Verteilungsvolumen wird zur Vergütung der sonstigen Leistungen
    - a) der Laborärzte (AG 51)
    - b) der Pathologen (AG 52) und
    - c) der Strahlentherapeuten (AG 53)
 ein gemeinsames besonderes Verteilungsvolumen bereit gestellt.

5. Zur Vergütung der Leistungen der Einrichtungen des KfH (AG 70) wird aus dem fachärztlichen RLV-Verteilungsvolumen ein besonderes Verteilungsvolumen gebildet.
6. Zur Vergütung der Leistungen der Fachärztlichen Institute (AG 74) wird aus dem fachärztlichen RLV-Verteilungsvolumen ein besonderes Verteilungsvolumen gebildet.
7. Für die Vergütung der nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der Psychologischen Psychotherapeuten, der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie der ausschließlich psychotherapeutischen Ärzte, wird aus dem fachärztlichen RLV-Verteilungsvolumen ein gemeinsames besonderes Verteilungsvolumen gebildet.
8. Für die Vergütung der nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der Fachärzte für psychosomatische Medizin und Psychotherapie wird aus dem fachärztlichen RLV-Verteilungsvolumen ein besonderes Verteilungsvolumen gebildet.
9. Aus dem fachärztlichen RLV-Verteilungsvolumen wird zur Vergütung der GOP 06225 für diejenigen Augenärzte der AG 09, die berechtigt sind diese Leistung abzurechnen, ein besonderes Verteilungsvolumen bereit gestellt.

## **TEIL II: Arztindividuelle Mengensteuerung (RLV, QZV)**

### **§ 8 Grundsätze zum Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen**

- (1) Das Regelleistungsvolumen bzw. das ggf. gewährte qualifikationsgebundene Zusatzvolumen ist die von einem Arzt oder der Arztpraxis je Versorgungsbereich in einem bestimmten Zeitraum abrechenbare Menge der vertragsärztlichen Leistungen, die mit den in der regionalen Euro-Gebührenordnung gemäß § 2 Abs. 1 HVM enthaltenen und für den Arzt oder die Arztpraxis je Versorgungsbereich geltenden Preisen zu vergüten ist. Es wird gebildet aus dem Produkt der arztindividuellen Fallzahl und des durchschnittlichen arztgruppenspezifischen Fallwerts.
- (2) Regelleistungsvolumina kommen für Ärzte der in ANLAGE 2 Nr. 1 HVM genannten Arztgruppen zur Anwendung. Ermächtigte Krankenhausärzte sowie ermächtigte Krankenhäuser, Einrichtungen und Institutionen erhalten grundsätzlich ein Regelleistungsvolumen nach dem mit der Ermächtigung begründeten Versorgungsauftrag, es sei denn, die Ermächtigung ist auf wenige Einzelleistungen begrenzt.
- (3) Die Regelleistungsvolumina und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina werden je Arzt bzw. Praxis je Versorgungsbereich ermittelt. Bei der Ermittlung des Regelleistungsvolumens und des qualifikationsgebundenen Zusatzvolumens eines Arztes ist der Umfang seiner Tätigkeit lt. Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid zu berücksichtigen.
- (4) Die Zuweisung der Regelleistungsvolumina erfolgt praxisbezogen und bei versorgungsübergreifenden Arztpraxen getrennt nach hausärztlichen und fachärztlichen Versorgungsbereich. Dabei ergibt sich die Höhe des Regelleistungsvolumens einer Arztpraxis je Versorgungsbereich aus der Addition der Regelleistungsvolumina eines jeden in dieser Praxis des jeweiligen Versorgungsbereichs vertragsärztlich tätigen Arztes. Weiterbildungs- und Entlastungsassistenten werden dabei nicht berücksichtigt. Ärzte,

die zusätzlich in Teilberufsausübungsgemeinschaften tätig sind, erhalten für diese Tätigkeit kein zusätzliches Regelleistungsvolumen.

- (5) Die Zuweisung der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina erfolgt praxisbezogen je Versorgungsbereich, wenn mindestens einer der Ärzte, die in der Arztpraxis des jeweiligen Versorgungsbereichs tätig sind, über die Voraussetzung gemäß § 10 i.V.m. ANLAGE 6 HVM für das jeweilige qualifikationsgebundene Zusatzvolumen verfügt. Dabei ergibt sich die Höhe des jeweiligen qualifikationsgebundenen Zusatzvolumens aus der Addition der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina je zur Abrechnung der entsprechenden Leistungen berechtigtem Arzt (unabhängig vom Zulassungsstatus), der in der Arztpraxis tätig ist.
- (6) Die Regelleistungsvolumina und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina werden für das jeweilige Abrechnungsquartal ermittelt.
- (7) Dem einer Arztpraxis je Versorgungsbereich zugewiesenen Regelleistungsvolumen und ggf. zugewiesenen qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen steht die in der Arztpraxis je Versorgungsbereich abgerechnete Leistungsmenge insgesamt gegenüber, d. h. sofern das einer Arztpraxis je Versorgungsbereich zugewiesene Regelleistungsvolumen nicht ausgeschöpft ist, kann das noch zur Verfügung stehende Honorarvolumen mit Leistungen aus dem zugewiesenen qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen je Versorgungsbereich ausgefüllt werden und umgekehrt. Es sind auch die Leistungen zu berücksichtigen, die von den beteiligten Vertragsärzten ggf. in Teilberufsausübungsgemeinschaften erbracht werden. Dieses Honorarvolumen entspricht der 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 § 87a Abs. 2 SGB V enthaltenen und für den Arzt oder der Arztpraxis je Versorgungsbereich geltenden Preisen zu vergüten ist.
- (8) Die festgelegten Regelleistungsvolumina sowie die ggf. festgelegten qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina werden zur Kalkulationssicherheit hinsichtlich der Höhe des zu erwartenden Honorars den Ärzten bzw. den Arztpraxen je Versorgungsbereich in Umsetzung von § 87b Abs. 2 SGB V grundsätzlich vor Beginn des Abrechnungsquartals mitgeteilt.

## **§ 9 Ermittlung der Regelleistungsvolumina**

- (1) Die Höhe des Regelleistungsvolumens eines Arztes ergibt sich für die in der ANLAGE 2 Nr. 1 HVM benannten Arztgruppen aus der Multiplikation des zum jeweiligen Zeitpunkt gültigen arztgruppenspezifischen Fallwertes gemäß ANLAGE 5 Nr. 1 HVM und der RLV-Fallzahl des Arztes im Vorjahresquartal.
- (2) Für ein Regelleistungsvolumen relevante Fälle (RLV-Fälle) sind kurativ-ambulante Behandlungsfälle aus dem KV-Bereich Berlin gemäß § 21 Abs. 1 und Abs. 2 BMV-Ä; ausgenommen sind Notfälle im organisierten Notfalldienst und Fälle, in denen ausschließlich Nicht-RLV-relevante Leistungen und Kostenerstattungen abgerechnet werden sowie – außer für die Arztgruppe Humangenetiker (AG 16) – Überweisungsfälle zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen oder zur Befundung von dokumentierten Untersuchungsergebnissen.

Zur Umsetzung des Arztbezuges gemäß § 8 Abs. 3 HVM ist die Bemessung des Regelleistungsvolumens mit den RLV-Fällen vorgegeben:

1. In Einzelpraxen entspricht die Zahl der RLV-Fälle der Zahl der Behandlungsfälle gemäß Satz 1.



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

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

- (3) Der für einen Arzt zutreffende arztgruppenspezifische Fallwert wird für jeden über 150 % der durchschnittlichen RLV-Fallzahl der Arztgruppe hinausgehenden RLV-Fall wie folgt gemindert:
  - um 25 % für RLV-Fälle über 150 % bis 170 % der durchschnittlichen RLV-Fallzahl der Arztgruppe,
  - um 50 % für RLV-Fälle über 170 % bis 200 % der durchschnittlichen RLV-Fallzahl der Arztgruppe,
  - um 75 % für RLV-Fälle über 200 % der durchschnittlichen RLV-Fallzahl der Arztgruppe.

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

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

- (4) Zur Berücksichtigung der Morbidität in der Arztpraxis ist das Regelleistungsvolumen gemäß Abs. 1 unter der Berücksichtigung der Versicherten nach Altersklassen gemäß ANLAGE 5 Nr. 3 zu ermitteln.
- (5) Zur Förderung der vertragsärztlichen Versorgung in Berufsausübungsgemeinschaften gemäß § 87b Abs. 2 Satz 2 SGB V wird das praxisbezogene Regelleistungsvolumen je Versorgungsbereich nach dem Verfahren der ANLAGE 5 Nr. 4 HVM aus dem Teilvergütungsvolumen je Versorgungsbereich nach § 5 Abs. 2 Nr. 3 und § 6 Abs. 2 Nr. 6 HVM erhöht. Soweit diese Zuschläge die jeweils begrenzten Teilvergütungsvolumina nach § 5 Abs. 2 Nr. 3 HVM und § 6 Abs. 2 Nr. 6 HVM überschreiten, werden die Zuschläge je Versorgungsbereich entsprechend quotiert.

Soweit in der Berufsausübungsgemeinschaft, der Praxis mit angestellten Ärzten oder dem Medizinischen Versorgungszentrum Ärzte der AG 33 tätig sind, erfolgt für diese Ärzte die prozentuale Steigerung unter Beachtung von Satz 2 über das praxisbezogene Regelleistungsvolumen je Versorgungsbereich hinaus, auch unter Berücksichtigung der Honoraranteile aus den QZV 10, 33 und 62.

Abweichend von den Regelungen in Satz 1 bis 3 gelten Berufsausübungsgemeinschaften, die ausschließlich aus den Arztgruppen 08 und 88 sowie aus den Arztgruppen 21 und 22 bestehen, als fachgleiche Gemeinschaftspraxen. Ihr Zuschlag berechnet sich nach dem Verfahren gemäß ANLAGE 5 Nr. 4 HVM.

## **§ 10 Ermittlung der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina**

- (1) Für die in ANLAGE 6 HVM aufgeführten Leistungsbereiche werden qualifikationsgebundene Zusatzvolumina gebildet. Ein Arzt hat Anspruch auf die arztgruppenspezifischen qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina, wenn

- er mindestens eine Leistung des entsprechenden qualifikationsgebundenen Zusatzvolumens im jeweiligen Vorjahresquartal erbracht hat und
  - er die zutreffende Gebiets- bzw. Schwerpunktbezeichnung führt. Unterliegt die Voraussetzung zur Erbringung von in qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina aufgeführten Leistungen einer Qualifikation nach § 135 Abs. 2 SGB V, § 137 SGB V oder dem Führen einer Zusatzbezeichnung ist der Nachweis zusätzlich erforderlich oder
  - die Versorgung der Versicherten mit einer Leistung des qualifikationsgebundenen Zusatzvolumens aus Sicherstellungsgründen notwendig ist.
- (2) Die Berechnung der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina erfolgt je RLV-Fall nach § 9 Abs. 2 HVM oder je Leistungsfall. Ein Leistungsfall liegt vor, sofern im Behandlungsfall des Vorjahresquartals mindestens eine Leistung des Leistungskatalogs des entsprechenden qualifikationsgebundenen Zusatzvolumens abgerechnet worden ist. Für die Finanzierung der Leistungsfallzunahme aufgrund stattgegebener Anträge wird je Versorgungsbereich von den Vergütungsbereichen derjenigen qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina, die je Leistungsfall berechnet werden, eine Rückstellung i.H.v. jeweils 5 v. Hundert verwendet. Aus der Multiplikation des arztgruppenspezifischen Fallwertes für das entsprechende qualifikationsgebundene Zusatzvolumen gemäß ANLAGE 5 Nr. 5 HVM und der arztindividuellen Fallzahl gemäß Satz 1 berechnet sich das qualifikationsgebundene Zusatzvolumen eines Arztes gemäß ANLAGE 5 Nr. 6 HVM. Für jeden in ANLAGE 6 HVM aufgeführten Leistungsbereich ist dargestellt, ob sich das qualifikationsgebundene Zusatzvolumen je RLV-Fall oder je Leistungsfall berechnet.

### **§ 11 Kriterien zur Ausnahme von der Abstufung**

Auf Antrag des Arztes und nach Genehmigung durch die KV Berlin können Leistungen über das arzt-/praxisbezogene Regelleistungsvolumen je Versorgungsbereich hinaus mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet werden. Ein Arzt kann einen Antrag stellen, wenn aufgrund

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

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

5. einen außergewöhnlichen und/oder durch Arzt unverschuldeten Grund eine niedrige arztindividuelle Fallzahl im Aufsatzquartal abgerechnet wurde. Hierzu zählt z.B. Krankheit des Arztes.

Die Vergütung der aufgrund der o.g. Kriterien nach Nr. 1 bis 4 das Regelleistungsvolumen überschreitenden Leistungen erfolgt je nach Zugehörigkeit des antragstellenden Arztes aus der Rückstellung für Sicherstellungsaufgaben je Versorgungsbereich nach § 5 Abs. 2 Nr. 1a HVM und § 6 Abs. 2 Nr. 1a HVM; entsprechendes gilt bei Stattgabe eines Antrags nach dem Kriterium nach Nr. 5. Satz 2. 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 Regelleistungsvolumen bei Neuzulassung**

- (1) Ein neu niedergelassener Arzt erhält ein Regelleistungsvolumen auf Basis der Fallzahl des Vorgängerarztes. Soweit diese Fallzahl des Vorgängerarztes aufgrund von honorarberichtigenden Maßnahmen geändert wird, ist diese geänderte Fallzahl ggf. auch rückwirkend für das Regelleistungsvolumen des neu niedergelassenen Arztes maßgeblich. Soweit es keinen Vorgängerarzt gibt, erfolgt die Berechnung des Regelleistungsvolumens auf der Basis der Hälfte der durchschnittlichen, für das Regelleistungsvolumen relevanten Fallzahl der jeweiligen Arztgruppe. Soweit eine höhere Fallzahl – als die in Satz 1 und 2 genannte – im Abrechnungsquartal tatsächlich erreicht wird, vergrößert sich das Regelleistungsvolumen des Arztes je zusätzlichem Fall in Höhe des durchschnittlichen Fallwertes der Arztgruppe begrenzt bis zur durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe. Nach Ablauf von 12 Quartalen nach der Niederlassung berechnet sich das Regelleistungsvolumen auf der Basis der Fallzahl des Vorjahresquartals. Überschreitet er die durchschnittliche Fallzahl der Arztgruppe, gilt die vorgenannte Regelung nicht mehr. Verlegt ein Arzt seine Praxis in einen Verwaltungsbezirk, der isoliert betrachtet für die bedarfsplanungsrelevante Arztgruppe einen Versorgungsgrad von weniger als 100 % aufweist, so gelten für ihn auf Antrag Satz 3 bis 6 entsprechend.
- (2) Ein neu niedergelassener Arzt erhält die qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV) des Vorgängerarztes auf Basis der Fallzahl des Vorgängerarztes. Für qualifikationsgebundene Zusatzvolumen, die genehmigungspflichtige Leistungen enthalten, muss zum Zeitpunkt der Zuweisung eine Abrechnungsgenehmigung vorliegen. Soweit von dem neu niedergelassenen Arzt im Abrechnungsquartal tatsächlich eine Leistung aus dem zugewiesenen QZV erbracht wurde und eine höhere RLV-Fallzahl im Abrechnungsquartal tatsächlich erreicht wurde, erfolgt eine Fallzahlenanpassung in Höhe der anerkannten RLV-Fallzahl. Ein Wachstum entsprechend § 12 Abs. 1 für leistungsfallbezogene QZV in Höhe der erbrachten Leistungsfälle bis zum Fachgruppendurchschnitt kann nur auf Antrag erfolgen.  
Soweit dem neu niedergelassenen Arzt eine neue Abrechnungsgenehmigung für QZV-Leistungen erteilt worden ist, kann auf Antrag des Arztes eine Zuweisung des entsprechenden QZV vorgenommen werden. In diesen Fällen erfolgt die Berechnung der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen auf der Basis der durchschnittlichen, für das jeweilige QZV relevanten Fallzahl der jeweiligen Arztgruppe. Bei leistungsfallbezogenen QZV muss diese Fallzahl im Abrechnungsquartal auch tatsächlich erreicht werden. Anderenfalls wird die tatsächliche Fallzahl herangezogen.  
Soweit es keinen Vorgängerarzt gibt, gelten die Regelungen der Sätze 5 bis 8 entsprechend.

## **§ 12a Neuzulassung MVZ und Berufsausübungsgemeinschaft**

§ 12 gilt entsprechend für Medizinische Versorgungszentren (MVZ) als zugelassene Leistungserbringer. Bei der Berechnung des Wachstums nach § 12 auf den gewichteten Mittelwert der Arztgruppendurchschnitte der im MVZ vertretenen Arztgruppen werden die zugelassenen und angestellten Ärzte innerhalb des MVZ herangezogen. Dabei begründet insbesondere nicht die Einbringung einer Zulassung in ein MVZ, nicht die Neueinstellung eines Arztes

oder der Austausch von angestellten Ärzten innerhalb eines MVZ allein ein Wachstum. Die Berufsausübungsgemeinschaft als solche ist vom Wachstum ausgeschlossen.

### **§ 13 Wechsel der Arztgruppe**

Beim Wechsel der Arztgruppe durch einen Vertragsarzt sind die RLV-Vergütungsvolumina 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 Aufgabe der Praxistätigkeit**

Bei Ausscheiden eines Partners erhält der Ausscheidende bei Fortführung der ärztlichen Tätigkeit dasjenige Regelleistungsvolumen, welches er in die Berufsausübungsgemeinschaft/MVZ eingebracht hat bzw. während der Zusammensetzung realisiert hat. Der Vorstand der KV Berlin kann auf Antrag eine abweichende Festsetzung vornehmen, wenn der Antragsteller darlegt, dass ihm nachweislich eine höhere Fallzahl für die Berechnung des Regelleistungsvolumens zusteht. Zum Nachweis geeignet ist in der Regel der einvernehmlich abgeschlossene Gemeinschaftspraxisvertrag in seiner zuletzt gegenüber dem Zulassungsausschuss vorgelegten Fassung, die Gewinnverteilung bzw. Teilungserklärung.

### **§ 15 Praxisbesonderheiten**

Die KV Berlin kann auf Antrag eines Arztes Praxisbesonderheiten feststellen. Diese liegen in der Regel vor, wenn

- ein besonderer Versorgungsauftrag und/oder eine besondere, für die Versorgung bedeutsame fachliche Spezialisierung besteht und
- zusätzlich eine aus den Praxisbesonderheiten resultierende Überschreitung des durchschnittlichen RLV-Fallwertes der Arztgruppe von mindestens 30 % im Vergleich zum individuellen Fallwert des entsprechenden Quartals des Jahres 2008 vorliegt, wobei die morbiditätsbezogene Differenzierung des Regelleistungsvolumens nach ANLAGE 5 Nr. 3 HVM zu berücksichtigen ist.

Ein besonderer Versorgungsauftrag bzw. eine besondere, für die Versorgung bedeutsame fachliche Spezialisierung können z.B. sein:

- 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 34502, 34503 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 Übertragung von RLV-Fällen**

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

**§ 16 gestrichen**

**§ 17 gestrichen**

## **TEIL III: Leistungsvergütung**

### **§ 18 Honorierung von Leistungen der Vergütungsvolumina „Labor“ und „ärztlicher Bereitschaftsdienst“**

(1) Für die Vergütung

- der Konsiliar- und Grundpauschalen für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin, ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin sowie für zur Abrechnung von Kostenerstattungen ermächtigte Laborärzte, Einrichtungen, Krankenhäuser und Institutionen (GOP 12210 und 12220 EBM),
- der wirtschaftlichen Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen des Kapitels 32 EBM (GOP 32001 EBM) nach Anwendung der Regelungen in den Ziffern 1. ff. zu den Abschnitten 32.2 und 32.3 EBM und
- der Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM

wird das gemäß den KBV-Vorgaben zur Honorarverteilung Teil E Abschnitt 2 (ANLAGE 1 HVM) ermittelte Vergütungsvolumen bereitgestellt. Die Auswirkungen des Abschnitts 1 Punkt 10 der ANLAGE 7 HVM sind entsprechend zu berücksichtigen.

Leistungen

- der Konsiliar- und Grundpauschalen für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin, ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin sowie für zur Abrechnung von Kostenerstattungen ermächtigte Laborärzte, Einrichtungen, Krankenhäuser und Institutionen (GOP 12210 und 12220 EBM) unter Berücksichtigung des Anpassungsfaktors i.H.v. 1,4458,
- der wirtschaftlichen Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen des Kapitels 32 EBM (GOP 32001 EBM) nach Anwendung der Regelungen in den Ziffern 1. ff. zu den Abschnitten 32.2 und 32.3 EBM und
- der Gebührenordnungspositionen 32025, 32026, 32027, 32035, 32036, 32037, 32038, 32039, 32097 und 32150

werden zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung gemäß § 2 Abs. 1 HVM aus dem gemäß den KBV-Vorgaben zur Honorarverteilung Teil E Abschnitt 2 (ANLAGE 1 HVM) ermittelten Vergütungsvolumen vergütet.

Die weiteren Laboratoriumsuntersuchungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM werden – sofern diese nicht außerhalb der MGV vergütet werden – unter Berücksichtigung der Regelungen gemäß den KBV-Vorgaben zur Honorarverteilung Teil E Abschnitt 3 Nr. 3.4 (ANLAGE 1 HVM) mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung multipliziert mit der bundeseinheitlichen Abstufungsquote Q gemäß den KBV-Vorgaben zur Honorarverteilung Teil E Abschnitt 1 Nr.1.1.5 (ANLAGE 1 HVM) aus dem Vergütungsvolumen gemäß den KBV-Vorgaben zur Honorarverteilung Teil E Abschnitt 2 (ANLAGE 1 HVM) vergütet.

- (2) Für die Vergütung der Leistungen des von der KV Berlin organisierten Not(fall)dienstes - Ärztlicher Bereitschaftsdienst (ÄBD) - und für die Notfallbehandlung während der Zeiten des organisierten Notdienstes durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Institute und Krankenhäuser, wird unter der Berücksichtigung des Abschnitts 1 Punkt 10 in Verbindung mit Abschnitt 2 der ANLAGE 7 HVM ein Honorarvolumen aus dem Vergütungsvolumen gemäß § 3 Nr. 2 HVM zzgl. des FKZ-Saldos bereitgestellt. Soweit die Leistungsanforderung das so begrenzte Honorarvolumen überschreitet, wird die arztseitige Vergütung entsprechend quotiert.

#### **§ 19 Vergütung von Leistungen der versorgungsbereichsspezifischen bedarfsabhängigen Vorwegabzüge gemäß §§ 5 und 6 des Honorarverteilungsmaßstabs**

- (1) Leistungen der innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanzierten Kostenpauschalen des EBM-Kapitels 40, für deren erwartete Vergütung gemäß § 5 Abs. 2 Nr. 2 und § 6 Abs. 2 Nr. 2 HVM ein entsprechender Abzug des haus- und fachärztlichen Honorarvolumens bereitgestellt wird, werden zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet.
- (2) Die Vergütung Pathologischer Leistungen des EBM-Kapitels 19, die auf Überweisung zur Durchführung von Probenuntersuchungen veranlasst wurden, erfolgt bis zur Höhe des gemäß § 6 Abs. 2 Nr. 3 HVM gebildeten Abzuges unter der Berücksichtigung des Abschnitts 1 Punkt 10 der ANLAGE 7 HVM zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung. Soweit die Anforderung für diese Leistungen das bereitgestellte Vergütungsvolumen – Basis ist das Vergütungsvolumen des Parallelquartals des Jahres 2008 – überschreitet, wird die arztseitige Vergütung entsprechend quotiert.
- (3) Sonstige Leistungen, die im Rahmen der belegärztlichen Tätigkeit erbracht werden, werden maximal bis zur Höhe des Abzugs gemäß § 6 Abs. 2 Nr. 4 HVM, basierend auf dem Vergütungsvolumen der Leistungen des Parallelquartals des Jahres 2008 unter der Berücksichtigung des Abschnitts 1 Punkt 10 der ANLAGE 7 HVM, zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung honoriert. Soweit die Leistungsanforderung dieses Vergütungsvolumen überschreitet, wird die arztseitige Vergütung entsprechend quotiert.
- (4) Leistungen von Einrichtungen nach § 75 Abs. 9 SGB V, für deren erwartete Vergütung gemäß § 6 Abs. 2 Nr. 5 HVM ein entsprechender Abzug des fachärztlichen Honorarvolumens bereitgestellt wird, werden zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet.
- (5) Leistungen der hausärztlichen geriatrischen Versorgung des Abschnitts 3.2.4 EBM, der allgemeinen palliativmedizinischen Versorgung der Abschnitte 3.2.5 und 4.2.5 EBM sowie der sozialpädiatrischen Versorgung des Abschnitts 4.2.4 EBM werden maximal bis zur Höhe des Vergütungsvolumens gemäß § 5 Abs. 2 Nr. 5 HVM unter der Berücksichtigung des Abschnitts 1 Punkt 10 der ANLAGE 7 HVM zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet. Soweit die Leistungsanforderung dieses Vergütungsvolumen überschreitet, wird die arztseitige Vergütung entsprechend quotiert. So-

weit die Leistungsanforderung das Vergütungsvolumen unterschreitet, werden die Leistungen aus dem restlichen Vergütungsvolumen mit einem Zuschlag je angeforderten Punkt vergütet. Mit dem Restbetrag nach § 3 Nr. 7 HVM werden die Leistungen entsprechend der Leistungsanforderung mit einem Zuschlag je angeforderten Punkt gefördert.

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

Die Leistungen der Humangenetik „genetisches Labor“ werden maximal bis zur Höhe des Vergütungsvolumens gemäß § 3 Nr. 5 HVM zzgl. des FKZ-Saldos unter Berücksichtigung der KBV-Vorgaben zur Honorarverteilung Teil G (ANLAGE 1 HVM) und des Abschnitts 1 Punkt 10 der ANLAGE 7 HVM zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet. Soweit die Leistungsanforderung dieses Vergütungsvolumen überschreitet, wird die arztseitige Vergütung entsprechend quotiert.

#### **§ 19b Vergütung der Pauschalen für die fachärztliche Grundvergütung „PFG“**

Die Pauschalen für die fachärztliche Grundvergütung „PFG“ aus der MGV werden maximal bis zur Höhe des Vergütungsvolumens gemäß § 3 Nr. 6 HVM zuzüglich dem FKZ unter Berücksichtigung der KBV-Vorgaben zur Honorarverteilung (ANLAGE 1 HVM) und des Abschnitts 1 Punkt 10 der ANLAGE 7 HVM zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet. Soweit die Leistungsanforderung dieses Vergütungsvolumen überschreitet, wird die arztseitige Vergütung entsprechend quotiert. Soweit die Leistungsanforderung das Vergütungsvolumen unterschreitet und der zur Verfügung stehende Restbetrag die für den fachärztlichen Versorgungsbereich anteilige Veränderungsrate nach § 87a Abs. 4 Satz 3 SGB V übersteigt, wird die „PFG“ aus diesem die anteilige Veränderungsrate übersteigenden Vergütungsvolumen mit einem Zuschlag je angeforderten Punkt vergütet. Mit dem Restbetrag nach § 3 Nr. 8 HVM wird die „PFG“ entsprechend der Leistungsanforderung mit einem Zuschlag je angeforderten Punkt gefördert.

#### **§ 20 Vergütung der Leistungen besonderer Verteilungsvolumina**

Soweit die angeforderten Leistungen, die innerhalb der besonderen Verteilungsvolumina nach § 7 Abs. 2 Nrn. 1 bis 9 HVM unter der Berücksichtigung des Abschnitts 1 Punkt 10 der ANLAGE 7 HVM die jeweils hierfür bereitgestellten Vergütungsanteile überschreiten, wird die arztseitige Vergütung je Vergütungsbereich entsprechend quotiert.

#### **§ 21 Vergütung von Leistungen des Regelleistungsvolumens und der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina**

- (1) Leistungen, die dem Regelleistungsvolumen oder dem qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen unterliegen, werden bis zur Höhe des Honorarvolumens je Versorgungsbereich gemäß § 8 Abs. 7 HVM in Verbindung mit ANLAGE 7 HVM zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet.
- (2) Die das Honorarvolumen je Versorgungsbereich gemäß § 8 Abs. 7 HVM überschreitende Leistungsmenge wird aus dem Abzug in Höhe von 2 % des vorläufigen RLV-Vergütungsvolumens des jeweiligen Versorgungsbereichs gemäß § 5 Abs. 2 Nr. 4 HVM und § 6 Abs. 2 Nr. 7 HVM unter der Berücksichtigung des Abschnitts 1 Punkt 10 der ANLAGE 7 HVM zu abgestaffelten Preisen vergütet. Diese Preise ergeben sich versorgungsbereichsspezifisch aus der Quotierung der überschreitenden Leistungsmenge im Verhältnis zu den vorgenannten Abzügen.

## **§ 22 gestrichen**

### **§ 23 Ausgleich der Vorwegabzüge**

Vorwegabzüge, Rückstellungen und nicht ausgeschöpfte RLV-Gelder sind innerhalb der Versorgungsbereiche verrechnungsfähig; Ausnahme: Vorwegabzug für abgestaffelt zu vergütende Leistungen. Überschreitungen und Defizite dieser Positionen werden in das nächst-erreichbare Quartal fortgeschrieben und dort bei der Berechnung der Vorwegabzüge und Rückstellungen berücksichtigt. Weitere Verrechnungen finden nicht statt.

Der Ausgleich von Unter- und Überschüssen in Bezug auf die Vergütungsvolumina der Grundbeträge „Labor“, „ärztlicher Bereitschaftsdienst“, „genetisches Labor“ und „PFG“ erfolgt unter Berücksichtigung der §§ 19a und 19b HVM gemäß den KBV-Vorgaben zur Honorarverteilung Teil B Nr. 7 (ANLAGE 1 HVM).

### **§ 24 Geltungszeitraum**

Dieser Honorarverteilungsmaßstab tritt zum 1. Januar 2015 in Kraft.

- ANLAGE 1: Auszug aus den Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Honorarverteilung in der jeweils geltenden Fassung
- ANLAGE 2: Arztgruppen zur Festsetzung des Regelleistungsvolumens, der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina sowie sonstiger Vergütungsbereiche
- ANLAGE 3: Berechnung der Vergütungsanteile RLV, QZV, BVV
- ANLAGE 4: Anpassungsfaktoren je Arztgruppen zur Festsetzung des Regelleistung-/QZV-Volumens
- ANLAGE 5: Berechnung der Regelleistungsvolumina, der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina, des Morbifaktors sowie des Zuschlags für Gemeinschaftspraxen
- ANLAGE 6: Qualitätsgebundenes Zusatzvolumen
- ANLAGE 7: Bereinigung der Regelleistungsvolumina und der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina bei Beitritt eines Arztes zu einem Selektivvertrag gem. §§ 64 Abs. 3, 73b Abs. 7, 73c Abs. 6 und 140d Abs. 1 SGB V



**Vorgaben  
der Kassenärztlichen Bundesvereinigung  
gemäß § 87b Abs. 4 SGB V**

**gültig ab 1. Oktober 2014**

---

- Teil A**      Vorgaben zu den Honorarverteilungsmaßstäben der Kassenärztlichen Vereinigungen gemäß § 87b Abs. 2 Satz 1 SGB V
- Teil B**      Vorgabe zur Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung
- Teil C**      Vorgaben zur angemessenen Vergütung psychotherapeutischer Leistungen
- Teil D**      Vorgaben zur Berücksichtigung kooperativer Behandlung von Patienten in dafür gebildeten Versorgungsformen
- Teil E**      Vorgaben zur Vergütung laboratoriumsmedizinischer Leistungen
- Teil F**      Vorgaben zu den Grundsätzen der Bereinigung des zu erwartenden Honorars gemäß § 87b Abs. 4 Satz 2 SGB V
- Teil G**      Vorgaben zur Vergütung technischer Leistungen der Humangenetik (genetisches Labor)
- Teil H**      Vorgabe zur Ermittlung des versorgungsbereichsspezifischen Grundbetrags für die Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung (PFG)

## Teil A

im Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband

### Vorgaben zu den Honorarverteilungsmaßstäben der Kassenärztlichen Vereinigungen gemäß § 87b Abs. 2 Satz 1 SGB V (GKV-VStG)

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

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

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

7. Bei der Festlegung des Honorarverteilungsmaßstabs ab dem 4. Quartal 2013 ist die Einführung der Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung „PFG“ zu berücksichtigen.

## Teil B

### im Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenverband

---

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

beschlossen am 11. März 2014 mit Wirkung zum 1. Oktober 2013<sup>1</sup>  
und angepasst am 1. August 2014 mit Wirkung zum 1. Oktober 2014

#### 1. Definition von Kategorien der Trennungsbeträge je Versicherten und Vorwegabzüge

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

- 1.1 Vorwegabzüge** sind für gesetzliche und vertragliche Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigung **bedarfsabhängig** aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu bildende Vergütungsvolumina, die insbesondere auch zur Sicherstellung der Versorgung und Erfüllung gesetzlicher Aufgaben nach der Festlegung der haus- und fachärztlichen Grundbeträge innerhalb des haus- und fachärztlichen Versorgungsbereichs gebildet werden können, sofern nicht Rückstellungen im Grundbetrag „Labor“ oder Grundbetrag „ärztlicher Bereitschaftsdienst“ zu bilden sind.
- 1.2 Grundbeträge** sind **je Versicherten** zu bildende Beträge, die für laboratoriumsmedizinische Leistungen (Grundbetrag „Labor“), den ärztlichen Bereitschaftsdienst (Grundbetrag „ärztlicher Bereitschaftsdienst“) sowie für den haus- (hausärztlicher Grundbetrag) und fachärztlichen Versorgungsbereich (fachärztlicher Grundbetrag) **verpflichtend** bestimmt werden. Zum Zeitpunkt der erstmaligen Festsetzung ist die Höhe dieser Grundbeträge abschließend bestimmt.
- 1.3 Versorgungsbereichsspezifische Grundbeträge** sind **je Versicherten verpflichtend** im fachärztlichen Versorgungsbereich zu bestimmende Beträge, die für den Leistungsbereich Humangenetik gemäß KBV-Vorgaben, Teil G (Grundbetrag „genetisches Labor“) und für die Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung gemäß KBV-Vorgaben, Teil H (Grundbetrag „PFG“) zu bilden sind. Die Bereitstellung der Finanzmittel für die versorgungsbereichsspezifischen Grundbeträge erfolgt aus fachärztlichen Finanzmitteln. Zum Zeitpunkt der erstmaligen Festsetzung ist die Höhe dieser versorgungsbereichsspezifischen Grundbeträge abschließend bestimmt.

Damit sind die zu bildenden Vergütungsbereiche abschließend beschrieben.

---

<sup>1</sup> Die Änderung der KBV-Vorgaben erfolgt rückwirkend zum 1. Oktober 2013. Soweit diese Vorgaben von einer Kassenärztlichen Vereinigung nicht mehr bei der Honorarverteilung für das 4. Quartal 2013 und/oder 1. Quartal 2014 berücksichtigt werden können, sind die Vorgaben spätestens mit Wirkung zum 1. April 2014 umzusetzen. Eine nachträgliche Korrektur für bereits vorgenommene Trennungen ist nicht vorzunehmen, für diese gelten die jeweils zum Zeitpunkt der Berechnungen gültigen Versionen der KBV-Vorgaben. Für die Zertifizierung der Grundbeträge ab dem 1. Oktober 2013 und damit der Ausgangswerte für die nachfolgenden Perioden sind die rückwirkend angepassten Vorgaben maßgeblich.

**Festlegung der Ausgangswerte für die Grundbeträge  
(Zeitraum 1. Oktober 2013 bis 30. September 2014)****2. Erstmalige Bestimmung der Höhe und Feststellung der Ausgangswerte und Grundbeträge****2.1 Feststellung der Ausgangswerte für die Grundbeträge**

Die Ausgangswerte für die Bildung der **Grundbeträge „Labor“** und **„ärztlicher Bereitschaftsdienst“** in einem Abrechnungsquartal stellen die gemäß den im jeweiligen Vorjahresquartal gültigen KBV-Vorgaben, Teil B unter Berücksichtigung der im Vorjahresquartal tatsächlich verwendeten Anzahl der Versicherten bestimmten Vorwegabzüge für laboratoriumsmedizinische Leistungen (TVG<sub>2</sub> gemäß der bis zum 30. September 2013 gültigen KBV-Vorgaben, Teil B, Schritt 18.) und den von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung organisierten Not(fall)dienst (TVG<sub>3</sub> gemäß der bis zum 30. September 2013 gültigen KBV-Vorgaben, Teil B, Schritt 19.) dar.

Die Ausgangswerte für die Bildung der **haus- und fachärztlichen Grundbeträge** in einem Abrechnungsquartal sind das gemäß den im jeweiligen Vorjahresquartal gültigen KBV-Vorgaben, Teil B auf Basis der von den Krankenkassen tatsächlich gezahlten Gesamtvergütungen bestimmte hausärztliche Verteilungsvolumen (VV<sub>HÄ</sub> gemäß der bis zum 30. September 2013 gültigen KBV-Vorgaben, Teil B, Schritt 22.) und das fachärztliche Verteilungsvolumen (VV<sub>FÄ</sub> gemäß der bis zum 30. September 2013 gültigen KBV-Vorgaben, Teil B, Schritt 23.) jeweils zzgl. des Anteils der im Vorjahresquartal vor Trennung in den Versorgungsbereichen gebildeten Rückstellungen in Höhe des Betrages, der nach den im Vorjahresquartal angewandten Trennungsfaktoren auf den Versorgungsbereich entfällt. Ggf. gebildete versorgungsbereichsspezifische Rückstellungen sind Bestandteil des jeweiligen Verteilungsvolumens. Zusätzlich sind im fachärztlichen Versorgungsbereich für die Quartale 1/2014 bis 3/2014 die Finanzmittel aus der Erhöhung des bereinigten Behandlungsbedarfs zur Förderung der fachärztlichen Grundversorgung gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 295. Sitzung<sup>2</sup> sowie in 3/2014 der quartalweise bereitgestellte Betrag gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 302. Sitzung in Abzug zu bringen.

Es werden zudem in jedem Abrechnungsquartal die **versorgungsbereichsspezifischen Grundbeträge für „genetisches Labor“** und **„PFG“** verpflichtend im fachärztlichen Versorgungsbereich gebildet. Die Bestimmung der Ausgangswerte erfolgt für den Grundbetrag „genetisches Labor“ gemäß den KBV-Vorgaben, Teil G, wobei die Finanzmittel für den Grundbetrag „genetisches Labor“ dem Ausgangswert für den fachärztlichen Grundbetrag zu entnehmen sind, und für den Grundbetrag „PFG“ gemäß den KBV-Vorgaben, Teil H.

**2.2 Korrektur der Ausgangswerte der Grundbeträge im aktuellen Abrechnungsquartal**

**2.2.1** Es ist folgende Korrektur bezogen auf die Vergütung von antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM der in § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppen vorzunehmen:

Übersteigt der im 4. Quartal 2012 für die betroffenen Ärzte für die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM der in § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppen gebildete Vorwegabzug „Psychotherapie“ gemäß Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 218. Sitzung am 26. März 2010, Teil F, Anhang 1 zu Anlage 4, Schritt 17.) den entsprechend dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 218. Sitzung am 26. März 2010, Teil F, Anhang 1 zu Anlage 4, Schritt 17.) im 4. Quartal 2010 gebildeten Vorwegabzug „Psychotherapie“, gesteigert um die vereinbarten Ver-

<sup>2</sup> Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 295. Sitzung am 18. Dezember 2012 zur Anpassung der kassenspezifischen Aufsatzwerte des bereinigten Behandlungsbedarfs mit Wirkung zum 18. Dezember 2012

änderungsraten der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für die Jahre 2011 und 2012, wird der Anteil in Höhe des Betrages, der nach dem im Vorjahresquartal (4. Quartal 2012) angewandten Trennungsfaktor gemäß KBV-Vorgaben, Teil B, Schritt 15.) auf den hausärztlichen Versorgungsbereich entfällt, dem Ausgangswert für den fachärztlichen Grundbetrag entnommen und dem Ausgangswert für den hausärztlichen Grundbetrag zugeführt.

Unterschreitet der im 4. Quartal 2012 an die betroffenen Ärzte für die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM der in § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppen gebildete Vorwegabzug „Psychotherapie“ gemäß Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 218. Sitzung am 26. März 2010, Teil F, Anhang 1 zu Anlage 4, Schritt 17.) den entsprechend dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 218. Sitzung am 26. März 2010, Teil F, Anhang 1 zu Anlage 4, Schritt 17.) im 4. Quartal 2010 gebildeten Vorwegabzug „Psychotherapie“, gesteigert um die vereinbarten Veränderungsraten der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für die Jahre 2011 und 2012, wird der Anteil in Höhe des Betrages, der nach dem im Vorjahresquartal (4. Quartal 2012) angewandten Trennungsfaktor gemäß KBV-Vorgaben, Teil B, Schritt 15.) auf den hausärztlichen Versorgungsbereich entfällt, dem Ausgangswert für den hausärztlichen Grundbetrag entnommen und dem Ausgangswert für den fachärztlichen Grundbetrag zugeführt.

Übersteigt im 1. bis 3. Quartal 2013 das Ausdeckelungsvolumen<sup>3</sup> der antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM der in § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppen den entsprechend dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 218. Sitzung am 26. März 2010, Teil F, Anhang 1 zu Anlage 4, Schritt 17.) im jeweiligen Quartal (1. Quartal 2011, 2. Quartal 2011 und 3. Quartal 2010) gebildeten Vorwegabzug „Psychotherapie“, gesteigert um die vereinbarten Veränderungsraten der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für die Jahre 2011 (nur 3. Quartal 2010), 2012 und 2013, wird der Anteil in Höhe des Betrages, der nach dem im Vorjahresquartal (1. bis 3. Quartal 2013) angewandten Trennungsfaktor gemäß KBV-Vorgaben, Teil B, Schritt 15.) auf den hausärztlichen Versorgungsbereich entfällt, dem Ausgangswert für den fachärztlichen Grundbetrag entnommen und dem Ausgangswert für den hausärztlichen Grundbetrag zugeführt.

Unterschreitet im 1. bis 3. Quartal 2013 das Ausdeckelungsvolumen<sup>1</sup> der antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM der in § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppen den entsprechend dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 218. Sitzung am 26. März 2010, Teil F, Anhang 1 zu Anlage 4, Schritt 17.) im jeweiligen Quartal (1. Quartal 2011, 2. Quartal 2011 und 3. Quartal 2010) gebildeten Vorwegabzug „Psychotherapie“, gesteigert um die vereinbarten Veränderungsraten der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für die Jahre 2011 (nur 3. Quartal 2010), 2012 und 2013, wird der Anteil in Höhe des Betrages, der nach dem im Vorjahresquartal (1. bis 3. Quartal 2013) angewandten Trennungsfaktor gemäß KBV-Vorgaben, Teil B, Schritt 15.) auf den hausärztlichen Versorgungsbereich entfällt, dem Ausgangswert für den hausärztlichen Grundbetrag entnommen und dem Ausgangswert für den fachärztlichen Grundbetrag zugeführt.

<sup>3</sup> Das Ausdeckelungsvolumen ist der für das jeweilige Quartal (1/2013 bis 3/2013) gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses, Teil A, *Vorgaben für ein Verfahren zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs und zur Ermittlung der Aufsatzwerte und der Anteile der einzelnen Krankenkassen sowie Empfehlungen zur Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für das Jahr 2013* in seiner 288. Sitzung am 22. Oktober 2012, Nr. 2.2.1 ermittelte abziehende Behandlungsbedarf multipliziert mit dem für das Jahr 2013 regional vereinbarten Punktwert. Für den Fall, dass die Ausdeckelung nicht in allen Quartalen erfolgte, ist in diesen analog das Verfahren, wie für das 4. Quartal beschrieben, anzuwenden.

**2.2.2** Die Finanzmittel, die aufgrund des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 297. Sitzung zur Änderung des Wirtschaftlichkeitsbonus nach der Gebührenordnungsposition 32001 eingespart werden, sind nach dem jeweiligen Anteil, der entsprechend dem angewandten Trennungsfaktor gemäß der bis zum 30. September 2013 gültigen KBV-Vorgaben, Teil B, Schritt 15.) auf den hausärztlichen bzw. fachärztlichen Versorgungsbereich entfällt, dem hausärztlichen Grundbetrag und dem versorgungsbereichsspezifischen Grundbetrag „PFG“ gemäß den KBV-Vorgaben, Teil H zuzuführen. Der Ausgangswert für den Grundbetrag „Labor“ wird entsprechend verringert.

**2.2.3** Für das 4. Quartal 2013 ist der Ausgangswert für den hausärztlichen Grundbetrag um den Anteil an dem je KV-Bezirk bereitgestellten Betrag gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 295. Sitzung zu erhöhen, der gemäß dem im Vorjahresquartal angewandten Trennungsfaktor gemäß KBV-Vorgaben, Teil B, Schritt 15.) auf den hausärztlichen Versorgungsbereich entfallen ist.

Im 4. Quartal 2013 ist dieser dem hausärztlichen Grundbetrag zugeführte Betrag von den Steigerungen nach 3.1 und 3.2 ausgenommen.

**2.2.4** Für die Bereitstellung von Finanzmitteln für den Grundbetrag „PFG“ auf Basis der auf den fachärztlichen Versorgungsbereich entfallenden nachfolgend genannten Zuwächse des Jahres 2013 ist der Ausgangswert des fachärztlichen Versorgungsbereichs für das 1. bis 3. Quartal 2014 um die gesamten Finanzmittel zu reduzieren, die sich aus der quartalsweisen Anwendung der Veränderungsrate gemäß § 87a Abs. 4 Satz 3 SGB V und gegebenenfalls nach § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 bis 5 SGB V im jeweiligen Quartal des Jahres 2013 ergeben haben.

**2.3** Die gemäß 2.1. und 2.2. festgelegten Ausgangswerte für die Grundbeträge des aktuellen Abrechnungsquartals werden, mit Ausnahme der Grundbeträge „genetisches Labor“ und „PFG“, für die die Regelungen in Teil G bzw. Teil H gelten, durch die bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs im Vorjahresquartal tatsächlich verwendete Anzahl der Versicherten dividiert, sodass sich versichertenbezogene Grundbeträge ergeben.

## **Anpassung der Grundbeträge**

### **3. Fortschreibung der Grundbeträge**

Nach der Ermittlung der Grundbeträge für das aktuelle Abrechnungsquartal gemäß 2. erfolgt die Fortschreibung der haus- und fachärztlichen Grundbeträge sowie der Grundbeträge „Labor“ und „Ärztlicher Bereitschaftsdienst“ nach folgendem Verfahren.

Für die Fortschreibung der Grundbeträge „genetisches Labor“ und „PFG“ gelten die Regelungen in Teil G bzw. Teil H.

**3.1** Die Grundbeträge „Labor“ und „ärztlicher Bereitschaftsdienst“ sowie der haus- und fachärztliche Grundbetrag des aktuellen Abrechnungsquartals werden unter Verwendung der vereinbarten Veränderungsrate gemäß § 87a Abs. 4 Satz 3 SGB V und einer gegebenenfalls zusätzlich erfolgten Steigerung gemäß § 87a Abs. 4 Satz 4 SGB V gesteigert. Die Veränderungsrate gemäß § 87a Abs. 4 Satz 3 SGB V ist vom 1. Oktober bis 31. Dezember 2013 nicht auf den fachärztlichen Grundbetrag anzuwenden. Die Veränderungsrate gemäß § 87a Abs. 4 Satz 3 SGB V ist im Zeitraum vom 1. Oktober 2013 bis 30. September 2014 nicht auf den Grundbetrag „Labor“ anzuwenden. Gegebenenfalls zusätzlich erfolgte Steigerungen gemäß § 87a Abs. 4 Satz 4 SGB V werden nicht auf den Grundbetrag „Labor“ angewendet, es sei denn, gesamtvertragliche Regelungen stehen dem entgegen.

Eine Anpassung des regionalen Punktwerts gemäß § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V ist bei den Grundbeträgen „Labor“ und „ärztlicher Bereitschaftsdienst“ sowie dem haus- und

fachärztliche Grundbetrag entsprechend den Regelungen in den regionalen Gesamt- bzw. Vergütungsverträgen zu berücksichtigen.

Im 4. Quartal 2013 sind diese Fortschreibungen nicht auf die dem hausärztlichen Grundbetrag zugeführten Finanzmittel gemäß 2.2.3 anzuwenden.

- 3.2** Zusätzliche spezifische Veränderungen der Grundbeträge „Labor“ und „ärztlicher Bereitschaftsdienst“ sowie des haus- und fachärztliche Grundbetrags des aktuellen Abrechnungsquartals ergeben sich aufgrund der entsprechend für den jeweiligen Grundbetrag vereinbarten Anpassungen gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 bis 5 SGB V. Diese Regelung ist im Zeitraum vom 1. Oktober 2013 bis 31. Dezember 2013 nicht auf den fachärztlichen Grundbetrag anzuwenden, ausgenommen gesamtvertraglich für bestimmte Verwendungen vereinbarte Steigerungen bzw. Beträge.

Eine Anpassung des regionalen Punktwerts gemäß § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V ist bei den Grundbeträgen „Labor“ und „ärztlicher Bereitschaftsdienst“ sowie dem haus- und fachärztliche Grundbetrag entsprechend den Regelungen in den regionalen Gesamt- bzw. Vergütungsverträgen zu berücksichtigen.

Im 4. Quartal 2013 ist diese Fortschreibung nicht auf die dem hausärztlichen Grundbetrag zugeführten Finanzmittel gemäß 2.2.3 anzuwenden.

- 3.3** Der Betrag aus der Multiplikation der Veränderungsrate gemäß § 87a Abs. 4 Satz 3 SGB V mit dem Grundbetrag „Labor“ wird im Zeitraum vom 1. Oktober 2013 bis 30. September 2014 nach dem jeweiligen Anteil, der entsprechend dem angewandten Trennungsfaktor gemäß der bis zum 30. September 2013 gültigen KBV-Vorgaben, Teil B, Schritt 15.) auf den hausärztlichen bzw. fachärztlichen Versorgungsbereich entfällt, dem hausärztlichen und dem fachärztlichen Grundbetrag zugeführt.

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

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

Ab dem 1. Oktober 2014 wird der Betrag aus der Multiplikation gegebenenfalls zusätzlich erfolgter Steigerung gemäß § 87a Abs. 4 Satz 4 SGB V mit dem Grundbetrag „PFG“ dem fachärztlichen Grundbetrag zugeführt.

- 3.5** Für das 1. bis 4. Quartal 2014 ist der hausärztliche Grundbetrag um die Hälfte des Betrags basiswirksam zu erhöhen, der sich quartalweise aufgrund der Steigerungsrate gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 319. Sitzung<sup>4</sup> ergibt, dividiert durch die Anzahl der Versicherten, die im aktuellen Abrechnungsquartal bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs verwendet werden.

Diese Finanzmittel sind im 1. bis 4. Quartal 2014 von den Anpassungen in 3.1 und 3.2 ausgenommen.

- 3.6** Aus der Multiplikation der Grundbeträge „Labor“ und „ärztlicher Bereitschaftsdienst“ sowie des haus- und fachärztlichen Grundbetrags mit der Anzahl der Versicherten, die im aktuellen Abrechnungsquartal bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs verwendet werden, entstehen die jeweiligen Vergütungsvolumina. Für die Grundbeträge „genetisches Labor“ und „PFG“ gelten die Regelungen in Teil G bzw. Teil H.

<sup>4</sup> Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 319. Sitzung am 18. Dezember 2013 zur Änderung des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 314. Sitzung am 29. August 2013, Teil A, zu Vorgaben für ein Verfahren zur Ermittlung der Aufsatzwerte nach § 87a Abs. 4 Satz 1 SGB V und der Anteile der einzelnen Krankenkassen nach § 87a Abs. 4 Satz 2 SGB V für das Jahr 2014 mit Wirkung zum 18. Dezember 2013

Bei der Bildung des hausärztlichen Vergütungsvolumen im 4. Quartal 2013 werden die dem hausärztlichen Grundbetrag zugeführten Finanzmittel gemäß 2.2.3 abweichend von der Regelung im vorherigen Absatz mit der bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs im Vorjahresquartal tatsächlich verwendeten Anzahl der Versicherten multipliziert.

- 3.7** In den Vergütungsvolumina der jeweiligen Grundbeträge sind im aktuellen Abrechnungsquartal die notwendigen Bereinigungen, die durch das SGB V vorgesehen sind, sowie Änderungen in der Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu berücksichtigen. Die Umsetzung erfolgt anteilig aus dem bzw. in den jeweiligen betroffenen Vergütungsvolumen des jeweiligen Grundbetrags in der Höhe der gemäß dem gesamtvertraglich vereinbarten Verfahren der Bereinigung bzw. Ein- oder Ausdeckung bestimmten Beträge. Mit Ausnahme der Bereinigung aufgrund von Ausdeckungen oder der Addition aufgrund von Eindeckung bleiben die Bereinigungen in den Ausgangswerten gemäß 8. der jeweiligen Grundbeträge für das Folgejahr unberücksichtigt.

#### **4. Angleichung an die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung**

Soweit die Summe der gemäß 2. bis 3. sowie gemäß KBV-Vorgaben, Teil G und Teil H gebildeten Vergütungsvolumina aller Grundbeträge, die die gemäß 6. ermittelten Vorwegabzüge beinhalten, nicht der Summe der vereinbarten bereinigten morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen des aktuellen Abrechnungsquartals entspricht, wird folgende Korrektur vorgenommen: Die Differenz zwischen der vereinbarten bereinigten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und der Summe der Vergütungsvolumina aller Grundbeträge wird ermittelt und entsprechend den Anteilen der gemäß Nr. 8 für die im Vorjahresquartal bestimmten Ausgangswerte für die Anpassung der Grundbeträge dem jeweiligen Grundbetrag zugeführt oder entnommen.

#### **5. Berücksichtigung von Wechsel zwischen den Versorgungsbereichen**

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

- 5.1** Vertragsärzte, die gemäß § 73 SGB V dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören und aus Gründen der Sicherstellung nach dem 1. Juli 2010 eine Genehmigung erhalten haben, in den Vereinbarungen gemäß § 6 Abs. 2 des Vertrages über die hausärztliche Versorgung genannte Leistungen abzurechnen, erhalten die Vergütungen für den abgerechneten Leistungsbedarf dieser Leistungen aus dem Vergütungsvolumen des fachärztlichen Grundbetrags.

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

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

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



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

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

- 7.1** Eine ggf. notwendige quartalsbezogene Finanzierung eines Unterschusses gemäß KBV-Vorgaben, Teil E, Nr. 3.5 erfolgt nach dem jeweiligen Anteil, der entsprechend dem angewandten Trennungsfaktor gemäß der bis zum 30. September 2013 gültigen KBV-Vorgaben, Teil B, Schritt 15.) auf den hausärztlichen bzw. fachärztlichen Versorgungsbereich entfällt. Im Falle von Überschüssen erfolgt die Aufteilung auf die Vergütungsvolumina des haus- und fachärztlichen Grundbetrags nach dem gleichen Verfahren gemäß Satz 1. Diese ggf. erfolgenden Anpassungen bleiben im Ausgangswert des Grundbetrags „Labor“ sowie den Ausgangswerten der haus- und fachärztlichen Grundbeträge für das Folgejahr unberücksichtigt.
- 7.2** Eine ggf. notwendige quartalsbezogene Finanzierung eines Unterschusses im Vergütungsvolumen des Grundbetrags „ärztlicher Bereitschaftsdienst“ erfolgt entsprechend der Anzahl der Vertragsärzte entsprechend in den jeweiligen Versorgungsbereichen im Abrechnungsquartal der Zahlung gemäß der bis zum 30. September 2013 gültigen KBV-Vorgaben, Teil B, Schritt 11.). Im Falle von Überschüssen erfolgt die Aufteilung auf die Vergütungsvolumina des haus- und fachärztlichen Grundbetrags nach dem gleichen Verfahren gemäß Satz 1. Diese ggf. erfolgenden Anpassungen bleiben im Ausgangswert des Grundbetrags „ärztlicher Bereitschaftsdienst“ sowie in den Ausgangswerten der haus- und fachärztlichen Grundbeträge für das Folgejahr unberücksichtigt.
- 7.3** Eine ggf. notwendige quartalsbezogene Finanzierung eines Unterschusses im Vergütungsvolumen des Grundbetrags „genetisches Labor“ erfolgt aus dem Vergütungsvolumen des fachärztlichen Grundbetrags. Im Falle von Überschüssen erfolgt die Zuführung dieses Überschusses zum Vergütungsvolumen des fachärztlichen Grundbetrags. Diese ggf. erfolgenden Anpassungen bleiben in den Ausgangswerten des Grundbetrags „genetisches Labor“ sowie des fachärztlichen Grundbetrags für das Folgejahr unberücksichtigt.
- 7.4** Eine ggf. notwendige quartalsbezogene Finanzierung eines Unterschusses im Vergütungsvolumen des Grundbetrags „PFG“ erfolgt aus dem Vergütungsvolumen des fachärztlichen Grundbetrags. Im Falle von Überschüssen erfolgt die Zuführung dieses Überschusses zum Vergütungsvolumen des fachärztlichen Grundbetrags. Diese ggf. erfolgenden Anpassungen bleiben in den Ausgangswerten des Grundbetrags „PFG“ sowie des fachärztlichen Grundbetrags für das Folgejahr unberücksichtigt.

Darüber hinausgehende Anpassungen dürfen nicht durchgeführt werden.

**Festlegung der Ausgangswerte für die Grundbeträge  
(Zeitraum ab 1. Oktober 2014)****8. Regelverfahren zur Ermittlung der Ausgangswerte für Grundbeträge**

Ab dem 1. Oktober 2014 bilden die Grundbeträge nach 3. bis 6. im Vorjahresquartal die Ausgangswerte für die Anpassung der Grundbeträge. Dabei sind Beträge aus dem Vorjahresquartal, die gemäß den Ziffern 3.7 und 7 nicht basiswirksam sind, entsprechend nicht zu berücksichtigen. Auf der Basis dieser Ausgangswerte werden in jedem aktuellen Abrechnungsquartal die entsprechenden Grundbeträge gemäß den Verfahren gemäß 3. bis 6. festgelegt.

**9. Überprüfung der Umsetzung**

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung wird zeitnah, jedoch spätestens 6 Monate nach Ablauf des entsprechenden Quartals im Zeitraum vom 1. Oktober 2013 bis zum 30. September 2014, die Umsetzung dieser Vorgaben in den Honorarverteilungsmaßstäben der Kassenärztlichen Vereinigungen in Zusammenarbeit mit einer Arbeitsgruppe der Kassenärztlichen Vereinigungen überprüfen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen die hierfür erforderlichen Daten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Verfügung.

*Anmerkungen:*

- 1. Zum jetzigen Zeitpunkt sind keine wissenschaftlich evaluierten Indikatoren zur Berücksichtigung von Leistungsverlagerungen zwischen dem haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich bekannt. Sobald diese vorliegen, werden diese Vorgaben entsprechend angepasst.*
- 2. Bis zum 30. September 2015 ist zu überprüfen, ob der Grundbetrag „Labor“ anteilig in den hausärztlichen und fachärztlichen Grundbetrag überführt werden kann.*

## **Teil C**

im Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband

---

### **Vorgaben zur angemessenen Vergütung psychotherapeutischer Leistungen**

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

## Teil D

im Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband

### Vorgaben zur Berücksichtigung kooperativer Behandlung von Patienten in dafür gebildeten Versorgungsformen

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

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

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

## **Teil E**

im Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband

---

### **Vorgaben zur Vergütung laboratoriumsmedizinischer Leistungen mit Wirkung zum 1. Oktober 2013**

Die Vergütung von Leistungen und Kostenpauschalen der Laboratoriumsmedizin erfolgt innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV). Im Rahmen der Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung ist unter anderem ein Grundbetrag je Versicherten für die Vergütung von Leistungen und Kostenpauschalen der Laboratoriumsmedizin (Grundbetrag „Labor“) vorgesehen. Zur bundesweiten Vereinheitlichung der Vergütung von Leistungen und Kostenpauschalen der Laboratoriumsmedizin gibt die Kassenärztliche Bundesvereinigung mit dem Folgenden Regelungen vor.

#### **1. Bundeseinheitliche Vorgaben**

##### **1.1 Ermittlung der Abstufungsquote für Laboratoriumsuntersuchungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM**

Die Ermittlung der Abstufungsquote Q für Laboratoriumsuntersuchungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM erfolgt nach den folgenden Berechnungsschritten bundeseinheitlich durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung auf der Basis der Abrechnungen und von den Kassenärztlichen Vereinigungen zu diesem Zweck zur Verfügung gestellten Daten.

- 1.1.1** Bei der Bereitstellung des Vergütungsvolumens wird in den Quartalen 4/2013 und 3/2014 wie folgt verfahren: Ermittlung der Summe der gemäß den im jeweiligen Vorjahresquartal gültigen KBV-Vorgaben, Teil B, bestimmten Vorwegabzüge für laboratoriumsmedizinische Leistungen (TVG<sub>2</sub> gemäß Schritt 18.) über alle Kassenärztlichen Vereinigungen. Bei wirksamer Bereinigung aufgrund des Beitritts von Versicherten zu einem Vertrag gemäß §§ 73b, 73c und 140d SGB V wird der entsprechende Bereinigungsbetrag für das Vorjahresquartal in Abzug gebracht.

Ab dem Quartal 4/2014 gilt für die Bereitstellung des Vergütungsvolumens Folgendes: In den Quartalen 4/2014 bis 3/2015 erfolgt die Ermittlung des Vergütungsvolumens auf Basis der Summe der für das jeweilige Vorjahresquartal gemäß Teil B, Nrn. 2.1 bis 4. gebildeten Vergütungsvolumina für den Grundbetrag „Labor“ über alle Kassenärztlichen Vereinigungen. Ab dem Quartal 4/2015 wird die Summe der gemäß Teil B, Nr. 8 gebildeten Vergütungsvolumina für den Grundbetrag „Labor“ aller Kassenärztlichen Vereinigungen zugrunde gelegt.

**1.1.2** Vom Vergütungsvolumen gemäß 1.1.1 werden folgende Beträge abgezogen:

- Das angeforderte Honorarvolumen des Vorjahresabrechnungsquartals für Konsiliar- und Grundpauschalen für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin, ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin sowie für zur Abrechnung von Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM ermächtigte Laborärzte, Einrichtungen, Krankenhäuser und Institutionen (GOP 12210 und 12220 EBM) multipliziert mit einem Anpassungsfaktor in Höhe von 1,4458. Dabei ist für das Jahr 2012 die Änderung der Abrechnungsbestimmungen für die zur Abrechnung von Kostenerstattungen und Leistungen des Kapitels 32 EBM ermächtigte Laborärzte, Einrichtungen, Krankenhäuser und Institutionen angemessen zu berücksichtigen.
- Das angeforderte Honorarvolumen des Vorjahresabrechnungsquartals für die wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen des Kapitels 32 EBM (GOP 32001 EBM) nach Anwendung der Regelungen in den Ziffern 1. ff. zu den Abschnitten 32.2 und 32.3 EBM.
- Das angeforderte Honorarvolumen des Vorjahresabrechnungsquartals der Gebührenordnungsposition 32025, 32026, 32027, 32035, 32036, 32037, 32038, 32039, 32097 und 32150.

**1.1.3** Ermittlung des für das Vorjahresabrechnungsquartal insgesamt angeforderten Honorarvolumens für Kostenerstattungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM abzüglich des angeforderten Honorarvolumens der Gebührenordnungspositionen 32025, 32026, 32027, 32035, 32036, 32037, 32038, 32039, 32097 und 32150.

**1.1.4** Ermittlung der Abstufungsquote Q durch Division des gemäß 1.1.2 reduzierten Vergütungsvolumens nach 1.1.1 durch das Volumen nach 1.1.3.

**1.1.5** Auf Basis von Halbjahreswerten wird entsprechend der Rechensystematik gemäß 1.1.1 bis 1.1.4 eine Abstufungsquote für das jeweilige Halbjahr ermittelt.

**1.1.6** Die für die Berechnung gemäß 1.1.5 benötigten Werte gemäß 1.1.1, 1.1.2 und 1.1.3 werden durch die Kassenärztlichen Vereinigungen für das Abrechnungshalbjahr jeweils am 15. Arbeitstag des 2. Monats vor Halbjahresbeginn an die Kassenärztliche Bundesvereinigung übermittelt. Die Übermittlung dieser Daten wird in einer technischen Vorgabe durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung festgelegt.

**1.2 Bekanntgabe der bundeseinheitlichen Vorgaben**

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung gibt die bundeseinheitlich anzuwendende Abstufungsquote „Q“ gemäß 1.1.5 jedoch mindestens in Höhe von 0,9158 für die beiden Abrechnungsquartale des jeweiligen Halbjahres in einem Rundschreiben spätestens am 8. des Vormonats vor Halbjahresbeginn an die Kassenärztlichen Vereinigungen bekannt.

## **2. KV-spezifisches Vergütungsvolumen für Leistungen und Kostenpauschalen der Laboratoriumsmedizin**

Für die Vergütung

- der Konsiliar- und Grundpauschalen für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin, ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin sowie für zur Abrechnung von Kostenerstattungen ermächtigte Laborärzte, Einrichtungen, Krankenhäuser und Institutionen (GOP 12210 und 12220 EBM),
- die wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen des Kapitels 32 EBM (GOP 32001 EBM) nach Anwendung der Regelungen in den Ziffern 1. ff. zu den Abschnitten 32.2 und 32.3 EBM,
- der Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM

wird das wie folgt zu ermittelnde Vergütungsvolumen je Kassenärztlicher Vereinigung zur Verfügung gestellt:

- 2.1** Im Zeitraum vom 4. Quartal 2013 bis 3. Quartal 2014 wird das Vergütungsvolumen für den Grundbetrag „Labor“ gemäß Teil B, Nrn. 2.1 bis 4. zugrunde gelegt. Ab dem 4. Quartal 2014 wird das Vergütungsvolumen für den Grundbetrag „Labor“ gemäß Teil B, Nr. 8 verwendet. (=VG<sub>1</sub>)
- 2.2** Dem gemäß 2.1 gebildeten Vergütungsvolumen für den Grundbetrag „Labor“ wird der voraussichtliche Saldo des Fremdkassenzahlungsausgleichs (FKZ-Saldo) für die Gebührenordnungspositionen 12210 und 12220 EBM sowie Leistungen und Kostenpauschalen des Kapitels 32 EBM hinzugefügt, um das für bereichseigene Ärzte zur Verfügung stehende Finanzvolumen zu bestimmen.

$$VG_2 = VG_1 + LFKZ_{\text{voraussichtlich}}$$

## **3. Vergütung der Ärzte**

### **3.1 Vergütung des Laborwirtschaftlichkeitsbonus**

Die Gebührenordnungsposition 32001 EBM für die wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen des Kapitels 32 EBM wird nach Anwendung der Regelungen in den Ziffern 1. ff. zu den Abschnitten 32.2 und 32.3 EBM zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung aus dem zur Verfügung stehenden Vergütungsvolumen VG<sub>2</sub> gemäß 2.2 vergütet.

### **3.2 Vergütung der Grundleistungen für Laborärzte**

Die Konsiliar- und Grundpauschalen für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin, ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin sowie für zur Abrechnung von Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM ermächtigte Laborärzte, Einrichtungen, Krankenhäuser und Institutionen (GOP 12210 und 12220 EBM) werden zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung multipliziert mit einem Anpassungsfaktor in Höhe von 1,4458 aus dem zur Verfügung stehenden Vergütungsvolumen VG<sub>2</sub> gemäß 2.2 vergütet.

### **3.3 Vergütung der Laboratoriumsuntersuchungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM**

Die Gebührenordnungspositionen 32025, 32026, 32027, 32035, 32036, 32037, 32038, 32039, 32097 und 32150 werden zum Preis der regionalen Euro-Gebührenordnung aus dem Vergütungsvolumen VG<sub>2</sub> vergütet. Die weiteren Laboratoriumsuntersuchungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM werden – sofern diese nicht außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet werden – unter Berücksichtigung der Regelungen gemäß Nr. 3.4 mit den Preisen der regiona-



len Euro-Gebührenordnung multipliziert mit der bundeseinheitlichen Abstufungsquote Q gemäß 1.1.5 aus dem Vergütungsvolumen VG<sub>2</sub> gemäß 2.2 vergütet. Für Abschnitt 32.2 ist die Regelung für Laborgemeinschaften in Ziffer 1 Satz 2 zum Abschnitt 32.2 EBM zu berücksichtigen.

### **3.4 Vergütung der speziellen Laboratoriumsuntersuchungen bei „Nicht-Laborärzten“**

**3.4.1** Für Vertragsärzte, die zur Abrechnung von Laboratoriumsuntersuchungen berechtigt sind und nicht Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin, ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin sind (kurz: „Nicht-Laborärzte“) sowie aufgrund der Arztgruppenzugehörigkeit von nachfolgenden Regelungen erfasst werden, unterliegen die Kostenerstattungen für spezielle Laboratoriumsuntersuchungen des Abschnitts 32.3 EBM einer fallwertbezogenen Budgetierung. Die in den Budgets enthaltenen Kostenerstattungen sind je Arztpraxis und Abrechnungsquartal nur bis zu einem begrenzten Gesamthonorarvolumen unter Berücksichtigung von Nr. 3.3 zu vergüten.

**3.4.2** Die Höhe der Budgets ergibt sich aus dem Produkt des für die Arztgruppe vorgegebenen, mit der bundeseinheitlichen Abstufungsquote Q gemäß 1.1.5 multiplizierten Referenz-Fallwertes und der Zahl der Behandlungsfälle gemäß § 21 Abs. 1 BMV-Ärzte bzw. § 25 Abs. 1 Arzt-/Ersatzkassenvertrag des Abrechnungsquartals der Arztpraxis.

**3.4.3** Referenz-Fallwerte für die Ermittlung des Budgets nach 3.4.2

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

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

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.

**3.4.4** Die Kassenärztliche Vereinigung kann darüber hinaus Praxen mit Ärzten aus nicht in 3.4.3 genannten Arztgruppen einer Referenz-Fallwertgruppe nach 3.4.3 zuordnen und eine entsprechende Budgetierung nach 3.4.1 durchführen.

**3.4.5** Die Regelungen nach 3.4.1 bis 3.4.3 sind für alle Nicht-Laborärzte verbindlich anzuwenden, es sei denn, betroffene Ärzte weisen der Kassenärztlichen Vereinigung nach, dass sie die Anforderungen der Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen erfüllen. In diesem Fall kann die Kassenärztliche Vereinigung das Budget nach 3.4.2 erweitern, aussetzen oder bedarfsgerecht anpassen<sup>5</sup>.

<sup>5</sup> Sofern die Änderung von einer Kassenärztlichen Vereinigung nicht mehr mit Wirkung zum 1. Oktober 2013 berücksichtigt werden kann, ist die Regelung Nr. 3.4.5 spätestens mit Wirkung zum 1. Januar 2014 umzusetzen.

### **3.5 Finanzierung der Leistungen**

Im Falle eines Unter- oder Überschusses des Vergütungsvolumens  $VG_2$  durch die Vergütungen nach 3.1 bis 3.4 ist die Regelung nach Teil B, Nr. 7.1 anzuwenden.

*Anmerkung:*

*Der Mindestpunktwert für die Abstufungsquote in Höhe von 0,9158 gemäß Nr. 1.2 entspricht der zum Zeitpunkt des Beschlusses zur Anpassung des Teils E der Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zuletzt bekanntgegebenen Quote für das zweite Halbjahr 2013. Bis zum 30. September 2015 ist in Zusammenhang mit der Prüfung des Grundbeitrages „Labor“ gemäß KBV-Vorgabe, Teil B auch die Mindestquote zu überprüfen.*

## **Teil F**

im Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband

---

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

**mit Wirkung zum 1. Oktober 2013 bis 31. Dezember 2013**

Gemäß §§ 73b Abs. 7, 73c Abs. 6 und 140d Abs. 2 SGB V haben die Partner der Gesamtverträge nach § 83 Abs. 1 SGB V ab dem 1. Januar 2009 den Behandlungsbedarf nach § 87a Abs. 3 Satz 2 SGB V entsprechend der Zahl und der Morbiditätsstruktur der teilnehmenden Versicherten sowie dem vereinbarten Versorgungsauftrag zu bereinigen.

Erfolgt eine Bereinigung nach diesen Vorschriften haben die Kassenärztlichen Vereinigungen in der Honorarverteilung nach § 87b Abs. 2 Satz 1 SGB V (nach GKV-VStG) folgende Grundsätze einzuhalten:

1. Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben das Verfahren zur Bereinigung der (zu erwartenden) Honorare innerhalb der Honorarverteilungsmaßstäbe (im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen) zu regeln.
2. Bei der Bereinigung des (zu erwartenden) Honorars ist sicherzustellen, dass für die gleichen Quartale und in der Höhe der Summe der Bereinigung der morbiditätsbedingte Gesamtvergütung bereinigt wird.
3. Die Bereinigung des (zu erwartenden) Honorars erfolgt ausschließlich für bereinigungsrelevante selektivvertragliche Leistungen (Ziffernkranz des Selektivvertrages).
4. Für die Ermittlung der Höhe der Bereinigung des zu erwartenden Honorars sind ausschließlich die kollektivvertraglichen Honorarregelungen nach §§ 83, 85 und 87a SGB V zur morbiditätsbedingten Gesamtvergütung der Partner der Gesamtverträge heranzuziehen.
5. Auswirkungen der Selektivverträge auf die Höhe der Rückstellungen sowie der Vergütungsvolumen der (versorgungsbereichsspezifischen) Grundbeträge werden entsprechend der jeweiligen Anteile berücksichtigt.
6. Mehrfachbereinigungen bei einem Versicherten bei Abschluss von mehreren Selektivverträgen durch eine Krankenkasse werden vermieden.
7. Die Bereinigung des (zu erwartenden) Honorars betrifft nur Ärzte, Praxen und Arztgruppen, welche an einem Selektivvertrag teilnehmen. Bei einer nachgewiesenen Auswirkung auf die (verbleibende) Morbidität im Kollektivvertrag darf auch eine Bereinigung von maximal 2,5 v. H. des (zu erwartenden) Honorars von Ärzten, Praxen und Arztgruppen vorgenommen werden, welche nicht am Selektivvertrag teilnehmen.
8. Bei Ärzten und Psychotherapeuten, die einer Kapazitätsgrenze unterliegen wird abweichend von den vorherigen Regelungen wie folgt bereinigt.

- a. Zunächst werden die für eine betroffene Arztgruppe zur Verfügung stehenden Finanzmittel entsprechend der Höhe der auf die psychotherapeutischen Leistungen entfallenden Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung reduziert.
  - b. Um die Auswirkung der quartalsbezogenen Bereinigung innerhalb des Quartals und auch quartalsversetzt für die nicht am Selektivvertrag teilnehmenden Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten von maximal 2,5 Prozentpunkte zu gewährleisten, darf die Veränderung der Auszahlungsquote für die sonstigen psychotherapeutischen Leistungen (nicht antrags- und genehmigungspflichtige Psychotherapie) diesen Wert nicht überschreiten.
  - c. Sofern eine Überschreitung bei der Veränderung der Auszahlungsquote der sonstigen psychotherapeutischen Leistungen von 2,5 Prozentpunkte erfolgt, ist das Überschreitungs-volumen ausschließlich von den an den Selektivverträgen teilnehmenden Ärzten und Psychotherapeuten durch Absenkung derer Auszahlungsquote für alle psychotherapeutischen Leistungen zu tragen.
  - d. Die Kassenärztliche Vereinigung kann darüber hinaus eine Bereinigung der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze vornehmen.
9. Die Kassenärztlichen Vereinigungen können die Finanzierung ihrer gesetzlichen Aufgaben entsprechend berücksichtigen.

## Teil G

### im Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband

---

#### Vorgaben zur Vergütung von Leistungen der Humangenetik (genetisches Labor)

**beschlossen am 11. März 2014 mit Wirkung zum 1. Oktober 2013<sup>6</sup>  
sowie angepasst am 21. Oktober 2014 mit Wirkung zum 3. Quartal 2014<sup>7</sup>**

Die Vergütung der Leistungen der Humangenetik (GOP 11220 sowie 11320 bis 11322 und Abschnitt 11.4 EBM), erfolgt – sofern die entsprechenden Leistungen gemäß den regionalen Gesamtverträgen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) zu vergüten sind – wie folgt: Jede Kassenärztliche Vereinigung bildet jeweils einen versorgungsbereichsspezifischen Grundbetrag „genetisches Labor“ (aus Finanzmitteln des fachärztlichen Versorgungsbereichs), aus dem das Vergütungsvolumen für bereichseigene Versicherte für genetisches Labor bestimmt wird.

Für die Vergütung der Leistungen des genetischen Labors (GOP 11220 sowie 11320 bis 11322 und Abschnitt 11.4 EBM) wird durch die Kassenärztliche Vereinigung der Grundbetrag „genetisches Labor“ und das Vergütungsvolumen wie folgt ermittelt.

Auswirkungen der Selektivverträge auf die Höhe des Vergütungsvolumens des Grundbetrages „genetisches Labor“ werden entsprechend berücksichtigt.

#### **1. Erstmalige Bestimmung des Ausgangswertes und des Vergütungsvolumens für genetisches Labor (im Zeitraum vom 4. Quartal 2013 bis 3. Quartal 2014)**

**1.1** Für die erstmalige Bestimmung des Ausgangswertes für den Grundbetrag „genetisches Labor“ werden im Zeitraum vom 4. Quartal 2013 bis zum 3. Quartal 2014 die folgenden Werte auf Basis des jeweiligen Vorjahresquartals bestimmt:

- die zutreffende morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV für die entsprechende Behandlung bzw. Untersuchung von Material bereichseigener Versicherter durch bereichseigene und bereichsfremde Vertragsärzte) für die Leistungen des genetischen Labors (GOP 11320 bis 11322 und Abschnitt 11.4 EBM) und
- der für die Behandlung und Untersuchung bereichseigener Versicherter angeforderte Leistungsbedarf gemäß Euro-Gebührenordnung multipliziert mit dem Faktor 0,85.

Als Ausgangswert für den Grundbetrag „genetisches Labor“ ist im Zeitraum vom 4. Quartal 2013 bis zum 3. Quartal 2014 der kleinere der beiden Werte zu verwenden.

Abweichend davon ist bei der Bestimmung des versorgungsbereichsspezifischen Grundbetrags „genetisches Labor“ des 3. Quartals 2014 als Ausgangswert für das 3. Quartal 2015 eine Trendfortschreibung der zugrunde zu legenden Kennzahlen Honorar und Leistungsbedarf gemäß Euro-Gebührenordnung vorzunehmen. Dazu werden die Werte der beiden Kennzahlen des 3. Quartals 2012 jeweils mit einem Faktor, der die

---

<sup>6</sup> Die Änderung der KBV-Vorgaben erfolgt rückwirkend zum 1. Oktober 2013. Soweit diese Vorgaben von einer Kassenärztlichen Vereinigung nicht mehr bei der Honorarverteilung für das 4. Quartal 2013 und/oder 1. Quartal 2014 berücksichtigt werden können, sind die Vorgaben spätestens mit Wirkung zum 1. April 2014 umzusetzen. Eine nachträgliche Korrektur für bereits vorgenommene Trennungen ist nicht vorzunehmen, für diese gelten die jeweils zum Zeitpunkt der Berechnungen gültigen Versionen der KBV-Vorgaben. Für die Zertifizierung der Grundbeträge ab dem 1. Oktober 2013 und damit der Ausgangswerte für die nachfolgenden Perioden sind die rückwirkend angepassten Vorgaben maßgeblich.

<sup>7</sup> Eine nachträgliche Korrektur für bereits vorgenommene Trennungen ist nicht vorzunehmen, für diese gelten die jeweils zum Zeitpunkt der Berechnungen gültigen Versionen der KBV-Vorgaben. Für die Zertifizierung der Grundbeträge ab dem 1. Juli 2014 und damit der Ausgangswerte für die nachfolgenden Perioden sind die rückwirkend angepassten Vorgaben maßgeblich.

Veränderungen der jeweiligen Kennzahl für die Summe der Quartale 1, 2 und 4 des Jahres 2012 gegenüber der Summe der Quartale 1, 2 und 4 des Jahres 2013 abbildet, multipliziert. Die so bestimmten Werte für Honorar und Leistungsbedarf gemäß Euro-Gebührenordnung sind in der Berechnung gemäß Satz 1 zu verwenden.

- 1.2 Im Zeitraum vom 4. Quartal 2013 bis 3. Quartal 2014 ist eine Anpassung des regionalen Punktwerts gemäß § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V und im Zeitraum vom 1. Quartal 2014 bis 3. Quartal 2014 die vereinbarte Veränderungsrate gemäß § 87a Abs. 4 Satz 3 SGB sowie zusätzliche spezifische Steigerungen aufgrund der entsprechend für Leistungen des Grundbetrags „genetisches Labor“ vereinbarten Anpassungen gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 bis 5 SGB V zu berücksichtigen.
- 1.3 Aus der Division des gemäß 1.1 und 1.2 bestimmten Ausgangswertes durch die im Vorjahresquartal tatsächlich verwendete Anzahl der Versicherten ergibt sich je Abrechnungsquartal der Grundbetrag „genetisches Labor“.
- 1.4 Aus der Multiplikation des Grundbetrags „genetisches Labor“ mit der Anzahl der Versicherten, die im aktuellen Abrechnungsquartal bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs verwendet werden, entsteht das Vergütungsvolumen für die Leistungen des genetischen Labors.

## **2. Regelhafte Bestimmung des Ausgangswertes und Bildung des Vergütungsvolumens für genetisches Labor (ab dem Quartal 4/2014)**

- 2.1 Nach der erstmaligen Bestimmung des Grundbetrags und des Vergütungsvolumens „genetisches Labor“ im Zeitraum vom 4. Quartal 2013 bis 3. Quartal 2014 gemäß 1. erfolgt ab dem 4. Quartal 2014 die Bestimmung durch Fortschreibung des Grundbetrags „genetisches Labor“ des Vorjahresquartals mittels Multiplikation mit der vereinbarten Veränderungsrate gemäß § 87a Abs. 4 Satz 3 SGB. Für den Fall einer Anpassung des regionalen Punktwerts gemäß § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V ist diese zu berücksichtigen.
- 2.2 Zusätzliche spezifische Steigerungen des Grundbetrags „genetisches Labor“ für das aktuelle Abrechnungsquartal ergeben sich aufgrund der entsprechend für Leistungen dieses Grundbetrags vereinbarten Anpassungen gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 bis 5 SGB V.
- 2.3 Aus der Multiplikation des Grundbetrages „genetisches Labor“ mit der Anzahl der Versicherten, die im aktuellen Abrechnungsquartal bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs verwendet werden, entsteht das Vergütungsvolumen für die Leistungen des genetischen Labors.

### *Anmerkung:*

*Die gemäß Nr. 1.1 für die Leistungen des genetischen Labors zutreffende morbiditätsbedingte Gesamtvergütung entspricht dem diesen Bereich zugeordneten Honorar abzüglich des Saldos aus den Forderungen für Leistungen dieses Bereichs bei bereichsfremden Versicherten durch bereichseigene Vertragsärzte und den Verbindlichkeiten für Leistungen dieses Bereichs bei bereichseigenen Versicherten durch bereichsfremde Vertragsärzte.*

## Teil H

### im Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband

---

#### Vorgabe zur Ermittlung des versorgungsbereichsspezifischen Grundbetrags für die Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung „PFG“

beschlossen am 11. März 2014 mit Wirkung zum 1. Oktober 2013<sup>8</sup>

#### 1. Erstmalige Bestimmung des versorgungsbereichsspezifischen Grundbetrags „PFG“ (Zeitraum 1. Oktober 2013 bis 30. September 2014)

Für die erstmalige quartalsweise Bestimmung des versichertenbezogenen versorgungsbereichsspezifischen Grundbetrags im fachärztlichen Versorgungsbereich für die Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung (Grundbetrag „PFG“) werden vom 1. Oktober 2013 bis 30. September 2014 die folgenden Finanzmittel verwendet:

1.1 Für den Zeitraum vom 1. Oktober 2013 bis 30. September 2014 wird die Höhe des auf den fachärztlichen Versorgungsbereich entfallenden Anteils an dem je KV-Bezirk im jeweiligen Quartal des Jahres 2013 bereitgestellten Betrags gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses zur Anpassung der kassenspezifischen Aufsatzwerte des bereinigten Behandlungsbedarfs in seiner 295. Sitzung<sup>9</sup> verwendet. Der sich ergebende Betrag wird im Zeitraum vom 1. Januar 2014 bis 30. September 2014 mit der Veränderungsrate gemäß § 87a Abs. 4 Satz 3 SGB V, gegebenenfalls zusätzlich erfolgter Steigerungen gemäß § 87a Abs. 4 Satz 4 SGB V, der Anpassung des regionalen Punktwertes gemäß § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V und der Veränderungsrate gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 bis 5 SGB V des aktuellen Abrechnungsquartals multipliziert sowie durch die bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs im Vorjahresquartal tatsächlich verwendete Anzahl der Versicherten dividiert und mit der im aktuellen Abrechnungsquartal verwendete Anzahl der Versicherten multipliziert.

1.2 Die Höhe des je KV-Bezirk quartalsweise bereitgestellten Betrags gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 302. Sitzung<sup>10</sup>. Für das 3. Quartal 2014 ist der Betrag des 3. Quartals 2013 zu verwenden. Der sich ergebende Betrag wird im Zeitraum vom 1. Juli 2014 bis 30. September 2014 mit der Veränderungsrate gemäß § 87a Abs. 4 Satz 3 SGB V, gegebenenfalls zusätzlich erfolgter Steigerungen gemäß § 87a Abs. 4 Satz 4 SGB V, der Anpassung des regionalen Punktwertes gemäß § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V und der Veränderungsrate gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 bis 5 SGB V des aktuellen Abrechnungsquartals multipliziert sowie durch die bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs im Vorjahresquartal tatsächlich verwendete Anzahl der Versicherten dividiert und mit der im aktuellen Abrechnungsquartal verwendete Anzahl der Versicherten multipliziert.

1.3 Die Finanzmittel, die aufgrund des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner

---

<sup>8</sup> Die Änderung der KBV-Vorgaben erfolgt rückwirkend zum 1. Oktober 2013. Soweit diese Vorgaben von einer Kassenärztlichen Vereinigung nicht mehr bei der Honorarverteilung für das 4. Quartal 2013 und/oder 1. Quartal 2014 berücksichtigt werden können, sind die Vorgaben spätestens mit Wirkung zum 1. April 2014 umzusetzen. Eine nachträgliche Korrektur für bereits vorgenommene Trennungen ist nicht vorzunehmen, für diese gelten die jeweils zum Zeitpunkt der Berechnungen gültigen Versionen der KBV-Vorgaben. Für die Zertifizierung der Grundbeträge ab dem 1. Oktober 2013 und damit der Ausgangswerte für die nachfolgenden Perioden sind die rückwirkend angepassten Vorgaben maßgeblich.

<sup>9</sup> Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 295. Sitzung am 18. Dezember 2012 zur Anpassung der kassenspezifischen Aufsatzwerte des bereinigten Behandlungsbedarfs mit Wirkung zum 18. Dezember 2012

<sup>10</sup> Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 302. Sitzung zu Empfehlungen gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 SGB V und § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V i. V. m. § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 SGB V sowie zur Anpassung der kassenspezifischen Aufsatzwerte des bereinigten Behandlungsbedarfs gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 SGB V und der Anteile der einzelnen Krankenkassen gemäß § 87a Abs. 4 Satz 2 SGB V.

297. Sitzung zur Änderung des Wirtschaftlichkeitsbonus nach der Gebührenordnungsposition 32001 eingespart werden, soweit sie gemäß Teil B (gültig ab dem 1. Oktober 2013), Nr. 2.2.2 dem Grundbetrag „PFG“ zugeführt werden. Der sich ergebende Betrag wird mit der Veränderungsrate gemäß § 87a Abs. 4 Satz 3 SGB V, gegebenenfalls zusätzlich erfolgter Steigerungen gemäß § 87a Abs. 4 Satz 4 SGB V, der Anpassung des regionalen Punktwertes gemäß § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V und der Veränderungsrate gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 bis 5 SGB V des aktuellen Abrechnungsquartals multipliziert sowie durch die bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs im Vorjahresquartal tatsächlich verwendete Anzahl der Versicherten dividiert und mit der im aktuellen Abrechnungsquartal verwendete Anzahl der Versicherten multipliziert.
- 1.4 Aus dem fachärztlichen Versorgungsbereich sind im Zeitraum vom 1. Oktober 2013 bis 30. September 2014 die gesamten Finanzmittel, die sich aus der quartalsweisen Anwendung der Veränderungsrate gemäß § 87a Abs. 4 Satz 3 und § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 bis 5 SGB V des Jahres 2013 auf die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung des fachärztlichen Versorgungsbereichs ( $VV_{FÄ}$  gemäß der bis zum 30. September 2013 gültigen KBV-Vorgaben, Teil B, Schritt 23 unter Abzug der Finanzmittel gemäß Teil B, 2.1, 2. Absatz, letzter Satz in der MGV-Abgrenzung des aktuellen Quartals ggf. zzgl. Rückstellungen unter Berücksichtigung der Korrekturen in Teil B, 2.2.1 und Teil B, 3.7) des jeweiligen Quartals des Jahres 2013 ergeben haben, zu verwenden. Der sich ergebende Betrag wird im Zeitraum vom 1. Januar 2014 bis 30. September 2014 mit der Veränderungsrate gemäß § 87a Abs. 4 Satz 3 SGB V, gegebenenfalls zusätzlich erfolgter Steigerungen gemäß § 87a Abs. 4 Satz 4 SGB V, der Anpassung des regionalen Punktwertes gemäß § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V und der Veränderungsrate gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 bis 5 SGB V des aktuellen Abrechnungsquartals multipliziert. Im Zeitraum vom 1. Oktober 2013 bis 30. September 2014 wird dieser Betrag durch die bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs im Vorjahresquartal tatsächlich verwendete Anzahl der Versicherten dividiert und mit der im aktuellen Abrechnungsquartal verwendete Anzahl der Versicherten multipliziert.
- 1.5 Es besteht die Möglichkeit, zusätzliche Finanzmittel aus gesamtvertraglichen Regelungen für die Bestimmung des Grundbetrags „PFG“ zu verwenden. Soweit diese Finanzmittel im Rahmen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und nicht ausdrücklich für die Finanzierung der PFG vereinbart werden, erfolgt die Verwendung ausschließlich zu Lasten des fachärztlichen Grundbetrags.
- 1.6 Für das 1. bis 3. Quartal 2014 basiswirksam die Hälfte des Betrags, der sich quartalsweise aufgrund der Steigerungsrate gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 319. Sitzung ergibt.

Das sich ergebene Vergütungsvolumen wird durch die bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs im aktuellen Abrechnungsquartal verwendete Anzahl der Versicherten dividiert, sodass sich der versichertenbezogene Grundbetrag „PFG“ ergibt.

## **2. Fortschreibung des Grundbetrags „PFG“ (ab 1. Oktober 2014)**

Der Grundbetrag „PFG“ wird ab dem 1. Oktober 2014 nach dem folgenden Verfahren basiswirksam fortgeschrieben:

- 2.1 Der Grundbetrag „PFG“ des Vorjahresquartals wird unter Verwendung der vereinbarten Veränderungsrate gemäß § 87a Abs. 4 Satz 3 SGB V gesteigert. Für den Fall einer Anpassung des regionalen Punktwertes gemäß § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V ist diese zu berücksichtigen.
- 2.2 Zusätzliche spezifische Steigerungen des Grundbetrags „PFG“ des aktuellen Abrechnungsquartals ergeben sich aufgrund der entsprechend für den Grundbetrag vereinbarten Anpassungen gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 bis 5 SGB V.
- 2.3 Das Vergütungsvolumen ergibt sich durch die Multiplikation des Grundbetrags „PFG“



mit der bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs im aktuellen Abrechnungsquartal verwendeten Anzahl der Versicherten.

- 2.4 Auswirkungen der Selektivverträge auf die Höhe des Vergütungsvolumens des versorgungsbereichsspezifischen Grundbetrags „PFG“ werden entsprechend berücksichtigt.

**3. Korrektur des Grundbetrags „PFG“  
(Zeitraum 1. Oktober 2014 bis 31. Dezember 2014)**

Für das 4. Quartal 2014 ist der Grundbetrag „PFG“ um die Hälfte des Betrags basiswirksam zu erhöhen, der sich aufgrund der Steigerungsrate gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 319. Sitzung ergibt, dividiert durch die Anzahl der Versicherten, die im aktuellen Abrechnungsquartal bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs verwendet werden.

Diese Finanzmittel sind erst ab dem 1. Januar 2015 gemäß 2. fortzuschreiben.

## Teil B bis 30. September 2013

im Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenverband

### Vorgabe zur Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung – Berechnung des Verteilungsvolumens eines Versorgungsbereichs (VV<sub>VB</sub>)

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

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

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

- b) Dabei ist der Subtrahend  $TVG_1^{Quartal}$  auf Null zu setzen.
- c) Der für die Ausdeckelung der psychotherapeutischen Leistungen gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses zu den bereinigenden Aufsatzwerten<sup>11</sup> gesamtvertraglich vereinbarte Abzug von dem trennungsrelevanten versorgungsbereichsübergreifenden Verteilungsvolumen erfolgt nach Trennung.

**Übergangsregelung für den Zeitraum vom 1. Juli 2013 bis zum 30. September 2013 zur Umsetzung des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 302. Sitzung am 19. März 2013<sup>12</sup>:**

I. Ausdeckelung der nephrologischen Leistungen

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

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

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

<sup>11</sup> Beschluss des Bewertungsausschusses zu den Vorgaben für ein Verfahren zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs in den durch das SGB V vorgesehenen Fällen und zur Ermittlung der Aufsatzwerte nach § 87a Abs. 4 Satz 1 SGB V und der Anteile der einzelnen Krankenkassen nach § 87a Abs. 4 Satz 2 SGB V sowie Empfehlungen gem. § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 SGB V und § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V i.V.m. § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Jahr 2013 in seiner 288. Sitzung am 22. Oktober 2012 Nr. 2.2.1,9. Absatz, Nr. 18.).

<sup>12</sup> Beschluss des Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 302. Sitzung am 19. März 2013 zu Empfehlungen gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 SGB V und § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V i. V. m. § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 SGB V sowie zur Anpassung der kassenspezifischen Aufsatzwerte des bereinigten Behandlungsbedarfs gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 SGB V und der Anteile der einzelnen Krankenkassen gemäß § 87a Abs. 4 Satz 2 SGB V.

## **Anhang**

### **zu Teil B bis 30. September 2013**

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

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

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

**mit Wirkung zum 1. Juli 2012<sup>13</sup> bis zum 30. September 2013**

### **Vorgabe zur Berechnung des versor- gungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumens**

Die Kassenärztlichen Vereinigungen ermitteln mit Wirkung ab dem 3. Abrechnungs-  
quartal 2010 in jedem Abrechnungsquartal aus der für das Quartal zutreffenden kassen-  
übergreifenden unbereinigten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung das versorgungsbe-  
reichsspezifische Verteilungsvolumen mit folgenden Schritten.

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

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

#### **Ermittlung des Trennungsfaktors**

**Schritt 1.)** Feststellung der für die Abrechnungsquartale 1./2009 und 2./2009 insge-  
samt zutreffenden kassenübergreifenden morbiditätsbedingten Gesamtvergü-  
tung (MGV für bereichseigene und bereichsfremde Vertragsärzte und -  
psychotherapeuten) gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschus-  
ses in seiner 15. Sitzung am 2. September 2009, Beschluss Teil B, Nr. 6. ins-  
gesamt für die im Abrechnungsquartal zutreffende Anzahl der Versicherten al-  
ler Krankenkassen mit Wohnsitz im Bereich des Bezirks der jeweiligen Kas-  
senärztlichen Vereinigung, für alle Vertragsärzte und -psychotherapeuten,  
MVZ, ermächtigten Ärzte, Einrichtungen, Krankenhäuser und Institutionen, für  
diejenigen ärztlichen Leistungen und Kostenerstattungen, die in der kassen-  
übergreifenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gemäß Beschluss des  
Erweiterten Bewertungsausschusses vom 2. September 2009 enthalten sind.

( = MGV<sup>2009</sup> )

<sup>13</sup> Soweit diese Änderungen von einer Kassenärztlichen Vereinigung nicht mehr bei der Honorarverteilung für das 3. Quartal 2012 berücksichtigt werden können, sind die Vorgaben spätestens mit Wirkung zum 1. Oktober 2012 umzusetzen.

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

( = TVG<sup>12009</sup> )

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

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

( = TVG<sup>22009</sup> )

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

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

( = TVG<sup>32009</sup> )

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

( = TVG<sup>42009</sup> )

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

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

**[Formel 1]**

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

$$( = \text{MGV}_{\text{HÄ}}^{2009} )$$

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**[Formel 2]**

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

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

$$\text{TVG}_{2\text{HÄ}}^{2009} = \text{LAB}_{\text{HÄ}}^{2007} / \text{LAB}^{2007} \times \text{LAB}^{2009} - \text{LFKZ}_{\text{HÄ}}^{2009}$$

**[Formel 3]**

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

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

$$\text{TVG}_{2\text{HÄ}}^{2009} = \text{LAB}_{\text{HÄ}}^{2007} \times 1,049 - \text{LFKZ}_{\text{HÄ}}^{2009}$$

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

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

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

**[Formel 4]**

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

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

**[Formel 5]**

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

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

**[Formel 6]**

**Schritt 15)** Ermittlung des Trennungsfaktors.

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

**[Formel 7]**

***Ermittlung des trennungsrelevanten versorgungsbereichsübergreifenden Verteilungsvolumens in einem Abrechnungsquartal***

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

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



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

$$TVG_1^{\text{Quartal}} = VG_{V,J,Q} (\text{Kap. 35.2 EBM}) \times VR + 0,001722 \times MG_{KV}^{\text{Quartal}}$$

**[Formel 8]**

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

- a. Brutto-Leistungsbedarf in Punkten im jeweiligen Quartal im Jahr 2008<sup>14</sup> entsprechend der Datenlieferung „ARZTRG87c4“ für
- die Konsiliar- und Grundpauschale für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin, ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin (GOP 12210 und 12220 EBM) unter Berücksichtigung des Anpassungsfaktors für die GOP 12220 gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 7. Sitzung vom 27./28. August 2008, Teil A, Nr. 2.4, in Höhe von 0,6407.
  - die Grundpauschale (GOP 01310, 01311, 01312) bzw. die Konsiliarpauschale (GOP 12210) für zur Abrechnung von Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM ermächtigte Ärzte, Einrichtungen, Krankenhäuser und Institutionen,
  - die GOP 32001 nach Anwendung der Regelungen in den Ziffern 1. ff. zu den Abschnitten 32.2 und 32.3 EBM,
  - Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM.

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

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

<sup>14</sup> Vorgehen bei wirksamer Bereinigung: Sofern im Aufsatzzeitraum 2008 aufgrund von Selektivverträgen keine vollständigen Daten zum Leistungsbereich vorliegen, sind zur Bemessung der zutreffenden MGV die Leistungshäufigkeiten der letztverfügbaren vollständigen Abrechnungsquartale unter Beachtung der Bewertung der Leistungen im Jahr 2008 zu verwenden.

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

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

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

**[Formel 9]**

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

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

**[Formel 10]**

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

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

**[Formel 11]**

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

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

**[Formel 12]**

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

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

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

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

**[Formel 14]**

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

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

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

**[Formel 15]**

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

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

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

**[Formel 16]**

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

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

**[Formel 17]**

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

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

**[Formel 18]**

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

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

**Schritt 29.)** Ermittlung des fachärztlichen Verteilungsvolumens nach Konvergenz

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

**[Formel 19]**

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

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

## **ANLAGE 2: Arztgruppen zur Festsetzung des Regelleistungsvolumens, der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina sowie sonstiger Vergütungsbereiche**

### **1. Für Regelleistungsvolumen der KV Berlin relevante Arztgruppen**

#### **1.1 Hausärztlicher Versorgungsbereich:**

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

#### **1.2 Fachärztlicher Versorgungsbereich:**

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

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

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

## **ANLAGE 2: Arztgruppen zur Festsetzung des Regelleistungsvolumens, der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina sowie sonstiger Vergütungsbereiche**

### **2. Psychotherapeutische Fachgruppen**

#### **2.1 Fachärztlicher Versorgungsbereich:**

AG-Nr.	Arztgruppe (AG)
61	Psychologische Psychotherapeuten
62	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
63	Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
64	andere ausschließlich psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte gemäß den Kriterien der Bedarfsplanungsrichtlinien

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

#### **3.1 Hausärztlicher Versorgungsbereich:**

AG-Nr.	Arztgruppe (AG)
73	Pflegeheime

#### **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	ausschließlich psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte (90%) (für Leistungen, die nicht Kap. 35.2 sind)
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)

## ANLAGE 3: Berechnung der Vergütungsanteile RLV, QZV, BVV

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

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

$LB_{AG}^{RLV}$	Zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannter Leistungsbedarf in Punkten in 2008 derjenigen Leistungen, die innerhalb der Regelleistungsvolumen vergütet werden, ggf. unter Berücksichtigung der Anpassungsfaktoren gemäß ANLAGE 4 HVM
$LB_{VB}$	Zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannter Leistungsbedarf der MGV in Punkten in 2008 ohne Leistungen gemäß § 3 Nrn. 1, 2, 5 und 6, § 5 Abs. 2 Nrn. 2 und 5 sowie § 6 Abs. 2 Nr. 2-5 HVM, ggf. multipliziert mit den Anpassungsfaktoren gemäß ANLAGE 4 HVM
AG:	Arztgruppe gemäß ANLAGE 2 Nr. 1 HVM
$VV_{VB}^{RLV}$	Versorgungsbereichsspezifisches RLV-Verteilungsvolumen gemäß §§ 5 und 6 HVM.

---

#### Anmerkung:

Bei der Berechnung des arztgruppenspezifischen Regelleistungsvolumens der AG 15 wird das arztgruppenspezifische Verteilungsvolumen im ersten Halbjahr eines Jahres aufgrund der Einführung des Hautkrebscreenings zum 3. Quartal 2008 auf Basis des ersten Halbjahres 2009 ermittelt.

## ANLAGE 3: Berechnung der Vergütungsanteile RLV, QZV, BVV

### 2. Berechnung des Vergütungsbereichs je qualifikationsgebundenem Zusatzvolumen für jede Arztgruppe gemäß ANLAGE 6 HVM ( $QZV_{AG}^i$ )

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

$LB_{AG}^i$	Zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannter Leistungsbedarf in Punkten in 2008 einer Arztgruppe derjenigen Leistungen, die innerhalb eines qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen i vergütet werden ggf. multipliziert mit den Anpassungsfaktoren gemäß ANLAGE 4 HVM.
$LB_{VB}$	Zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannter Leistungsbedarf der MGV in Punkten in 2008 ohne Leistungen gemäß § 3 Nrn. 1, 2, 5 und 6 HVM, § 5 Abs. 2 Nrn. 2 und 5 HVM sowie § 6 Abs. 2 Nr. 2-5 HVM, ggf. multipliziert mit den Anpassungsfaktoren gemäß ANLAGE 4 HVM
AG	Arztgruppe gemäß ANLAGE 2, Nr. 1 HVM
i	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen einer Arztgruppe gemäß ANLAGE 6 HVM
$VV_{VB}^{RLV}$	Versorgungsbereichsspezifisches RLV-Verteilungsvolumen gemäß §§ 5 und 6 HVM.

---

#### Anmerkung:

Abweichend von der Berechnungsvorschrift in Nr. 2 wird für die Berechnung des QZV 48 für die AGen 01, 04, 06 und 07 der zu berücksichtigende Leistungsbedarf in Punkten derjenigen Leistungen, die innerhalb des qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen vergütet werden, aus dem jeweiligen Quartal des Jahres 2007 ermittelt.



## ANLAGE 3: Berechnung der Vergütungsanteile RLV, QZV, BVV

### 3. Berechnung des Vergütungsbereichs je besonderen Verteilungsvolumen (BVV)

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

- $LB_{BVV}^o$  Zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannter Leistungsbedarf in Punkten in 2008 derjenigen Leistungen, die innerhalb eines besonderen Verteilungsvolumen vergütet werden.
- $LB_{VB}$  Zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannter Leistungsbedarf der MGV in Punkten in 2008 ohne Leistungen gemäß § 3 Nr. 1-3 HVM, § 5 Nr. 3 HVM sowie § 6 Nr. 3-7 HVM, ggf. multipliziert mit den Anpassungsfaktoren gemäß ANLAGE 4 HVM
- o Besonderes Verteilungsvolumen gemäß § 7 Abs. 2 HVM
- $VV_{VB}^{RLV}$  Versorgungsbereichsspezifisches RLV-Verteilungsvolumen gemäß §§ 5 und 6 HVM.

---

#### Anmerkung:

Abweichend von der Berechnungsvorschrift in Nr. 3 wird für des besondere Verteilungsvolumens zur Vergütung der GOP 06225 gemäß § 7 Abs. 2 Nr. 9 HVM quartalsweise der anerkannte Leistungsbedarf ( $LB_{BVV}^o$ ) entsprechend der nachfolgenden Tabelle festgeschrieben.

1. Quartal	2. Quartal	3. Quartal	4. Quartal
59.957.041,7 Punkte	62.343.879,5 Punkte	55.967.337,5 Punkte	60.571.970 Punkte

Bei der Berechnung des arztgruppenspezifischen Regelleistungsvolumens der AG 09 verringern diese Punktzahlen entsprechend den Faktor ( $LB_{09}^{RLV}$ ), also den Leistungsbedarf in Punkten des Jahres 2008 derjenigen Leistungen, die innerhalb des Regelleistungsvolumens der AG 09 vergütet werden.

## ANLAGE 4: Anpassungsfaktoren je Arztgruppen zur Festsetzung des Regelleistungs-/QZV-Volumens

### 1. Hausärztlicher Versorgungsbereich:

Arztgruppe	RLV / QZV	Anpassungs-FAKTOR
01	1	1,1733
01	51	1,2944
01	53	1,3223
01	85	1,3636
01	86	1,3954
04	RLV	1,0298
04	51	1,2944
04	85	1,3636
04	86	1,3954
06	RLV	1,0298
06	51	1,2944
06	85	1,3636
06	86	1,3954
07	RLV	1,0298
07	51	1,2944
07	85	1,3636
07	86	1,3954

### 2. Fachärztlicher Versorgungsbereich:

Arztgruppe	RLV / QZV	Anpassungs-FAKTOR
08	1	1,1733
08	51	1,2944
08	53	1,3223
08	85	1,3636
08	86	1,3954
09	85	1,3636
09	86	1,3954
10	RLV	0,9974
10	1	1,1733
10	85	1,3636
10	86	1,3954
11	1	1,1733
11	85	1,3636
11	86	1,3954
12	RLV	0,9761
12	51	1,2944
12	85	1,3636
12	86	1,3954
13	RLV	0,9761
13	51	1,2944
13	85	1,3636
13	86	1,3954
14	RLV	1,0633

**ANLAGE 4: Anpassungsfaktoren je Arztgruppen zur Festsetzung des Regelleistungs-/QZV-Volumens**

Arztgruppe	RLV / QZV	Anpassungs-FAKTOR
14	45	1,2063
14	51	1,2944
14	85	1,3636
14	86	1,3954
15	RLV	0,9801
15	51	1,2944
15	85	1,3636
15	86	1,3954
16	85	1,3636
16	86	1,3954
17	1	1,1733
17	51	1,2944
17	53	1,3223
17	85	1,3636
17	86	1,3954
18	85	1,3636
18	86	1,3954
19	RLV	0,9978
19	85	1,3636
19	86	1,3954
20	85	1,3636
20	86	1,3954
21	85	1,3636
21	86	1,3954
22	85	1,3636
22	86	1,3954
23	RLV	0,9989
23	45	1,2063
23	85	1,3636
23	86	1,3954
24	1	1,1733
24	85	1,3636
24	86	1,3954
25	85	1,3636
25	86	1,3954
26	RLV	1,2425
26	85	1,3636
26	86	1,3954
27	RLV	0,9327
27	85	1,3636
27	86	1,3954
28	RLV	1,3858
28	1	1,1733
28	53	1,3223
28	85	1,3636
28	86	1,3954

**ANLAGE 4: Anpassungsfaktoren je Arztgruppen zur Festsetzung des Regelleistungs-/QZV-Volumens**

Arztgruppe	RLV / QZV	Anpassungs-FAKTOR
29	RLV	1,2425
29	85	1,3636
29	86	1,3954
30	34	1,1706
30	85	1,3636
30	86	1,3954
31	1	1,1733
31	51	1,2944
31	53	1,3223
31	85	1,3636
31	86	1,3954
32	RLV	1,0413
32	51	1,2944
32	85	1,3636
32	86	1,3954
33	34	1,1706
33	85	1,3636
33	86	1,3954
34	85	1,3636
34	86	1,3954
35	85	1,3636
35	86	1,3954
36	RLV	0,9359
36	51	1,2944
36	85	1,3636
36	86	1,3954
37	1	1,1733
37	53	1,3223
37	85	1,3636
37	86	1,3954
39	1	1,1733
39	51	1,2944
39	53	1,3223
39	85	1,3636
39	86	1,3954
88	1	1,1733
88	51	1,2944
88	53	1,3223
88	85	1,3636
88	86	1,3954

Bei den nicht aufgeführten RLV/QZV beträgt der Anpassungsfaktor 1,000.

## **ANLAGE 5: Berechnung der Regelleistungsvolumina, der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina, des Morbifaktors sowie des Zuschlags für Gemeinschaftspraxen**

### **1. Berechnung des arztgruppenspezifischen Fallwertes**

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

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

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

### **2. Berechnung des arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumens**

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

$FW_{AG}$  Arztgruppenspezifischer Fallwert gemäß 1.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**ANLAGE 5: Berechnung der Regelleistungsvolumina, der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina, des Morbifaktors sowie des Zuschlags für Gemeinschaftspraxen**

**n<sub>f</sub>** = Zahl der RLV-Fälle eines Arztes für die Behandlung von Versicherten bis zum vollendeten 5. Lebensjahr im Vorjahr

**n<sub>g</sub>** = Zahl der RLV-Fälle eines Arztes für die Behandlung von Versicherten ab dem 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr im Vorjahr

**n<sub>h</sub>** = Zahl der RLV-Fälle eines Arztes für die Behandlung von Versicherten ab dem 60. Lebensjahr im Vorjahr

**n** = Zahl der RLV-Fälle eines Arztes im Vorjahr

Das Regelleistungsvolumen eines Arztes wird mit dem folgenden Faktor multipliziert:

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

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

**ANLAGE 5: Berechnung der Regelleistungsvolumina, der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina, des Morbifaktors sowie des Zuschlags für Gemeinschaftspraxen**

**4. Berücksichtigung kooperativer Behandlung von Patienten in dafür gebildeten Versorgungsformen gemäß Vorgabe der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß § 87b Abs. 4 SGB V**

Für eine angemessene Berücksichtigung der kooperativen Behandlung von Patienten in dafür vorgesehenen Versorgungsformen wird zur Förderung der gemeinsamen vertragsärztlichen Versorgung das zu erwartende praxisbezogene Regelleistungsvolumen gemäß § 9 Abs. 5 HVM

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.

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

4. Dabei ist der Kooperationsgrad wie folgt definiert: Kooperationsgrad (KG) je Abrechnungsquartal in Prozent =  $(\text{relevante Arztfallzahl der Arztpraxis im Vorjahresquartal} / \text{Zahl der relevanten Behandlungsfälle im Vorjahresquartal}) - 1) * 100$ .

## **ANLAGE 5: Berechnung der Regelleistungsvolumina, der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina, des Morbifaktors sowie des Zuschlags für Gemeinschaftspraxen**

### **5. Berechnung des Fallwertes für ein qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen**

$QZV_{AG}^i$ : Vergütungsbereich für ein qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen einer

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

Arztgruppe gemäß Anlage 6.

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

i: qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen einer Arztgruppe gemäß Anlage 6 HVM

### **6. Berechnung des qualifikationsgebundenen Zusatzvolumens eines Arztes**

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

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



**ANLAGE 6: Qualitätsgebundenes Zusatzvolumen**

QZV-Nr.	QZV	RLV-AG	AG	GOP	FALLZÄHLUNG	
					Leistungsfall	RLV-Fall
1	Akupunktur	Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören	01	30790, 30791	L	
1	Akupunktur	Fachärzte für Anästhesiologie	08	30790, 30791		R
1	Akupunktur	Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	17	30790, 30791		R
1	Akupunktur	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie	24	30790, 30791		R
1	Akupunktur	Fachärzte für Nervenheilkunde	28	30790, 30791		R
1	Akupunktur	Fachärzte für Orthopädie	31	30790, 30791		R
1	Akupunktur	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie	39	30790, 30791		R
1	Akupunktur	Fachärzte für Anästhesiologie	88	30790, 30791		R
1	Akupunktur	Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie	10	30790, 30791		R
1	Akupunktur	Fachärzte für Neurochirurgie	11	30790, 30791		R
1	Akupunktur	Fachärzte für Physikalisch-Rehabilitative Medizin	37	30790, 30791	L	
2	Allergologie	Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören	01	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123	L	
2	Allergologie	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	04	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123		R
2	Allergologie	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	06	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123		R
2	Allergologie	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	07	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123		R
2	Allergologie	Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten	15	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123		R

**ANLAGE 6: Qualitätsgebundenes Zusatzvolumen**

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

**ANLAGE 6: Qualitätsgebundenes Zusatzvolumen**

QZV-Nr.	QZV	RLV-AG	AG	GOP	FALLZÄHLUNG	
					Leistungsfall	RLV-Fall
4	Behandlung von Hämorrhoiden	Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie	10	30610, 30611		R
4	Behandlung von Hämorrhoiden	Fachärzte für Neurochirurgie	11	30610, 30611		R
5	Betreuung neurologisch bzw. psychisch Kranker im sozialen Umfeld	Fachärzte für Nervenheilkunde	28	16230, 16231, 21230, 21231		R
6	Betreuung psychisch Kranker im sozialen Umfeld	Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie	29	21230, 21231		R
8	Bronchoskopie	Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	14	09315, 09316		R
8	Bronchoskopie	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie	23	13662, 13663, 13664, 13670	L	
9	Chirotherapie	Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören	01	30200, 30201	L	
9	Chirotherapie	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie	24	30200, 30201		R
9	Chirotherapie	Fachärzte für Nervenheilkunde	28	30200, 30201		R
9	Chirotherapie	Fachärzte für Orthopädie	31	30200, 30201		R
9	Chirotherapie	Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie	10	30200, 30201		R
9	Chirotherapie	Fachärzte für Neurochirurgie	11	30200, 30201		R
10	CT	Fachärzte für Diagnostische Radiologie	33	34310, 34311, 34312, 34320, 34321, 34322, 34330, 34340, 34341, 34342, 34343, 34344, 34345, 34350, 34351, 34360, 34502, 34504, 34505	L	
11	Dermatologische Lasertherapie	Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten	15	10320, 10322, 10324		R
12	Dringende Besuche	Fachärzte für Anästhesiologie	08	01411, 01412		R
12	Dringende Besuche	Fachärzte für Augenheilkunde (konservativ tätig)	09	01411, 01412		R
12	Dringende Besuche	Fachärzte für Frauenheilkunde	12	01411, 01412		R
12	Dringende Besuche	Fachärzte für Frauenheilkunde mit fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	13	01411, 01412		R
12	Dringende Besuche	Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	14	01411, 01412		R

**ANLAGE 6: Qualitätsgebundenes Zusatzvolumen**

QZV-Nr.	QZV	RLV-AG	AG	GOP	FALLZÄHLUNG	
					Leistungsfall	RLV-Fall
12	Dringende Besuche	Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten	15	01411, 01412		R
12	Dringende Besuche	Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	17	01411, 01412		R
12	Dringende Besuche	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie	19	01411, 01412		R
12	Dringende Besuche	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/ Onkologie	20	01411, 01412		R
12	Dringende Besuche	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie	21	01411, 01412		R
12	Dringende Besuche	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie und invasiver Tätigkeit	22	01411, 01412		R
12	Dringende Besuche	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie	24	01411, 01412		R
12	Dringende Besuche	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Nephrologie	25	01411, 01412		R
12	Dringende Besuche	Fachärzte für Nervenheilkunde	28	01411, 01412		R
12	Dringende Besuche	Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie	29	01411, 01412		R
12	Dringende Besuche	Fachärzte für Orthopädie	31	01411, 01412		R
12	Dringende Besuche	Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie	32	01411, 01412	L	
12	Dringende Besuche	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie	39	01411, 01412		R
12	Dringende Besuche	Fachärzte für Anästhesiologie	88	01411, 01412		R
12	Dringende Besuche	Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie	10	01411, 01412		R
12	Dringende Besuche	Fachärzte für Neurochirurgie	11	01411, 01412		R
13	Elektroophthalmologie	Fachärzte für Augenheilkunde (konservativ tätig)	09	06312		R
14	Ergometrie	Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören	01	03321	L	
14	Ergometrie	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	04	04321		R
14	Ergometrie	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	06	04321		R

**ANLAGE 6: Qualitätsgebundenes Zusatzvolumen**

QZV-Nr.	QZV	RLV-AG	AG	GOP	FALLZÄHLUNG	
					Leistungsfall	RLV-Fall
14	Ergometrie	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	07	04321		R
15	Fluoreszenzangiographie	Fachärzte für Augenheilkunde (konservativ tätig)	09	06331		R
16	Gastroenterologie I	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/ Onkologie	20	13400, 13401, 13402, 13410, 13411, 13412		R
16	Gastroenterologie I	Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie	10	13400, 13401, 13402, 13410, 13411, 13412		R
16	Gastroenterologie I	Fachärzte für Neurochirurgie	11	13400, 13401, 13402, 13410, 13411, 13412		R
17	Gastroenterologie II	Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie	10	13420, 13662, 13663, 13664, 13670		R
17	Gastroenterologie II	Fachärzte für Neurochirurgie	11	13420, 13662, 13663, 13664, 13670		R
18	Geburtshilfe	Fachärzte für Frauenheilkunde	12	08231		R
18	Geburtshilfe	Fachärzte für Frauenheilkunde mit fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	13	08231		R
19	Histologie	Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten	15	19310, 19311, 19312, 19315, 19320		R
20	Hyposensibilisierungsbehandlung	Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören	01	30130		R
20	Hyposensibilisierungsbehandlung	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	04	30130		R
20	Hyposensibilisierungsbehandlung	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	06	30130		R
20	Hyposensibilisierungsbehandlung	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	07	30130		R
20	Hyposensibilisierungsbehandlung	Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten	15	30130		R
20	Hyposensibilisierungsbehandlung	Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	17	30130		R
20	Hyposensibilisierungsbehandlung	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie	19	30130		R
20	Hyposensibilisierungsbehandlung	Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie	32	30130	L	
20	Hyposensibilisierungsbehandlung	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie	23	30130		R
21	Inkontinenzbehandlung	Fachärzte für Frauenheilkunde	12	08310, 08311		R

**ANLAGE 6: Qualitätsgebundenes Zusatzvolumen**

QZV-Nr.	QZV	RLV-AG	AG	GOP	FALLZÄHLUNG	
					Leistungsfall	RLV-Fall
21	Inkontinenzbehandlung	Fachärzte für Frauenheilkunde mit fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	13	08310, 08311		R
22	Interventionelle Radiologie	Fachärzte für Diagnostische Radiologie	33	01530, 01531, 34283, 34284, 34285, 34286, 34287	L	
22	Interventionelle Radiologie	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie	39	01530, 01531, 34283, 34284, 34285, 34286, 34287		R
23	Invasive Kardiologie	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie	22	01520, 01521, 34291, 34292	L	
23	Invasive Kardiologie	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie	39	01520, 01521, 34291, 34292		R
24	Kardiorespiratorische Polygraphie	Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören	01	30900	L	
24	Kardiorespiratorische Polygraphie	Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	17	30900		R
24	Kardiorespiratorische Polygraphie	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie	19	30900		R
24	Kardiorespiratorische Polygraphie	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie	21	30900		R
24	Kardiorespiratorische Polygraphie	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie und invasiver Tätigkeit	22	30900		R
24	Kardiorespiratorische Polygraphie	Fachärzte für Nervenheilkunde	28	30900		R
24	Kardiorespiratorische Polygraphie	Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie	29	30900		R
24	Kardiorespiratorische Polygraphie	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie	39	30900		R
25	Kleinchirurgie	Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	17	02300, 02301, 02302, 02310		R

**ANLAGE 6: Qualitätsgebundenes Zusatzvolumen**

QZV-Nr.	QZV	RLV-AG	AG	GOP	FALLZÄHLUNG	
					Leistungsfall	RLV-Fall
25	Kleinchirurgie	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie	39	02300, 02301, 02302, 02310		R
26	Kontaktlinsenanpassung	Fachärzte für Augenheilkunde (konservativ tätig)	09	06340, 06341, 06342, 06343		R
27	Kontrolle Herzschrittmacher	Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	17	13552		R
27	Kontrolle Herzschrittmacher	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie	19	13552		R
27	Kontrolle Herzschrittmacher	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie	39	13552		R
28	Kurative Mammographie	Fachärzte für Frauenheilkunde	12	34270, 34271, 34272, 34273		R
28	Kurative Mammographie	Fachärzte für Frauenheilkunde mit fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	13	34270, 34271, 34272, 34273		R
28	Kurative Mammographie	Fachärzte für Diagnostische Radiologie	33	34270, 34271, 34272, 34273	L	
30	Langzeit-Blutdruckmessung	Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören	01	03324		R
30	Langzeit-Blutdruckmessung	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	04	04324		R
30	Langzeit-Blutdruckmessung	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	06	04324		R
30	Langzeit-Blutdruckmessung	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	07	04324		R
31	Langzeit-EKG	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	04	04241, 04322		R
31	Langzeit-EKG	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	06	04241, 04322		R
31	Langzeit-EKG	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	07	04241, 04322		R
31	Langzeit-EKG	Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	17	13252, 13253		R
31	Langzeit-EKG	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie	19	13252, 13253		R
31	Langzeit-EKG	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie	39	13252, 13253		R
32	Mamma-Sonographie, Stanzbiopsie	Fachärzte für Frauenheilkunde	12	08320, 33041	L	

**ANLAGE 6: Qualitätsgebundenes Zusatzvolumen**

QZV-Nr.	QZV	RLV-AG	AG	GOP	FALLZÄHLUNG	
					Leistungsfall	RLV-Fall
32	Mamma-Sonographie, Stanzbiopsie	Fachärzte für Frauenheilkunde mit fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	13	08320, 33041	L	
33	MRT	Fachärzte für Nuklearmedizin	30	34410, 34411, 34420, 34421, 34422, 34430, 34431, 34440, 34441, 34442, 34450, 34451, 34452, 34460		R
33	MRT	Fachärzte für Diagnostische Radiologie	33	34410, 34411, 34420, 34421, 34422, 34430, 34431, 34440, 34441, 34442, 34450, 34451, 34452, 34460	L	
34	MRT-Angiographie	Fachärzte für Nuklearmedizin	30	34470, 34475, 34480, 34485, 34486, 34489, 34490, 34492		R
34	MRT-Angiographie	Fachärzte für Diagnostische Radiologie	33	34470, 34475, 34480, 34485, 34486, 34489, 34490, 34492	L	
35	Narkosen bei Geburtshilfe	Fachärzte für Anästhesiologie	08	05360, 05361, 05370, 05371, 05372		R
35	Narkosen bei Geburtshilfe	Fachärzte für Anästhesiologie	88	05360, 05361, 05370, 05371, 05372		R
36	Narkosen bei zahnärztlicher Behandlung	Fachärzte für Anästhesiologie	08	05330, 05331, 05340, 05341, 05350	L	
36	Narkosen bei zahnärztlicher Behandlung	Fachärzte für Anästhesiologie	88	05330, 05331, 05340, 05341, 05350	L	
38	Neurophysiologische Übungsbehandlung	Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	26	30300, 30301		R
38	Neurophysiologische Übungsbehandlung	Fachärzte für Nervenheilkunde	28	30300, 30301		R
38	Neurophysiologische Übungsbehandlung	Fachärzte für Orthopädie	31	30300, 30301		R
38	Neurophysiologische Übungsbehandlung	Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie	32	30300, 30301	L	
39	Osteodensitometrie	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie	24	34600		R
39	Osteodensitometrie	Fachärzte für Orthopädie	31	34600		R
39	Osteodensitometrie	Fachärzte für Diagnostische Radiologie	33	34600	L	
40	Otoakustische Emissionen	Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie	32	20324, 20327, 20340	L	



**ANLAGE 6: Qualitätsgebundenes Zusatzvolumen**

QZV-Nr.	QZV	RLV-AG	AG	GOP	FALLZÄHLUNG	
					Leistungsfall	RLV-Fall
41	Phlebologie	Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören	01	30500, 30501	L	
41	Phlebologie	Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten	15	30500, 30501		R
41	Phlebologie	Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	17	30500, 30501		R
41	Phlebologie	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie	19	30500, 30501		R
41	Phlebologie	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie	39	30500, 30501		R
41	Phlebologie	Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie	10	30500, 30501	L	
41	Phlebologie	Fachärzte für Neurochirurgie	11	30500, 30501	L	
42	Phoniatrie, Pädaudiologie	Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie	32	20330, 20331, 20332, 20333, 20335, 20336	L	
44	Physikalische Therapie	Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören	01	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421	L	
44	Physikalische Therapie	Fachärzte für Frauenheilkunde	12	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 30431		R
44	Physikalische Therapie	Fachärzte für Frauenheilkunde mit fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	13	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 30431		R
44	Physikalische Therapie	Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten	15	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 30431		R
44	Physikalische Therapie	Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	17	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421		R
44	Physikalische Therapie	Fachärzte für Nervenheilkunde	28	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421		R

**ANLAGE 6: Qualitätsgebundenes Zusatzvolumen**

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

**ANLAGE 6: Qualitätsgebundenes Zusatzvolumen**

QZV-Nr.	QZV	RLV-AG	AG	GOP	FALLZÄHLUNG	
					Leistungsfall	RLV-Fall
46	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie	39	01510, 01511, 01512		R
46	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	Fachärzte für Anästhesiologie	88	01510, 01511, 01512		R
46	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie	10	01510, 01511, 01512		R
46	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	Fachärzte für Neurochirurgie	11	01510, 01511, 01512		R
47	Proktologie	Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören	01	03331, 30600, 30601	L	
47	Proktologie	Fachärzte für Frauenheilkunde	12	08333, 08334, 30600, 30601		R
47	Proktologie	Fachärzte für Frauenheilkunde mit fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	13	08333, 08334, 30600, 30601		R
47	Proktologie	Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten	15	30600, 30601		R
47	Proktologie	Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	17	13257, 30600, 30601		R
47	Proktologie	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie	19	13257, 30600, 30601		R
47	Proktologie	Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie	10	30600, 30601		R
47	Proktologie	Fachärzte für Neurochirurgie	11	30600, 30601		R
48	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören	01	35100, 35110, 35111, 35113, 35120		R
48	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	04	35100, 35110, 35111, 35113, 35120		R
48	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	06	35100, 35110, 35111, 35113, 35120		R

**ANLAGE 6: Qualitätsgebundenes Zusatzvolumen**

QZV-Nr.	QZV	RLV-AG	AG	GOP	FALLZÄHLUNG	
					Leistungsfall	RLV-Fall
48	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	07	35100, 35110, 35111, 35113, 35120		R
48	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	Fachärzte für Anästhesiologie	08	35100, 35110, 35111, 35113, 35120		R
48	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	Fachärzte für Augenheilkunde (konservativ tätig)	09	35100, 35110, 35111, 35113, 35120		R
48	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	Fachärzte für Frauenheilkunde	12	35100, 35110, 35111, 35113, 35120		R
48	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	Fachärzte für Frauenheilkunde mit fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	13	35100, 35110, 35111, 35113, 35120		R
48	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten	15	35100, 35110, 35111, 35113, 35120		R
48	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	17	35100, 35110, 35111, 35113, 35120		R
48	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie	19	35100, 35110, 35111, 35113, 35120		R
48	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/ Onkologie	20	35100, 35110, 35111, 35113, 35120		R
48	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie	21	35100, 35110, 35111, 35113, 35120		R
48	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie und invasiver Tätigkeit	22	35100, 35110, 35111, 35113, 35120		R
48	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie	24	35100, 35110, 35111, 35113, 35120		R
48	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	Fachärzte für Nervenheilkunde	28	35100, 35110, 35111, 35113, 35120		R
48	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie	29	35100, 35110, 35111, 35113, 35120		R
48	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	Fachärzte für Orthopädie	31	35100, 35110, 35111, 35113, 35120		R
48	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie	32	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	L	

**ANLAGE 6: Qualitätsgebundenes Zusatzvolumen**

QZV-Nr.	QZV	RLV-AG	AG	GOP	FALLZÄHLUNG	
					Leistungsfall	RLV-Fall
48	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	Fachärzte für Urologie	36	35100, 35110, 35111, 35113, 35120		R
48	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie	39	35100, 35110, 35111, 35113, 35120		R
48	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	Fachärzte für Anästhesiologie	88	35100, 35110, 35111, 35113, 35120		R
48	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie	10	35100, 35110, 35111, 35113, 35120		R
48	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	Fachärzte für Neurochirurgie	11	35100, 35110, 35111, 35113, 35120		R
48	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	Fachärzte für Physikalisch-Rehabilitative Medizin	37	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	L	
49	Reproduktionsmedizin	Fachärzte für Frauenheilkunde	12	08230		R
49	Reproduktionsmedizin	Fachärzte für Frauenheilkunde mit fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	13	08230		R
50	Richtlinienpsychotherapie I	Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören	01	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	L	
50	Richtlinienpsychotherapie I	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	04	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150		R
50	Richtlinienpsychotherapie I	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	06	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150		R
50	Richtlinienpsychotherapie I	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	07	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150		R
50	Richtlinienpsychotherapie I	Fachärzte für Anästhesiologie	08	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150		R
50	Richtlinienpsychotherapie I	Fachärzte für Frauenheilkunde	12	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150		R
50	Richtlinienpsychotherapie I	Fachärzte für Frauenheilkunde mit fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	13	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150		R
50	Richtlinienpsychotherapie I	Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten	15	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150		R

**ANLAGE 6: Qualitätsgebundenes Zusatzvolumen**

QZV-Nr.	QZV	RLV-AG	AG	GOP	FALLZÄHLUNG	
					Leistungsfall	RLV-Fall
50	Richtlinienpsychotherapie I	Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	17	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150		R
50	Richtlinienpsychotherapie I	Fachärzte für Nervenheilkunde	28	35130, 35131, 35140, 35141, 35142,		R
50	Richtlinienpsychotherapie I	Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie	29	35130, 35131, 35140, 35141, 35142,		R
50	Richtlinienpsychotherapie I	Fachärzte für Orthopädie	31	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150		R
50	Richtlinienpsychotherapie I	Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie	32	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	L	
50	Richtlinienpsychotherapie I	Fachärzte für Urologie	36	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150		R
50	Richtlinienpsychotherapie I	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie	39	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150		R
50	Richtlinienpsychotherapie I	Fachärzte für Anästhesiologie	88	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150		R
52	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören	01	30710, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760	L	
52	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	Fachärzte für Anästhesiologie	08	30710, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760	L	
52	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	14	30710, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760		R
52	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	17	30710, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760		R
52	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/ Onkologie	20	30710, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760		R

**ANLAGE 6: Qualitätsgebundenes Zusatzvolumen**

QZV-Nr.	QZV	RLV-AG	AG	GOP	FALLZÄHLUNG	
					Leistungsfall	RLV-Fall
52	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie	24	30710, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760		R
52	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	Fachärzte für Nervenheilkunde	28	30710, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760		R
52	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	Fachärzte für Orthopädie	31	30710, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760		R
52	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie	39	30710, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760		R
52	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	Fachärzte für Anästhesiologie	88	30710, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760	L	
52	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie	10	30710, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760		R
52	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	Fachärzte für Neurochirurgie	11	30710, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760		R
52	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	Fachärzte für Physikalisch-Rehabilitative Medizin	37	30710, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760		R
53	Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	Fachärzte für Neurochirurgie	11	30700, 30702, 30704, 30708	L	
53	Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören	01	30700, 30702, 30704, 30708	L	
53	Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	Fachärzte für Anästhesiologie	08	30700, 30702, 30708	L	

**ANLAGE 6: Qualitätsgebundenes Zusatzvolumen**

QZV-Nr.	QZV	RLV-AG	AG	GOP	FALLZÄHLUNG	
					Leistungsfall	RLV-Fall
53	Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	17	30700, 30702, 30704, 30708	L	
53	Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	Fachärzte für Nervenheilkunde	28	30700, 30702, 30704, 30708	L	
53	Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	Fachärzte für Orthopädie	31	30700, 30702, 30704, 30708	L	
53	Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie	39	30700, 30702, 30704, 30708	L	
53	Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	Fachärzte für Anästhesiologie	88	30700, 30702, 30708	L	
53	Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	Fachärzte für Physikalisch-Rehabilitative Medizin	37	30700, 30702, 30704, 30708	L	
54	Schwangerschaftsabbruch	Fachärzte für Anästhesiologie	08	01903, 01910, 01913		R
54	Schwangerschaftsabbruch	Fachärzte für Anästhesiologie	88	01903, 01910, 01913		R
55	Sonographie Haut	Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten	15	33080, 33081		R
56	Sonographie I	Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören	01	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	L	
56	Sonographie I	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	04	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092		R
56	Sonographie I	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	06	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092		R
56	Sonographie I	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	07	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092		R
56	Sonographie I	Fachärzte für Augenheilkunde (konservativ tätig)	09	33000, 33001, 33002, 33011		R
56	Sonographie I	Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	17	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092		R



**ANLAGE 6: Qualitätsgebundenes Zusatzvolumen**

QZV-Nr.	QZV	RLV-AG	AG	GOP	FALLZÄHLUNG	
					Leistungsfall	RLV-Fall
56	Sonographie I	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie	21	33000, 33001, 33002, 33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092		R
56	Sonographie I	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie und invasiver Tätigkeit	22	33000, 33001, 33002, 33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092		R
56	Sonographie I	Fachärzte für Nuklearmedizin	30	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092		R
56	Sonographie I	Fachärzte für Orthopädie	31	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092		R
56	Sonographie I	Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie	32	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	L	
56	Sonographie I	Fachärzte für Diagnostische Radiologie	33	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	L	
56	Sonographie I	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie	39	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092		R
56	Sonographie I	Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie	10	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092		R
56	Sonographie I	Fachärzte für Neurochirurgie	11	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092		R
57	Sonographie II	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	04	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040		R
57	Sonographie II	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	06	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040		R

**ANLAGE 6: Qualitätsgebundenes Zusatzvolumen**

QZV-Nr.	QZV	RLV-AG	AG	GOP	FALLZÄHLUNG	
					Leistungsfall	RLV-Fall
57	Sonographie II	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	07	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040		R
57	Sonographie II	Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	17	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040		R
57	Sonographie II	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie	19	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040		R
57	Sonographie II	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/ Onkologie	20	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040		R
57	Sonographie II	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie	24	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040		R
57	Sonographie II	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Nephrologie	25	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040		R
57	Sonographie II	Fachärzte für Nuklearmedizin	30	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040		R
57	Sonographie II	Fachärzte für Diagnostische Radiologie	33	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040	L	
57	Sonographie II	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie	39	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040		R
58	Sonographie III	Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören	01	33060, 33061, 33062	L	
58	Sonographie III	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	04	33060, 33061, 33062, 33076		R
58	Sonographie III	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	06	33060, 33061, 33062, 33076		R
58	Sonographie III	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	07	33060, 33061, 33062, 33076		R
58	Sonographie III	Fachärzte für Frauenheilkunde	12	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076		R
58	Sonographie III	Fachärzte für Frauenheilkunde mit fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	13	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076		R

**ANLAGE 6: Qualitätsgebundenes Zusatzvolumen**

QZV-Nr.	QZV	RLV-AG	AG	GOP	FALLZÄHLUNG	
					Leistungsfall	RLV-Fall
58	Sonographie III	Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten	15	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076		R
58	Sonographie III	Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	17	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076		R
58	Sonographie III	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie	19	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076		R
58	Sonographie III	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/ Onkologie	20	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076		R
58	Sonographie III	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie	21	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076		R
58	Sonographie III	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie und invasiver Tätigkeit	22	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076		R
58	Sonographie III	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie	24	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076		R
58	Sonographie III	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Nephrologie	25	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076		R
58	Sonographie III	Fachärzte für Nervenheilkunde	28	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	L	
58	Sonographie III	Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie	29	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076		R
58	Sonographie III	Fachärzte für Nuklearmedizin	30	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076		R

**ANLAGE 6: Qualitätsgebundenes Zusatzvolumen**

QZV-Nr.	QZV	RLV-AG	AG	GOP	FALLZÄHLUNG	
					Leistungsfall	RLV-Fall
58	Sonographie III	Fachärzte für Diagnostische Radiologie	33	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	L	
58	Sonographie III	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie	39	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076		R
58	Sonographie III	Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie	10	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	L	
58	Sonographie III	Fachärzte für Neurochirurgie	11	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	L	
59	Soziotherapie	Fachärzte für Nervenheilkunde	28	30810, 30811		R
59	Soziotherapie	Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie	29	30810, 30811		R
60	Spirometrie	Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören	01	03330		R
60	Spirometrie	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	04	04330		R
60	Spirometrie	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	06	04330		R
60	Spirometrie	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	07	04330		R
62	Teilradiologie	Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	14	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503		R

**ANLAGE 6: Qualitätsgebundenes Zusatzvolumen**

QZV-Nr.	QZV	RLV-AG	AG	GOP	FALLZÄHLUNG	
					Leistungsfall	RLV-Fall
62	Teilradiologie	Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	17	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503		R
62	Teilradiologie	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie	19	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503		R
62	Teilradiologie	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/ Onkologie	20	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503		R

**ANLAGE 6: Qualitätsgebundenes Zusatzvolumen**

QZV-Nr.	QZV	RLV-AG	AG	GOP	FALLZÄHLUNG	
					Leistungsfall	RLV-Fall
62	Teilradiologie	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie	21	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503		R
62	Teilradiologie	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie und invasiver Tätigkeit	22	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503		R
62	Teilradiologie	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie	23	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503	L	

**ANLAGE 6: Qualitätsgebundenes Zusatzvolumen**

QZV-Nr.	QZV	RLV-AG	AG	GOP	FALLZÄHLUNG	
					Leistungsfall	RLV-Fall
62	Teilradiologie	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie	24	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503		R
62	Teilradiologie	Fachärzte für Nuklearmedizin	30	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503		R
62	Teilradiologie	Fachärzte für Orthopädie	31	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503		R

**ANLAGE 6: Qualitätsgebundenes Zusatzvolumen**

QZV-Nr.	QZV	RLV-AG	AG	GOP	FALLZÄHLUNG	
					Leistungsfall	RLV-Fall
62	Teilradiologie	Fachärzte für Diagnostische Radiologie	33	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503	L	
62	Teilradiologie	Fachärzte für Urologie	36	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503	L	
62	Teilradiologie	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie	39	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503		R



**ANLAGE 6: Qualitätsgebundenes Zusatzvolumen**

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

**ANLAGE 6: Qualitätsgebundenes Zusatzvolumen**

QZV-Nr.	QZV	RLV-AG	AG	GOP	FALLZÄHLUNG	
					Leistungsfall	RLV-Fall
63	Ulcus cruris, CVI	Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie	10	02312, 02313	L	
63	Ulcus cruris, CVI	Fachärzte für Neurochirurgie	11	02312, 02313	L	
64	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	Fachärzte für Anästhesiologie	08	01100, 01101, 01102		R
64	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	Fachärzte für Augenheilkunde (konservativ tätig)	09	01100, 01101, 01102		R
64	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	Fachärzte für Frauenheilkunde	12	01100, 01101, 01102		R
64	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	Fachärzte für Frauenheilkunde mit fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	13	01100, 01101, 01102		R
64	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	14	01100, 01101, 01102		R
64	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten	15	01100, 01101, 01102		R
64	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	17	01100, 01101, 01102		R
64	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie	19	01100, 01101, 01102		R
64	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/ Onkologie	20	01100, 01101, 01102		R
64	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie	21	01100, 01101, 01102		R
64	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie und invasiver Tätigkeit	22	01100, 01101, 01102		R
64	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie	24	01100, 01101, 01102		R
64	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Nephrologie	25	01100, 01101, 01102		R
64	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	Fachärzte für Nervenheilkunde	28	01100, 01101, 01102		R

**ANLAGE 6: Qualitätsgebundenes Zusatzvolumen**

QZV-Nr.	QZV	RLV-AG	AG	GOP	FALLZÄHLUNG	
					Leistungsfall	RLV-Fall
64	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie	29	01100, 01101, 01102		R
64	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	Fachärzte für Nuklearmedizin	30	01102		R
64	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	Fachärzte für Orthopädie	31	01100, 01101, 01102		R
64	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie	32	01100, 01101, 01102	L	
64	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	Fachärzte für Urologie	36	01100, 01101, 01102		R
64	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie	39	01100, 01101, 01102		R
64	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	Fachärzte für Anästhesiologie	88	01100, 01101, 01102		R
64	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie	10	01100, 01101, 01102		R
64	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	Fachärzte für Neurochirurgie	11	01100, 01101, 01102		R
65	Verordnung medizinischer Rehabilitation	Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten	15	01611		R
65	Verordnung medizinischer Rehabilitation	Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	17	01611		R
65	Verordnung medizinischer Rehabilitation	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie	19	01611		R
65	Verordnung medizinischer Rehabilitation	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/ Onkologie	20	01611		R
65	Verordnung medizinischer Rehabilitation	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie	21	01611		R
65	Verordnung medizinischer Rehabilitation	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie	22	01611		R
65	Verordnung medizinischer Rehabilitation	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie	24	01611		R

**ANLAGE 6: Qualitätsgebundenes Zusatzvolumen**

QZV-Nr.	QZV	RLV-AG	AG	GOP	FALLZÄHLUNG	
					Leistungsfall	RLV-Fall
65	Verordnung medizinischer Rehabilitation	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Nephrologie	25	01611		R
65	Verordnung medizinischer Rehabilitation	Fachärzte für Nervenheilkunde	28	01611		R
65	Verordnung medizinischer Rehabilitation	Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie	29	01611		R
65	Verordnung medizinischer Rehabilitation	Fachärzte für Orthopädie	31	01611		R
65	Verordnung medizinischer Rehabilitation	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie	39	01611		R
65	Verordnung medizinischer Rehabilitation	Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie	10	01611		R
65	Verordnung medizinischer Rehabilitation	Fachärzte für Physikalisch-Rehabilitative Medizin	37	01611		R
65	Verordnung medizinischer Rehabilitation	Fachärzte für Neurochirurgie	11	01611		R
66	Zytologie	Fachärzte für Frauenheilkunde	12	01826, 19310, 19311, 19312		R
66	Zytologie	Fachärzte für Frauenheilkunde mit fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	13	01826, 19310, 19311, 19312		R
66	Zytologie	Fachärzte für Urologie	36	01826, 19310, 19311, 19312		R
80	Sonographie mit Kontrastmittel	Fachärzte für Frauenheilkunde	12	08341		R
81	Zuschläge zur Sonographie	Fachärzte für Frauenheilkunde	12	33091, 33092		R
82	Anlegen und Durchführung Langzeit-EKG	Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören	01	03322		R
83	Auswertung Langzeit- EKG	Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören	01	03241		R
87	Leistungen Kap. 4.4	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	04	04410, 04418, 04419, 04420, 04430, 04431, 04433, 04434, 04435, 04436, 04437, 04439, 04441, 04442, 04443	L	

**ANLAGE 6: Qualitätsgebundenes Zusatzvolumen**

QZV-Nr.	QZV	RLV-AG	AG	GOP	FALLZÄHLUNG	
					Leistungsfall	RLV-Fall
87	Leistungen Kap. 4.4	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	06	04410, 04418, 04419, 04420, 04430, 04431, 04433, 04434, 04435, 04436, 04437, 04439, 04441, 04442, 04443	L	
87	Leistungen Kap. 4.4	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	07	04410, 04418, 04419, 04420, 04430, 04431, 04433, 04434, 04435, 04436, 04437, 04439, 04441, 04442, 04443	L	
88	Leistungen Kap. 4.5	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	04	04511, 04512, 04513, 04516, 04517, 04521, 04523, 04525, 04527, 04530, 04532, 04534, 04535, 04536, 04537, 04550, 04551, 04580	L	
88	Leistungen Kap. 4.5	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	06	04511, 04512, 04513, 04516, 04517, 04521, 04523, 04525, 04527, 04530, 04532, 04534, 04535, 04536, 04537, 04550, 04551, 04580	L	
88	Leistungen Kap. 4.5	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	07	04511, 04512, 04513, 04516, 04517, 04521, 04523, 04525, 04527, 04530, 04532, 04534, 04535, 04536, 04537, 04550, 04551, 04580	L	
89	Ösophagogastroduodenoskopie	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie	19	13400		R
90	Funktionelle Entwicklungstherapie	Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	26	14310, 14311		R
91	Messung Blinkreflex, Neurophysiologische Untersuchung, Zuschlag für elektrophysiologische Leistungen	Fachärzte für Nervenheilkunde	28	16320, 16321, 16322	L	
92	Lumbalpunktion	Fachärzte für Nervenheilkunde	28	02342	L	
93	Auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörung	Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie	32	20370, 35300, 35301	L	
94	Praxisklinische Tagesbetreuung	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/ Onkologie	20	01510, 01511, 01512		R
94	Praxisklinische Tagesbetreuung	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie	24	01510, 01511, 01512		R

**ANLAGE 6: Qualitätsgebundenes Zusatzvolumen**

QZV-Nr.	QZV	RLV-AG	AG	GOP	FALLZÄHLUNG	
					Leistungsfall	RLV-Fall
95	Sonographie IV	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	04	33041, 33063, 33064, 33051		R
95	Sonographie IV	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	06	33041, 33063, 33064, 33051		R
95	Sonographie IV	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	07	33041, 33063, 33064, 33051		R
96	Bluttransfusion	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/ Onkologie	20	02110, 02111		R
98	Oberbauchsonographie	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Endokrinologie	18	33042	L	
99	Schilddrüsenszintigraphie	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Endokrinologie	18	17320	L	
100	Myokardszintigraphie	Fachärzte für Nuklearmedizin	30	17330, 17331, 17332, 17333	L	
101	Objektive Stimmanalyse	Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie	32	20351, 20352	L	
102	SPECT-Zuschlag bei Einkopfkamera und Doppel-Mehrkopfkamera	Fachärzte für Nuklearmedizin	30	17362, 17363	L	
105	Leistungen der Nuklearmedizin (Kap. 17 EBM)	Fachärzte für Diagnostische Radiologie	33	17210, 17214, 17310, 17311, 17312, 17320, 17321, 17330, 17331, 17332, 17333, 17340, 17341, 17350, 17351, 17360, 17361, 17362, 17363, 17370, 17371, 17372, 17373	L	
107	Mamma-Sonographie	Fachärzte für Diagnostische Radiologie	33	33041	L	
108	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung (TENS)	Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören	01	30712	L	
108	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung (TENS)	Fachärzte für Anästhesiologie	08	30712	L	
108	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung (TENS)	Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	14	30712		R
108	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung (TENS)	Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	17	30712		R
108	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung (TENS)	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/ Onkologie	20	30712		R

**ANLAGE 6: Qualitätsgebundenes Zusatzvolumen**

QZV-Nr.	QZV	RLV-AG	AG	GOP	FALLZÄHLUNG	
					Leistungsfall	RLV-Fall
108	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung (TENS)	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie	24	30712		R
108	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung (TENS)	Fachärzte für Nervenheilkunde	28	30712		R
108	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung (TENS)	Fachärzte für Orthopädie	31	30712		R
108	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung (TENS)	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie	39	30712		R
108	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung (TENS)	Fachärzte für Anästhesiologie	88	30712	L	
108	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung (TENS)	Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie	10	30712		R
108	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung (TENS)	Fachärzte für Neurochirurgie	11	30712		R
108	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung (TENS)	Fachärzte für Physikalisch-Rehabilitative Medizin	37	30712		R
111	Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	Fachärzte für Anästhesiologie	8	30704	L	
111	Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	Fachärzte für Anästhesiologie	88	30704	L	

## **ANLAGE 7: Bereinigung der Regelleistungsvolumina und der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina**

Die KV Berlin bereinigt die Regelleistungsvolumina und die qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina gemäß § 87b Abs. 4 SGB V:

### **1. Allgemeine Grundsätze:**

- (1) Maßgeblich für die Bereinigung der Regelleistungsvolumina und der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina sind die Bereinigungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.
- (2) Die Bereinigung der Regelleistungsvolumina und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina 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 der Regelleistungsvolumina und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina sind ausschließlich die kollektivvertraglichen Honorarregelungen nach den §§ 83, 85 und 87a SGB V der Partner der Gesamtverträge heranzuziehen.
- (4) nicht besetzt
- (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) nicht besetzt
- (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 MGVBereinigungen auf die Höhe der Vergütungsvolumina gemäß § 3 Nrn. 1, 2, 5 und 6 HVM, der Rückstellungen sowie der Vorwegabzüge gemäß § 5 Abs. 2 Nr. 2 bis 5, § 6 Abs. 2 Nr. 2 bis 7 HVM sowie der besonderen Verteilungsvolumina gemäß § 7 Abs. 1 Nr. 3 HVM werden entsprechend ihrer Anteile berücksichtigt.

### **2. Ermittlung der RLV- und QZV-Bereinigungsvolumina:**

Der MGVBereinigungsbetrag wird anteilig auf die von der Bereinigung betroffenen Vergütungsvolumina gemäß § 3 Nrn. 1, 5 und 6 HVM, § 5 Abs. 2 Nr. 2 bis 5 HVM, § 6 Abs. 2 Nr. 2 bis 7 HVM und § 7 HVM verteilt.

Als Verteilungsmaßstab dient das Honorar je Vergütungsvolumen nach § 3 Nrn. 1, 2, 5 und 6 HVM, § 5 Abs. 2 Nr. 2 bis 5 HVM, § 6 Abs. 2 Nr. 2 bis 7 HVM und § 7 HVM aus den entsprechenden Basisquartalen, die zur Berechnung der unbereinigten Vergütungsvolumina herangezogen wurden. Das zu bereinigende Honorarvolumen wird anschließend ins Verhältnis zur Summe dieser Honorarvolumina gesetzt. Die einzelnen Bereinigungsbeträge werden nach diesen Anteilsverhältnissen aufgeteilt.



## **ANLAGE 7: Bereinigung der Regelleistungsvolumina und der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina**

Die Bereinigungsbeträge gemäß § 7 Abs. 1 Nr. 2 HVM werden je bereinigungsrelevanter Arztgruppe insgesamt über alle zu bereinigenden QZVi gemäß ANLAGE 6 HVM ermittelt.

### **3. Bereinigung der RLV-QZV-Volumina**

- (1) Für die Bereinigung der RLV-QZV-Volumina ist der auf die Teilvergütungsvolumina gemäß § 7 Abs. 1 Nr. 1 und 2 HVM entfallende Bereinigungsbetrag je bereinigungsrelevanter Arztgruppe maßgeblich.
- (2) Bei der Bereinigung aufgrund von Selektivverträgen werden die je Selektivvertrag, Krankenkasse und Arztgruppe ermittelten RLV-QZV-Bereinigungsbeträge auf die je Vertrag und Krankenkasse gemeldeten Selektivvertragsversicherten aufgeteilt. Das zu bereinigende RLV-QZV-Volumen eines am Selektivvertrag teilnehmenden Arztes ergibt sich, in dem der nach Absatz 2 ermittelte Bereinigungsbetrag je Selektivversicherten mit der Anzahl eingeschriebener Selektivversicherter multipliziert wird und vom unbereinigten RLV-QZV-Volumen des Arztes abgezogen wird. Die Bereinigung der auf die Teilvergütungsvolumina gemäß § 7 Abs. 1 Nr. 1 und 2 HVM entfallenden Bereinigungsbeträge aus Selektivverträgen mit situativer Einschreibung bzw. aufgrund von MGV-Bereinigungen zur Versorgung von bestimmten Versicherten außerhalb des Kollektivvertrages erfolgt grundsätzlich entsprechend. Dies gilt nicht, wenn aufgrund derzeit noch nicht veröffentlichter gesetzlicher Vorgaben, insbesondere im Hinblick auf die Bereinigung der MGV um Leistungen, die Bestandteil der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung sind, eine hiervon abweichende Bereinigung der RLV-QZV-Volumina erforderlich wird. Für diesen Fall wird ein diesen gesetzlichen Vorgaben entsprechendes Bereinigungsverfahren beschlossen.

### **4. Beendigung eines bereinigten Selektivvertrages**

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