

Ihr Regelleistungsvolumen (RLV) stellt einen Teil Ihres Einkommens aus der vertragsärztlichen Tätigkeit dar. Daneben gibt es eine Reihe von Leistungen, die zusätzlich zum RLV vergütet werden. Die Finanzierung dieser Leistungen erfolgt entweder aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung oder aus Geldern, die die Krankenkassen für jede erbrachte Leistung zusätzlich bereitstellen.

Ihr Honorar setzt sich aus vier Säulen zusammen:

1. Regelleistungsvolumen (RLV) inkl. Qualifikationsgebundene Zusatzvolumen (QZV) sowie Vergütung von Leistungen, welche die Honorargrenze überschreiten.
2. Honorar für Leistungen, die Sie außerhalb Ihres Regelleistungsvolumens und außerhalb Ihrer QZV bis zum Erreichen der versorgungsbereichsspezifischen Budgetobergrenze zum festen EBM-Preis vergütet bekommen.
3. Honorar für Leistungen, die innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV), zum vollen EBM- Preis vergütet werden.
4. Honorar für Leistungen, die außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV), zum vollen EBM- Preis vergütet werden.

## 1. Regelleistungsvolumen (RLV) inkl. Qualifikationsgebundene Zusatzvolumen (QZV) sowie Überschreitung des RLVs

Das Regelleistungsvolumen (RLV) wird jeder Praxis vor Quartalsbeginn mitgeteilt und dient als Kalkulationshilfe für die Praxis sowie als Abrechnungsbegrenzung bzw. -stabilisierung durch den Gesetzgeber. Dieses RLV wird in jeder Praxis sowohl für die Haus- als auch für die Fachärzte einzeln gebildet. Informationen zur Höhe und Berechnung des Regelleistungsvolumens entnehmen Sie bitte der entsprechenden **Übersicht** und den dazugehörigen **Erläuterungen**.

Ein weiterer Bestandteil Ihres RLV-Volumens sind die sogenannten qualifikations- gebundenen Zusatzvolumen (QZV), die sich aus den vormals „freien Leistungen“ innerhalb der MGV sowie den qualitätsgebundenen Leistungen (für die bis einschließlich des 2. Quartals 2010 „Zusatzbudgets“ [z.B. Teilradiologie] gebildet wurden) zusammensetzen. Diese QZV werden – wie auch heute bereits die RLV – arztgruppenspezifisch gebildet. Der Vorteil: Leistungsausweitungen einer Arztgruppe gehen ausschließlich zu deren Lasten und belasten nicht mehr die Honorarvolumen anderer unbeteiligter Arztgruppen desselben Versorgungsbereichs.

Anders als bisher können RLV und QZV in einer Praxis vollkommen gegenseitig verrechnet werden. Sie bilden somit ein gemeinsames Honorarkontingent.

Erbringen Sie Leistungen, die das gemeinsame RLV und QZV überschreiten, erhalten Sie diese zu einem abgestaffelten Preis vergütet. Die Höhe dieses Preises hängt davon ab, wie viele „überschießende“ Leistungen von allen Berliner Vertragsärzten je Versorgungsbereich im entsprechenden Quartal abgerechnet werden. Für die Vergütung aller dieser Leistungen steht ein fester, jedes Quartal angepasster, Geldbetrag zu Verfügung.

## 2. Leistungen, die außerhalb der RLV und QZV im Rahmen versorgungsbereichs-spezifischer Budgets vergütet werden.

Leistungen	EBM- Kapitel/ Abschnitt / GOP
Pathologische Leistungen, die ausschließlich zur Durchführung von Probeuntersuchungen erbracht werden	Kap.19
Humangenetische Leistungen gem. EBM nach Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 372. Sitzung am 11. März 2016	
Laboratoriumsmedizinische Pauschalen	12210, 12220

Leistungen der Laboratoriumsmedizin, Molekulargenetik und Molekularpathologie (ohne Wirtschaftlichkeitsbonus)	Kap. 32
Labor Grundpauschalen (sonstige Hilfen)	01700
Geriatrische und Sozialpädiatrische Leistungen (GS)	Kap. 3.2.4, 3.2.5, 4.2.1- 4.2.5
Besuche (alle Ärzte)	01410, 01413, 01415
Besuche nur Hausärzte (AG 01)	01411, 01412
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung (PFG)	Kap. 13.3
Augenärztliche Grundpauschale	06225

**3. Leistungen, die innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) zum vollen EBM- Preis vergütet werden.**

Leistungen	EBM- Kapitel/ Abschnitt / GOP
Wirtschaftlichkeitsbonus für Laborleistungen	32001
Kostenpauschalen	Kap. 40
Leistungen im organisierten Notfalldienst und 1. Hilfe	

**4. Leistungen, die außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) zum vollen EBM- Preis vergütet werden.**

- Belegärztliche (kurativ-stationäre) Leistungen (Leistungen des EBM-Kapitels 36, nach GOP 13311, 17370 und Leistungen EBM-Abschnitt 8.4),
- Leistungen des EBM-Kapitels 31 und nach GOP 13421 bis 13431 sowie 04514, 04515, 04518 und 04520
- Leistungen der EBM-Abschnitte 1.7.1, 1.7.2 und 1.7.4, (inklusive Früherkennungsuntersuchung U7a), Leistungen des EBM-Abschnitts 1.7.3 zuzüglich Leistungen nach GOP 40850, 40852, 40854 und 40855 ggf. nach besonderem regionalem Vertrag,
- Hautkrebsscreening: Leistungen gemäß GOP 01745, 01746,
- Durchführung von kurativen Vakuumbiopsien mit zugehörigen Kostenpauschalen für interventionelle Eingriffe nach EBM-Abschnitt 40.8,
- Strahlentherapie nach EBM-Kapitel 25 und zugehörige Kostenpauschalen für Sachkosten der Strahlentherapie nach EBM-Abschnitt 40.15 (GOP 40840 und 40841),
- Phototherapeutische Keratektomie mit zugehörigen Kostenpauschalen für ophthalmologische Eingriffe nach EBM-Abschnitt 40.11,
- Leistungen der Reproduktionsmedizin (Abschnitt 8.5 ohne GOP 08520 und 08521 sowie sowie weitere Leistungen die mit X gekennzeichnet sind. Gemäß der Empfehlung des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 376. Sitzung am 22. Juni 2016, Änderungen der Bundesempfehlung werden durch die Vertragspartner unverzüglich berücksichtigt,
- Substitutionsbehandlung nach EBM-Abschnitt 1.8,
- Kostenpauschale Mifepriston nach GOP 40156,
- Kostenpauschalen nach GOP 01425 und 01426 für Ärzte die berechtigt sind, nach GOP der EBM-Kapitel 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 13, 14, 15, 16, 18, 21, 25 und 26 abzurechnen,
- Leistungen nach GOP 13622,

- Leistungen nach EBM-Abschnitt 30.10,
- Laborpauschalen nach GOP 32880 bis 32882,
- Dialysesachkosten nach EBM-Abschnitt 40.14,
- Leistungen der Balneophototherapie nach GOP 10350,
- Leistung im Rahmen der Empfängnisregelung nach GOP 01833,
- Spezielle Diagnostik und Eradikationstherapie im Rahmen von MRSA nach EBM-Abschnitt 30.12 gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 323. Sitzung am 25.03.2014
- Neuropsychologische Therapie nach EBM-Abschnitt 30.11,
- HIV-Resistenzprüfung nach GOP 32821 und 32822,
- antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen der Richtlinienpsychotherapie nach EBM-Abschnitt 35.2 aller Arztgruppen und probatorische Sitzungen nach GOP 35150 der in § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppen,
- ärztliche nephrologische Leistungen des EBM-Abschnitts 13.3.6 sowie kinderärztliche nephrologische Leistungen EBM-Abschnitt 4.5.4 sowie die Versichertenpauschalen 04000 und 04010 mit den jeweiligen Zusatznummern 04001, 04002, 04003, 04004, 04005 sowie 04011, 04012, 04013, 04014, 04015 und die GOP 04040 und 04230, wenn in demselben Behandlungsfall Leistungen des EBM-Abschnitts 4.5.4 abgerechnet werden,
- Osteodensitometrische Untersuchung nach GOP 34601,
- Leistungen zur Kapselendoskopie bei Erkrankungen des Dünndarms nach den GOP 04528, 04529, 13425 und 13426 gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 328. Sitzung am 25.06.2014,
  - Leistungen zur intravitrealen Medikamenteneingabe nach GOP 31371, 31372, 31373, 36371, 36372, 36373 sowie
  - Leistungen zur Betreuung eines Patienten nach Durchführung einer intravitrealen Medikamenteneingabe nach GOP 06334 und 06335 gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 328. Sitzung am 25.06.2014,
- Leistungen nach GOP 05222, 06222, 07222, 08222, 09222, 10222, 13222, 13296, 13346, 13396, 13496, 13544, 13596, 13646, 13696, 14216, 16217, 18222, 20222, 21219, 21226, 22218, 23218, 26222 und 27222 gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 339. Sitzung, Teil C,
- Leistungen nach GOP 04356 gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 340. Sitzung,
- Kostenpauschale nach GOP 40582 gemäß der Empfehlung des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 343. Sitzung am 27.01.2015,
- Leistungen nach EBM-Abschnitt 34.7 (PET,PET/CT) sowie die Kostenpauschale 40584 gemäß der Empfehlung des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 369. Sitzung am 15.12.2015.
- Leistungen nach GOP 30800, 30810 und 30811 EBM gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 4 SGB V in seiner 45. Sitzung am 26. Januar 2016; ab 1. April 2018: Leistungen nach GOP 30810 und 30811 EBM gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 4 SGB V in seiner 45. Sitzung am 26. Januar 2016 i.V.m. dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 416. Sitzung Teil B,