

Honorarverteilungsmaßstab

LESEFASSUNG Stand 1. April 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. April 2015

zuletzt geändert durch Beschluss der Vertreterversammlung am 22. Januar 2015

| | |
|--|-----------|
| PRÄAMBEL | 3 |
| § 1 Geltungsbereich | 3 |
| § 2 Grundsätze der Honorarverteilung..... | 3 |
| TEIL I: Aufteilung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) | 4 |
| § 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 |
| TEIL II: Arztindividuelle Mengensteuerung (RLV, QZV) | 7 |
| § 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 |
| TEIL III: Leistungsvergütung | 13 |
| § 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 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.
- (3) Kinderärzte der AG 04 bis 07, die an der Kooperationsvereinbarung zur Besetzung des ambulanten kinder- und jugendärztlichen Bereitschaftsdienstes mit den jeweiligen Krankenhäusern teilnehmen, für deren Bereitstellung von nicht-ärztlichen medizinischem Fachpersonal und Behandlungsräumen eine Kostenpauschale in Höhe von 30,00 € zu entrichten ist, erhalten zusätzlich zur Abrechnung nach Absatz 2 einen Punktwertzuschlag, der sich in Summe auf 30 € je Stunde (Präsenzzeit) aus dem Förderbetrag gemäß § 3 Abs. 4 des Honorarvertrages beläuft.

§ 19 Vergütung von Leistungen der versorgungsbereichsspezifischen 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 Abzuges 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. Soweit 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
zur Honorarverteilung
durch die Kassenärztlichen Vereinigungen**

nach den Anpassungen der Vorgaben
durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung
beschlossen am 23. Dezember 2014

mit Wirkung zum 1. Januar 2015

-
- | | |
|---------------|--|
| 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 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 23. Dezember 2014 mit Wirkung zum 1. Januar 2015

Präambel

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

1. Definition von Kategorien der Trennungsbeträge je Versicherten und Vorwegabzüge

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

- 1.1 Vorwegabzüge** sind für gesetzliche und vertragliche Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigung **bedarfsabhängig** aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu bildende Vergütungsvolumina, die insbesondere auch zur Sicherstellung der Versorgung und Erfüllung gesetzlicher Aufgaben nach der Festlegung der haus- und fachärztlichen Grundbeträge innerhalb des haus- und fachärztlichen Versorgungsbereichs gebildet werden können, sofern nicht Rückstellungen im Grundbetrag „Labor“ oder Grundbetrag „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 (Grundbetrag „genetisches Labor“ für die Vergütung der GOP 11220 sowie 11320 bis 11322 und Abschnitt 11.4 EBM) und für die Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung (Grundbetrag „PFG“) zu bilden sind. Die Bereitstellung der Finanzmittel für die versorgungsbereichsspezifischen Grundbeträge erfolgt aus fachärztlichen Finanzmitteln. Zum Zeitpunkt der erstmaligen Festsetzung ist die Höhe dieser versorgungsbereichsspezifischen Grundbeträge abschließend bestimmt.

Damit sind die zu bildenden Vergütungsbereiche abschließend beschrieben.

2. Regelverfahren zur Ermittlung der Ausgangswerte für Grundbeträge

Die gemäß der bis zum 31. Dezember 2014 gültigen KBV-Vorgaben bzw. diesen KBV-Vorgaben, Teil B nach 2. bis 6. bestimmten Grundbeträge im jeweiligen Vorjahresquartal bilden die Ausgangswerte für die Anpassung der Grundbeträge. Dabei sind Beträge aus dem Vorjahresquartal, die gemäß den Ziffern 3.5 und 7 nicht basiswirksam sind, entsprechend nicht zu berücksichtigen. Auf der Basis dieser Ausgangswerte werden in jedem aktuellen Abrechnungsquartal die entsprechenden Grundbeträge gemäß den Verfahren gemäß 3. bis 6. festgelegt.

3. Fortschreibung der Grundbeträge

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4. Angleichung an die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung

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

5. Berücksichtigung von Wechsel zwischen den Versorgungsbereichen

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

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

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

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

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

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

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.*

Anlage zu den KBV-Vorgaben Teil B

gültig für das Jahr 2015

im Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenverband

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

beschlossen am 23. Dezember 2014 mit Wirkung für das Jahr 2015

Gemäß der Präambel zu den KBV-Vorgaben Teil B werden zur Berücksichtigung von Beschlüssen des Bewertungsausschusses oder gesetzlichen Änderungen, die keine grundsätzliche Änderung der in Teil B dargestellten Systematik der Verfahrens zur Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung zur Folge haben, die notwendigen Regelung in Form eines Anhangs zu Teil B gegeben. Für das Jahr 2015 wird dazu das Folgende geregelt:

Gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 339. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) sind innerhalb der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) Finanzmittel für die Pauschale fachärztliche Grundversorgung (PFG) für Schwerpunktinternisten zur Verfügung zu stellen. Dazu werden Finanzmittel in Höhe von 0,0277 Prozent der MGV im Jahr 2015 basiswirksam dem Vergütungsvolumen des Grundbetrags „PFG“ zugeführt.

Das Vergütungsvolumen des Grundbetrags „PFG“ wird für das 1. bis 4. Quartal 2015 um den sich aufgrund des benannten Prozentsatzes bezogen auf die MGV ergebenden Betrags basiswirksam erhöht.

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 beschlossen am 23. Dezember 2014 mit Wirkung zum 1. Januar 2015

Sofern die Leistungen und Kostenpauschalen der Laboratoriumsmedizin gemäß den regionalen Gesamtverträgen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) zu vergütet sind, ist im Rahmen der Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung 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 Für die Bereitstellung des Vergütungsvolumen gilt das Folgende: Die Ermittlung des Vergütungsvolumens erfolgt auf Basis der Summe der für die beiden Quartale des jeweiligen Vorjahreshalbjahres gemäß Teil B, Nrn. 2. bis 4. gebildeten Vergütungsvolumina für den Grundbetrag „Labor“ über alle Kassenärztliche Vereinigungen.

1.1.2 Vom Vergütungsvolumen gemäß 1.1.1 werden folgende Beträge abgezogen:

- Das angeforderte Honorarvolumen der beiden Quartale des jeweiligen Vorjahreshalbjahres 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.
- Das angeforderte Honorarvolumen der beiden Quartale des jeweiligen Vorjahreshalbjahres 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 der beiden Quartale des jeweiligen Vorjahreshalbjahres der Gebührenordnungsposition 32025, 32026, 32027, 32035, 32036, 32037, 32038, 32039, 32097 und 32150.

- 1.1.3** Ermittlung des für die beiden Quartale des jeweiligen Vorjahreshalbjahres 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 Abstaffelungsquote Q durch Division des gemäß 1.1.2 reduzierten Vergütungsvolumens nach 1.1.1 durch das Volumen nach 1.1.3.
- 1.1.5** Die für die Berechnung gemäß 1.1.4 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.

1.2 Bekanntgabe der bundeseinheitlichen Vorgaben

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung gibt die bundeseinheitlich anzuwendende Abstaffelungsquote „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** Es wird das Vergütungsvolumen für den Grundbetrag „Labor“ des aktuellen Quartals gemäß Teil B, Nrn. 2. bis 4. verwendet. (=VG₁)
- 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_2 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_2 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_2 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 regionalen Euro-Gebührenordnung multipliziert mit der bundeseinheitlichen Abstufungsquote Q gemäß 1.1.4 aus dem Vergütungsvolumen VG_2 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 der Anwendung der Abstufungsquote Q gemäß 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 1.1.4 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.

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 Grundbetrages „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

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 Überschreitungsvolumen 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 B bis 30. September 2013

im Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenverband

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

1. Die zutreffende kassenübergreifende unbereinigte morbiditätsbedingte Gesamtvergütung des entsprechenden Abrechnungsquartals stellt die Ausgangsgröße für die Ermittlung des versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumens dar und wird gemäß dem Anhang auf den haus- und den fachärztlichen Versorgungsbereich unter Berücksichtigung von 2. bis 5. sowie den Inhalten des Anhangs zu Teil B verteilt. Es entsteht jeweils ein haus- und ein fachärztliches (versorgungsbereichsspezifisches) Verteilungsvolumen.
2. Beim Wechsel des Versorgungsbereichs durch einen Vertragsarzt sind die Verteilungsvolumen der Versorgungsbereiche unbeschadet der Regelung nach 4. nicht anzupassen.
3. Vertragsärzte, die gemäß § 73 SGB V dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören und aus Gründen der Sicherstellung nach dem 1. Juli 2010 eine Genehmigung erhalten, in den Vereinbarungen gemäß § 6 Abs. 2 des Vertrages über die hausärztliche Versorgung genannte Leistungen abzurechnen, erhalten die Vergütungen für den abgerechneten Leistungsbedarf dieser Leistungen aus dem fachärztlichen Vergütungsanteil.
4. Vertragsärzte, die gemäß § 73 SGB V dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören, aus Gründen der Sicherstellung eine Genehmigung besitzen, nach dem 1. Januar 2003 in den Vereinbarungen gemäß § 6 Abs. 2 des Vertrages über die hausärztliche Versorgung genannte Leistungen abzurechnen, und den Versorgungsbereich wechseln, sind die Vergütungen für den abgerechneten Leistungsbedarf dieser Leistungen, soweit sie im Zeitraum vom 1. Januar 2009 bis zum 30. Juni 2010 aus dem Vergütungsvolumen des hausärztlichen Vergütungsbereichs gezahlt werden, quartalsweise auf der Basis des Vorjahresquartals im Vergütungsvolumen des hausärztlichen Versorgungsbereiches 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 Aufsatzwerten¹ gesamtvertraglich vereinbarte Abzug von dem trennungsrelevanten versorgungsbereichsübergreifenden Verteilungsvolumen erfolgt nach Trennung.

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

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

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

Anhang

zu Teil B bis 30. September 2013

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

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

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

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

Vorgabe zur Berechnung des versor- gungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumens

Die Kassenärztlichen Vereinigungen ermitteln mit Wirkung ab dem 3. 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 morbiditäts-
bedingten 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.

(= MGV²⁰⁰⁹)

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

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.

(= TVG¹²⁰⁰⁹)

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.

(= TVG²²⁰⁰⁹)

*Vorgehen bei wirksamer Bereinigung im 1. und/oder 2. Quartal 2009 aufgrund des Beitritts von Versicherten zu einem Vertrag gemäß §§ 73b, 73c und 140d SGB V: Sofern im Aufsatzzeitraum 1./2009 und/oder 2./2009 aufgrund von Selektivverträgen keine vollständigen Daten zum o. g. 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.

(= TVG³²⁰⁰⁹)

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 Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 17. Sitzung am 16. Dezember 2009.

(= TVG⁴²⁰⁰⁹)

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

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

[Formel 1]

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

$$(= \text{MGV}_{\text{HÄ}}^{2009})$$

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

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

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

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

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

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

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

Schritt 9.) Ermittlung des für die Abrechnungsquartale 1./2007 und 2./2007 insgesamt 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.

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

[Formel 2]

Schritt 10.) Ermittlung der für die Abrechnungsquartale 1./2009 und 2./2009 insgesamt 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.

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

[Formel 3]

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

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

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

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

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

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

[Formel 4]

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

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

[Formel 5]

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

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

[Formel 6]

Schritt 15) Ermittlung des Trennungsfaktors.

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

[Formel 7]

Ermittlung des trennungsrelevanten versorgungsbereichsübergreifenden Verteilungsvolumens in einem Abrechnungsquartal

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

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

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 2008⁴ entsprechend der Datenlieferung „ARZTRG87c4“ für
- die Konsiliar- und Grundpauschale für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin, ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin (GOP 12210 und 12220 EBM) unter Berücksichtigung des Anpassungsfaktors für die GOP 12220 gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 7. Sitzung vom 27./28. August 2008, Teil A, Nr. 2.4, in Höhe von 0,6407.
 - die Grundpauschale (GOP 01310, 01311, 01312) bzw. die Konsiliarpauschale (GOP 12210) für zur Abrechnung von Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM ermächtigte Ärzte, Einrichtungen, Krankenhäuser und Institutionen,
 - die GOP 32001 nach Anwendung der Regelungen in den Ziffern 1. ff. zu den Abschnitten 32.2 und 32.3 EBM,
 - Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM.

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

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

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

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

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

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

[Formel 9]

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

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

[Formel 10]

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

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

[Formel 11]

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

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

[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

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

[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 |

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

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

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

n = Zahl der RLV-Fälle eines Arztes im Vorjahr

Das Regelleistungsvolumen eines Arztes wird mit dem folgenden Faktor multipliziert:

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

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

ANLAGE 5: Berechnung der 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 Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie | 10 | 30790, 30791 | | R |
| 1 | Akupunktur | Fachärzte für Neurochirurgie | 11 | 30790, 30791 | | R |
| 1 | Akupunktur | Fachärzte für Physikalisch-Rehabilitative Medizin | 37 | 30790, 30791 | L | |
| 2 | Allergologie | Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören | 01 | 30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123 | L | |
| 2 | Allergologie | Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin | 04 | 30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123 | | R |
| 2 | Allergologie | Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin | 06 | 30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123 | | R |
| 2 | Allergologie | Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin | 07 | 30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123 | | R |
| 2 | Allergologie | Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten | 15 | 30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123 | | R |
| 2 | Allergologie | Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören | 17 | 30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123 | | R |

ANLAGE 6: Qualitätsgebundenes Zusatzvolumen

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

ANLAGE 6: Qualitätsgebundenes Zusatzvolumen

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

ANLAGE 6: Qualitätsgebundenes Zusatzvolumen

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

ANLAGE 6: Qualitätsgebundenes Zusatzvolumen

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

ANLAGE 6: Qualitätsgebundenes Zusatzvolumen

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

ANLAGE 6: Qualitätsgebundenes Zusatzvolumen

| QZV-Nr. | QZV | RLV-AG | AG | GOP | FALLZÄHLUNG | |
|---------|---------------------------------|--|----|----------------------------|---------------|----------|
| | | | | | Leistungsfall | RLV-Fall |
| 27 | Kontrolle Herzschrittmacher | Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören | 17 | 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 | |
| 32 | Mamma-Sonographie, Stanzbiopsie | Fachärzte für Frauenheilkunde mit fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin | 13 | 08320, 33041 | L | |

ANLAGE 6: Qualitätsgebundenes Zusatzvolumen

| QZV-Nr. | QZV | RLV-AG | AG | GOP | FALLZÄHLUNG | |
|---------|--|--|----|--|---------------|----------|
| | | | | | Leistungsfall | RLV-Fall |
| 33 | MRT | Fachärzte für Nuklearmedizin | 30 | 34410, 34411, 34420, 34421, 34422, 34430, 34431, 34440, 34441, 34442, 34450, 34451, 34452, 34460 | | R |
| 33 | MRT | Fachärzte für Diagnostische Radiologie | 33 | 34410, 34411, 34420, 34421, 34422, 34430, 34431, 34440, 34441, 34442, 34450, 34451, 34452, 34460 | L | |
| 34 | MRT-Angiographie | Fachärzte für Nuklearmedizin | 30 | 34470, 34475, 34480, 34485, 34486, 34489, 34490, 34492 | | R |
| 34 | MRT-Angiographie | Fachärzte für Diagnostische Radiologie | 33 | 34470, 34475, 34480, 34485, 34486, 34489, 34490, 34492 | L | |
| 35 | Narkosen bei Geburtshilfe | Fachärzte für Anästhesiologie | 08 | 05360, 05361, 05370, 05371, 05372 | | R |
| 36 | Narkosen bei zahnärztlicher Behandlung | Fachärzte für Anästhesiologie | 08 | 05330, 05331, 05340, 05341, 05350 | L | |
| 38 | Neurophysiologische Übungsbehandlung | Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie | 26 | 30300, 30301 | | R |
| 38 | Neurophysiologische Übungsbehandlung | Fachärzte für Nervenheilkunde | 28 | 30300, 30301 | L | |
| 38 | Neurophysiologische Übungsbehandlung | Fachärzte für Orthopädie | 31 | 30300, 30301 | | R |
| 38 | Neurophysiologische Übungsbehandlung | Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie | 32 | 30300, 30301 | L | |
| 39 | Osteodensitometrie | Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie | 24 | 34600 | | R |
| 39 | Osteodensitometrie | Fachärzte für Orthopädie | 31 | 34600 | | R |
| 39 | Osteodensitometrie | Fachärzte für Diagnostische Radiologie | 33 | 34600 | L | |
| 40 | Otoakustische Emissionen | Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie | 32 | 20324, 20327, 20340 | L | |
| 41 | Phlebologie | Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören | 01 | 30500, 30501 | L | |
| 41 | Phlebologie | Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten | 15 | 30500, 30501 | | R |

ANLAGE 6: Qualitätsgebundenes Zusatzvolumen

| QZV-Nr. | QZV | RLV-AG | AG | GOP | FALLZÄHLUNG | |
|---------|---------------------------|--|----|--|---------------|----------|
| | | | | | Leistungsfall | RLV-Fall |
| 41 | Phlebologie | Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören | 17 | 30500, 30501 | | R |
| 41 | Phlebologie | Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie | 19 | 30500, 30501 | | R |
| 41 | Phlebologie | Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie | 39 | 30500, 30501 | | R |
| 41 | Phlebologie | Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie | 10 | 30500, 30501 | L | |
| 41 | Phlebologie | Fachärzte für Neurochirurgie | 11 | 30500, 30501 | L | |
| 42 | Phoniatrie, 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 |
| 44 | Physikalische Therapie | Fachärzte für Orthopädie | 31 | 30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421 | | R |
| 44 | Physikalische Therapie | Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie | 39 | 30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421 | | R |
| 44 | Physikalische Therapie | Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie | 10 | 30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 30431 | | R |

ANLAGE 6: Qualitätsgebundenes Zusatzvolumen

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

ANLAGE 6: Qualitätsgebundenes Zusatzvolumen

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

ANLAGE 6: Qualitätsgebundenes Zusatzvolumen

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

ANLAGE 6: Qualitätsgebundenes Zusatzvolumen

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

ANLAGE 6: Qualitätsgebundenes Zusatzvolumen

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

ANLAGE 6: Qualitätsgebundenes Zusatzvolumen

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

ANLAGE 6: Qualitätsgebundenes Zusatzvolumen

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

ANLAGE 6: Qualitätsgebundenes Zusatzvolumen

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

ANLAGE 6: Qualitätsgebundenes Zusatzvolumen

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

ANLAGE 6: Qualitätsgebundenes Zusatzvolumen

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

ANLAGE 6: Qualitätsgebundenes Zusatzvolumen

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

ANLAGE 6: Qualitätsgebundenes Zusatzvolumen

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

ANLAGE 6: Qualitätsgebundenes Zusatzvolumen

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

ANLAGE 6: Qualitätsgebundenes Zusatzvolumen

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

ANLAGE 6: Qualitätsgebundenes Zusatzvolumen

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

ANLAGE 6: Qualitätsgebundenes Zusatzvolumen

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

ANLAGE 6: Qualitätsgebundenes Zusatzvolumen

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

ANLAGE 6: Qualitätsgebundenes Zusatzvolumen

| QZV-Nr. | QZV | RLV-AG | AG | GOP | FALLZÄHLUNG | |
|---------|---|--|----|---------------------|---------------|----------|
| | | | | | Leistungsfall | RLV-Fall |
| 64 | Unvorhergesehene Inanspruchnahme | Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie | 39 | 01100, 01101, 01102 | | R |
| 64 | Unvorhergesehene Inanspruchnahme | Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie | 10 | 01100, 01101, 01102 | | R |
| 64 | Unvorhergesehene Inanspruchnahme | Fachärzte für Neurochirurgie | 11 | 01100, 01101, 01102 | | R |
| 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 |
| 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 |

ANLAGE 6: Qualitätsgebundenes Zusatzvolumen

| QZV-Nr. | QZV | RLV-AG | AG | GOP | FALLZÄHLUNG | |
|---------|---|--|----|--|---------------|----------|
| | | | | | Leistungsfall | RLV-Fall |
| 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 | |
| 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 | |

ANLAGE 6: Qualitätsgebundenes Zusatzvolumen

| QZV-Nr. | QZV | RLV-AG | AG | GOP | FALLZÄHLUNG | |
|---------|--|--|----|--|---------------|----------|
| | | | | | Leistungsfall | RLV-Fall |
| 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 |
| 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 | |

ANLAGE 6: Qualitätsgebundenes Zusatzvolumen

| QZV-Nr. | QZV | RLV-AG | AG | GOP | FALLZÄHLUNG | |
|---------|--|--|----|---|---------------|----------|
| | | | | | Leistungsfall | RLV-Fall |
| 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 |
| 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 Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie | 10 | 30712 | | R |

ANLAGE 6: Qualitätsgebundenes Zusatzvolumen

| QZV-Nr. | QZV | RLV-AG | AG | GOP | FALLZÄHLUNG | |
|---------|---|---|----|-------|---------------|----------|
| | | | | | Leistungsfall | RLV-Fall |
| 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 | |

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 MGVBereinigungsmaßnahmen 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.