

Honorarverteilungsmaßstab

LESEFASSUNG Stand 1. Oktober 2021

der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin
- nachfolgend KV Berlin genannt -

im Benehmen mit

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

den Ersatzkassen,

- **Techniker Krankenkasse (TK)**
- **BARMER**
- **DAK - Gesundheit**
- **Kaufmännische Krankenkasse – KKH**
- **HEK - Hanseatische Krankenkasse**
- **hkk**

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

dem BKK Landesverband Mitte
Eintrachtweg 19
30173 Hannover,

der BIG direkt gesund
handelnd als IKK-Landesverband Berlin,

der Knappschaft - Regionaldirektion Berlin

sowie

der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)
als landwirtschaftliche Krankenkasse

- nachfolgend Verbände der Krankenkassen genannt -

für die Verteilung der an die KV Berlin gezahlten Gesamtvergütungen gemäß §87b SGB V

LESEFASSUNG Stand 1. Oktober 2021
zuletzt geändert durch Beschluss der Vertreterversammlung am 25. März 2021

PRÄAMBEL	3
§ 1 Geltungsbereich	3
§ 2 Grundsätze der Honorarverteilung.....	3
§ 2a Strukturfonds nach § 105 Abs. 1a SGB V	4
TEIL I: Aufteilung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) und Verwendung des FKZ-Saldos	4
§ 3 Festlegung der Vergütungsvolumen	4
§ 4 Bildung der Honorarvolumen	4
§ 5 Hausärztliches RLV-Verteilungsvolumen	5
§ 6 Fachärztliches RLV-Verteilungsvolumen	6
§ 7 Arztgruppenspezifische RLV und QZV sowie besondere Verteilungsvolumen (BVV)7	7
TEIL II: Arztindividuelle Mengensteuerung (RLV, QZV)	8
§ 8 Grundsätze zum RLV und QZV	8
§ 9 Ermittlung der RLV	9
§ 10 Ermittlung der QZV	11
§ 11 Antrag auf Erhöhung der RLV/QZV-Fallzahl	11
§ 12 Ermittlung des RLV/QZV bei Neuzulassung.....	12
§ 12a Neuzulassung MVZ und Berufsausübungsgemeinschaft	13
§ 13 Wechsel der Arztgruppe	13
§ 14 Ausscheiden aus einer BAG/MVZ.....	13
§ 15 Praxisbesonderheiten	13
§ 15a Antrag auf RLV-Fallzahl-Übertragung	14
§ 16 gestrichen.....	14
§ 17 gestrichen.....	14
TEIL III: Leistungsvergütung	14
§ 18 Honorierung von Leistungen der Honorarvolumen „Labor“ und „ärztlicher Bereitschaftsdienst und Notfall“	14
§ 19 Vergütung von Leistungen der versorgungsbereichsspezifischen Vorwegabzüge gemäß §§ 5 und 6 HVM.....	15
§ 19a Vergütung der Leistungen der Humangenetik „genetisches Labor“	17
§ 19b Vergütung der Leistungen der PFG	17
§ 19c Vergütung der Förderleistungen	17
§ 20 Vergütung der Leistungen der BVV	17
§ 21 Vergütung von Leistungen des RLV und der QZV	17
§ 22 Vergütung von Leistungen im Krankenhaus nach § 75 Abs. 1a SGB V	17
§ 22a Beschäftigung eines Weiterbildungsassistenten (WBA).....	18
§ 22b Härtefallregelung	18
§ 22c Sonderregelung im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie.....	18
§ 23 Ausgleich der Vorwegabzüge, Ermittlung der versorgungsbereichsspezifischen Quartalssalden und Bildung von Rückstellungen	19
§ 23a Maßnahmen zur Sicherstellung der Versorgung, Sonderregelungen im Rahmen von Ausnahmeereignissen, Berichtspflicht.....	20
§ 24 Geltungszeitraum.....	20

PRÄAMBEL

In Umsetzung des § 87b SGB V wendet die KV Berlin bei der Verteilung der vereinbarten Gesamtvergütung den unter Beachtung der Beschlüsse des Bewertungsausschusses und der Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) gemäß § 87b Abs. 4 SGB V im Benehmen mit den Verbänden der Krankenkassen festgesetzten nachfolgenden Honorarverteilungsmaßstab (HVM) an.

§ 1 Geltungsbereich

- (1) Dieser HVM gilt für die Verteilung der von allen gesetzlichen Krankenkassen (Orts-, Innungs- und Betriebskrankenkassen, Landwirtschaftliche Krankenkasse und der Knappschaft – nachfolgend Primärkassen genannt – und Ersatzkassen) für die Versorgung ihrer Versicherten mit Wohnort im Land Berlin entrichtete Gesamtvergütung. Der Honorarverteilung unterliegen die morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen (MGV) und die sonstigen Zahlungen nach § 3 Abs. 4 des Honorarvertrages, unter Beachtung der aus dem Fremdkassenzahlungsausgleich (FKZ) gemäß den Richtlinien der KBV zur Durchführung des bundeseinheitlichen Zahlungsausgleichsverfahrens zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen resultierenden Forderungen bzw. Verbindlichkeiten; die Beschlüsse des Bewertungsausschusses sowie vertragliche Bestimmungen mit den Krankenkassen sind zu beachten.
- (2) Dieser HVM gilt für alle im Bereich der KV Berlin an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden, zugelassenen Vertragsärztinnen/Vertragsärzte, Psychologischen Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen/-psychotherapeuten und Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) und Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V, auch soweit sie an einer KV-bereichsübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaft teilnehmen. Er gilt auch für die bei den zuvor genannten Leistungserbringern angestellten Vertragsärztinnen/Vertragsärzte, Psychologischen Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen/-psychotherapeuten. Er gilt ferner für Einrichtungen gem. § 105 Abs. 1 und Abs. 5 SGB V, für Fachwissenschaftlerinnen/Fachwissenschaftler der Medizin, für ermächtigte Ärztinnen/Ärzte und ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen sowie für Krankenhäuser nach § 108 SGB V im Rahmen eines vermittelten Termins der Terminservicestelle nach § 75 Abs. 1a SGB V und für nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztinnen/Ärzte und Krankenhäuser, soweit sie ambulante Notfallleistungen gegenüber Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung oder Leistungen nach § 76 Abs. 1a SGB V erbringen. Die vorstehend Genannten, die den Regelungen des HVM unterliegen, werden aus Vereinfachungsgründen im Folgenden als „Ärzte“ bezeichnet.

§ 2 Grundsätze der Honorarverteilung

- (1) Grundlage für die Honorarverteilung ist die krankenkassenübergreifende vorläufige MGV für das Abrechnungsquartal nach den Vorgaben des Honorarvertrages unter Berücksichtigung des zu erwartenden FKZ-Saldos (Forderungen/Verbindlichkeiten). Die vorläufige MGV wird ermittelt auf der Basis der letztverfügbaren Versichertenzahlen nach der Satzart ANZVER87a nach den Vorgaben des Bewertungsausschusses. Der für das Abrechnungsquartal zu erwartende FKZ-Saldo ergibt sich aus den Zahlungen im Rahmen des FKZ des Vorjahresquartals.
- (2) Die Leistungen, die Bestandteil der MGV und der in § 1 Abs. 1 HVM genannten sonstigen Zahlungen sind, werden den Ärzten – vorbehaltlich der nachfolgenden Regelungen – auf der Basis der regionalen Euro-Gebührenordnung (§ 87a Abs. 2 Satz 5 SGB V) und nach den Vorgaben der Abrechnungsordnung der KV Berlin vergütet.
- (3) Zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Praxistätigkeit gemäß § 87b Abs. 2 Satz 1 SGB V erfolgt grundsätzlich eine arztindividuelle Steuerung der Honorarverteilung über Regelleistungsvolumen (RLV) und qualifikationsgebundene Zusatzvolumen (QZV).

- (4) Zur Vermeidung überproportionaler Honorarverluste, zur Sicherung der flächendeckenden Versorgung mit vertragsärztlichen Leistungen und um einem übermäßigen Absinken der arztgruppenspezifischen RLV-Fallwerte im Sinne des § 9 Abs. 1 HVM i. V. m. ANLAGE 5 Nr. 1 HVM und QZV-Fallwerte im Sinne des § 10 Abs. 2 i. V. m. ANLAGE 5 Nr. 5, ANLAGE 6 HVM entgegenzuwirken, werden mengenbegrenzende Maßnahmen auch zur Steuerung von Leistungsbereichen eingesetzt, die außerhalb der in Abs. 3 genannten Steuerungsinstrumente vergütet werden.
- (5) Die Leistungen werden auf der Grundlage der Bestimmungen des Quartals vergütet, für das sie eingereicht wurden.
- (6) Die Bereinigungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung durch die Krankenkassen hat Auswirkung auf die Honorarverteilung der KV Berlin. Die Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung der KV Berlin wird nach Maßgabe der ANLAGE 7 HVM durchgeführt.

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

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

TEIL I: Aufteilung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) und Verwendung des FKZ-Saldos

§ 3 Festlegung der Vergütungsvolumen

- (1) Für die Vergütung der Ärzte gemäß § 87b SGB V (Honorarverteilung) aus der nach § 2a verringerten MGV werden folgende Vergütungsvolumen der Grundbeträge gemäß den Vorgaben der KBV zur Honorarverteilung gemäß § 87b Abs. 4 SGB V (nachfolgend KBV-Vorgaben zur Honorarverteilung) Teil B (ANLAGE 1 zum HVM) gebildet:
 1. Vergütungsvolumen des Grundbetrages „Labor“,
 2. Vergütungsvolumen des Grundbetrages „Bereitschaftsdienst und Notfall“,
 3. Vergütungsvolumen des hausärztlichen Grundbetrages,
 4. Vergütungsvolumen des fachärztlichen Grundbetrages,
 5. Vergütungsvolumen des versorgungsbereichsspezifischen Grundbetrages zur Vergütung der Leistungen der Humangenetik „genetisches Labor“,
 6. Vergütungsvolumen des versorgungsbereichsspezifischen Grundbetrages für die Pauschalen für die fachärztliche Grundvergütung „PFG“.
- (2) Zur Förderung der hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung werden zusätzlich Vergütungsvolumen gemäß § 3 Abs. 5 des Honorarvertrages verwendet.

§ 4 Bildung der Honorarvolumen

Aus den Vergütungsvolumen der Grundbeträge gemäß § 3 Abs. 1 HVM werden unter Berücksichtigung des zu erwartenden FKZ-Saldos folgende Honorarvolumen gebildet:

1. Honorarvolumen des Grundbetrages „Labor“,
2. Honorarvolumen des Grundbetrages „Bereitschaftsdienst und Notfall“,
3. Honorarvolumen des hausärztlichen Grundbetrages,
4. Honorarvolumen des fachärztlichen Grundbetrages,
5. Honorarvolumen des versorgungsbereichsspezifischen Grundbetrages zur Vergütung der Leistungen der Humangenetik „genetisches Labor“,

6. Honorarvolumen des versorgungsbereichsspezifischen Grundbetrages für die Pauschalen für die fachärztliche Grundvergütung „PFG“.

§ 5 Hausärztliches RLV-Verteilungsvolumen

Das hausärztliche RLV-Verteilungsvolumen wird aus dem hausärztlichen Honorarvolumen nach § 4 Nr. 3 HVM unter Berücksichtigung der Regelungen in § 23 sowie der nachfolgenden Vorwegabzüge gebildet:

1. für
 - Sicherstellungsaufgaben,
 - Praxisbesonderheiten,
 - erwartete Zahlungen infolge einer Zunahme von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte sowie
 - Fehlschätzungen,
2. für die erwartete Vergütung für innerhalb der MGV finanzierten Kostenpauschalen des EBM-Kapitels 40 basierend auf dem Vergütungsvolumen des Vorjahresquartals,
3. für die erwarteten Zahlungen für den Aufschlag bei Berufsausübungsgemeinschaften, MVZ und Arztpraxen mit angestellten Ärzten nach den Grundregeln des § 9 Abs. 7 HVM basierend auf dem Vergütungsvolumen des Vorjahresquartals,
4. für abgestaffelt zu vergütende Leistungen nach § 21 Abs. 2 HVM ein Abzug in Höhe von 2 % des hausärztlichen Honorarvolumens,
5. gestrichen
6. für die erwartete Vergütung der nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen für Ärzte, die gemäß Beschluss des Zulassungsausschusses an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen, aber gemäß § 18 Abs. 2 Bedarfsplanungsrichtlinie zu über 90 % Psychotherapie erbringen (AG 65),
7. für die erwartete Vergütung inkl. anteiligen FKZ-Saldo der von Hausärzten eigenerbrachten laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 (ohne GOPn 32860 bis 32865, 32902, 32904, 32906, 32908, 32931, 32932, 32937, 32945 und 32946) EBM sowie von Hausärzten veranlassten und von Laborgemeinschaften abgerechneten laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen (Anforderung über Muster 10A) des Kapitels 32 (ohne GOPn 32860 bis 32865, 32902, 32904, 32906, 32908, 32931, 32932, 32937, 32945 und 32946) EBM,
8. für die erwartete Vergütung der Leistungen der ärztlich angeordneten Hilfeleistungen nach den Gebührenordnungspositionen 03060 bis 03065 basierend auf dem Vergütungsvolumen des Vorjahresquartals maximal bis zur Höhe eines ab dem Quartal 2019-1 entsprechend dem Vergütungsvolumen des hausärztlichen Grundbetrages fortentwickelten Honorarvolumens in Höhe von 1.280.947 €,
9. ein ab dem Quartal 2019-1 entsprechend dem Vergütungsvolumen des hausärztlichen Grundbetrages fortentwickeltes Honorarvolumen in Höhe von 637.800 Euro je Quartal für die Finanzierung besonders förderungswürdiger Leistungen des hausärztlichen Versorgungsbereichs, davon
 - pro Quartal 79.725 € für Besuche,
 - pro Quartal maximal 114.375 € für den Kindernotdienst,
 - pro Quartal 150.000 € für Leistungen der Kinderärzte in der pädiatrischen Versorgung nach dem EBM-Abschnitt 4.5 und in der schwerpunktorientierten Kinder- und Jugendmedizin nach dem EBM-Abschnitt 4.4 und
 - der verbleibende Restbetrag zur Finanzierung der geriatrischen Versorgung, der allgemeinen palliativmedizinischen Versorgung und der Sozialpädiatrie für Kinder- und Jugendärzte,

10. ein entsprechend dem Vergütungsvolumen des hausärztlichen Grundbetrages fortentwickeltes Honorarvolumen zur weiteren Förderung besonderer Leistungen des hausärztlichen Versorgungsbereichs gemäß § 3 Abs. 4 Honorarvertrag,
11. für die erwartete Vergütung für innerhalb der MGV finanzierte Hausbesuchsleistungen durch den ÄBD zu Sprechstundenzeiten.

§ 6 Fachärztliches RLV-Verteilungsvolumen

(1) Das fachärztliche RLV-Verteilungsvolumen wird aus dem fachärztlichen Honorarvolumen nach § 4 Nr. 4 HVM unter Berücksichtigung der Regelungen in § 23 sowie der nachfolgenden Vorwegabzüge gebildet:

1. für
 - Sicherstellungsaufgaben,
 - Praxisbesonderheiten,
 - erwartete Zahlungen infolge einer Zunahme von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte sowie
 - Fehlschätzungen,
2. für die erwartete Vergütung für innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanzierten Kostenpauschalen des EBM-Kapitels 40 basierend auf dem Vergütungsvolumen des Vorjahresquartals,
3. für die erwartete Vergütung gemäß Anlage 8 für pathologische Leistungen des EBM-Kapitels 19 als Überweisungsfälle zur Durchführung von Probenuntersuchungen, basierend auf dem Punktzahlvolumen des Vorjahresquartals,
4. für die erwartete Vergütung gemäß Anlage 8 für diejenigen belegärztliche Leistungen, die innerhalb der MGV zu vergüten sind, basierend auf dem Punktzahlvolumen des Vorjahresquartals,
5. für die erwartete Vergütung für Leistungen von Einrichtungen nach § 75 Abs. 9 SGB V auf Basis des Vergütungsvolumens im Vorjahresquartal,
6. für die erwarteten Zahlungen für den Aufschlag bei Berufsausübungsgemeinschaften, MVZ und Arztpraxen mit angestellten Ärzten nach den Grundregeln des § 9 Abs. 7 HVM basierend auf dem Vergütungsvolumen des Vorjahresquartals,
7. für abgestaffelt zu vergütende Leistungen nach § 21 Abs. 2 HVM ein Abzug in Höhe von 2 % des fachärztlichen Honorarvolumens,
8. für die erwartete Vergütung aus der MGV für anästhesiologische Leistungen im Zusammenhang mit der zahnärztlichen Behandlung von Patienten mit mangelnder Kooperationsfähigkeit bei geistiger Behinderung oder schwerer Dyskinesie sowie für Kinder gemäß Honorarvertrag § 3 Abs. 7,
9. für die erwartete Vergütung inkl. anteiligen FKZ-Saldo der von Fachärzten eigenerbrachten laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 (ohne GOPn 32860 bis 32865, 32902, 32904, 32906, 32908, 32931, 32932, 32937, 32945 und 32946) EBM, von Fachärzten veranlassten und von Laborgemeinschaften abgerechneten laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen (Anforderung über Muster 10A) des Kapitels 32 (ohne GOPn 32860 bis 32865, 32902, 32904, 32906, 32908, 32931, 32932, 32937, 32945 und 32946) EBM sowie der Laborgrundpauschale GOP 12220 EBM und der Konsiliarpauschale GOP 12210 EBM,
10. für die erwartete Vergütung von ggf. neu ermächtigten fachärztlichen Instituten in den ersten vier Quartalen der Leistungserbringung,
11. für die erwartete Vergütung von ermächtigten fachärztlichen Instituten nach den ersten vier Quartalen der Leistungserbringung, basierend auf dem durchschnittlichen Honorar der ersten vier Quartale der Leistungserbringung,

12. ein ab dem Quartal 2019-1 entsprechend dem Vergütungsvolumen des hausärztlichen Grundbetrages fortentwickeltes Honorarvolumen in Höhe von 862.200 Euro je Quartal für die Finanzierung besonders förderungswürdiger Leistungen des fachärztlichen Versorgungsbereichs, davon
 - pro Quartal 107.775 € für Besuche,
 - pro Quartal 10.000 € für Anästhesien im Zusammenhang mit zahnärztlichen und/oder mund-, kiefer-, gesichtschirurgischen Eingriffen bei Patienten mit Behinderung (GOP 05330 und 05331 i. V. m. EBM-Abschnitt 5.1 Nr. 8, 2. Spiegelstrich) sowie für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr (GOP 05330 und 05331 i. V. m. EBM-Abschnitt 5.1 Nr. 8, 1. Spiegelstrich) und
 - der verbleibende Restbetrag zur Förderung der fachärztlichen Grundvergütung „PFG“,
13. ein entsprechend dem Vergütungsvolumen des fachärztlichen Grundbetrages fortentwickeltes Honorarvolumen zur weiteren Förderung besonderer Leistungen des fachärztlichen Versorgungsbereichs gemäß § 3 Abs. 4 Honorarvertrag,
14. für die erwartete Vergütung für innerhalb der MGV finanzierte Hausbesuchsleistungen durch den ÄBD zu Sprechstundenzeiten,
15. ein versorgungsbereichsspezifisches Vergütungsvolumen zur Vergütung der Strahlentherapeutischen Gebührenordnungspositionen des Kapitels 25 EBM inkl. anteiligem FKZ-Saldo.

(2) gestrichen

§ 7 Arztgruppenspezifische RLV und QZV sowie besondere Verteilungsvolumen (BVV)

- (1) Die entsprechend der §§ 5 und 6 HVM ermittelten versorgungsbereichsspezifischen RLV-Verteilungsvolumen werden gemäß ANLAGE 3 HVM aufgeteilt in
 1. arztgruppenspezifische RLV (RLV_{AG}), für die in ANLAGE 2 Nr. 1 HVM benannten Arztgruppen,
 2. die in der ANLAGE 6 HVM ausgewiesenen arztgruppenspezifischen QZV (QZVⁱ_{AG}) und
 3. BVV.
- (2) Von den QZV-Vergütungsanteilen (ANLAGE 3 Nr. 2 HVM), deren Zuweisung nach Leistungsfällen erfolgt (§ 10 Abs. 2 HVM), wird jeweils ein Vorwegabzug in Höhe von 2 von Hundert gebildet. Aus diesem Volumen erfolgt die Finanzierung der Leistungsfälle aufgrund neuer Anträge auf QZV-Zuweisung. Dabei entstehende Unter-/Überschüsse werden im Folgejahr als Übertrag im jeweiligen QZV-Vergütungsanteil berücksichtigt; bei der AG 33 erfolgt die Berücksichtigung aller QZV-Überträge ausschließlich im Vergütungsanteil des QZV 33. Der Vorstand beobachtet die Überträge und entscheidet nach pflichtgemäßem Ermessen, ob eine weitere Absenkung des Vorwegabzugs vorgenommen werden kann.
- (3) Die in Absatz 1 Nr. 3 genannten BVV werden für folgende Arztgruppen und Leistungsbereiche der MGV gebildet:
 1. je versorgungsbereichsspezifischen RLV-Verteilungsvolumen zur Vergütung von Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 01410, 01413 und 01415,
 2. aus dem hausärztlichen RLV-Verteilungsvolumen für die Hausärzte der AG 01 zur Vergütung der dringenden Besuche nach den GOP 01411 und 01412,
 3. aus dem hausärztlichen RLV-Verteilungsvolumen zur Vergütung der Leistungen der Pflegeheime (AG 73),

4. aus dem hausärztlichen RLV-Verteilungsvolumen zur Vergütung der Leistungen der hausärztlichen geriatrischen Versorgung des Abschnitts 3.2.4 EBM, der allgemeinen palliativmedizinischen Leistungen der Abschnitte 3.2.5 und 4.2.5 EBM sowie der sozialpädiatrischen Versorgung nach Abschnitt 4.2.4 EBM,
5. aus dem fachärztlichen RLV-Verteilungsvolumen zur Vergütung der sonstigen Leistungen
 - der Laborärzte (AG 51),
 - der Pathologen (AG 52) und
 - der Strahlentherapeuten (AG 53),
6. aus dem fachärztlichen RLV-Verteilungsvolumen zur Vergütung der Leistungen der Einrichtungen des KfH (AG 70),
7. aus dem fachärztlichen RLV-Verteilungsvolumen für die Vergütung der nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der Psychologischen Psychotherapeuten (AG 61), der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (AG 62) sowie der ausschließlich psychotherapeutischen Ärzte (AG 64),
8. aus dem fachärztlichen RLV-Verteilungsvolumen für die Vergütung der nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der Fachärzte für psychosomatische Medizin und Psychotherapie (AG 63) und
9. aus dem fachärztlichen RLV-Verteilungsvolumen zur Vergütung der GOP 06225 für diejenigen Augenärzte der AG 09, die berechtigt sind, diese Leistung abzurechnen.

TEIL II: Arztindividuelle Mengensteuerung (RLV, QZV)

§ 8 Grundsätze zum RLV und QZV

- (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.
- (2) Die in ANLAGE 2 Nr. 1 HVM genannten Arztgruppen unterliegen der Mengensteuerung durch RLV/QZV. Ermächtigte Krankenhausärzte erhalten grundsätzlich das RLV/QZV nach dem mit der Ermächtigung begründeten Versorgungsauftrag.
- (3) Die Zuweisung der RLV erfolgt praxisbezogen und bei versorgungsübergreifenden Arztpraxen/MVZ getrennt nach hausärztlichem und fachärztlichem Versorgungsbereich. Dabei ergibt sich die Höhe des RLV einer Arztpraxis/MVZ je Versorgungsbereich aus der Addition der RLV aller Ärzte des jeweiligen Versorgungsbereichs dieser Praxis/MVZ. Weiterbildungs- und Entlastungsassistenten werden dabei nicht berücksichtigt. Ärzte, die zusätzlich in Teilberufsausübungsgemeinschaften tätig sind, erhalten für diese Tätigkeit kein zusätzliches RLV.
- (4) Die Zuweisung der QZV erfolgt praxisbezogen je Versorgungsbereich nach den Vorgaben des § 10 i. V. m. ANLAGE 6 HVM. Dabei ergibt sich die Höhe des praxisbezogenen QZV einer Arztpraxis/MVZ je Versorgungsbereich aus der Addition der QZV aller Ärzte des jeweiligen Versorgungsbereichs dieser Praxis/MVZ, die zur Abrechnung der entsprechenden Leistungen berechtigt sind (unabhängig vom Zulassungsstatus).
- (5) Die Zuweisung des RLV/QZV erfolgt zur Gewährleistung einer Kalkulationssicherheit hinsichtlich der Höhe des zu erwartenden Honorars in Umsetzung von § 87b Abs. 2 SGB V grundsätzlich vor Beginn des jeweiligen Abrechnungsquartals.
- (6) Die Zuweisung des RLV/QZV erfolgt unter Berücksichtigung des TSVG-Korrekturwertes bzw. des TSVG-Ausgleichswertes gemäß ANLAGE 3 Nr. 5 und 6.

§ 9 Ermittlung der RLV

- (1) Die Höhe des RLV 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 gemäß Absatz 2 definierten Fallzahl unter Berücksichtigung der Fallzahlzuwachsbeschränkung gemäß Absatz 3 und der Fallzahlunterschreitung gemäß Absatz 4. Bei der Ermittlung des RLV eines Arztes ist der Umfang seiner Tätigkeit lt. Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid zu berücksichtigen.
- (2) Für ein RLV relevante Fälle (RLV-Fälle) sind kurativ-ambulante Behandlungsfälle des Arztes gemäß § 21 Abs. 1 und Abs. 2 BMV-Ä, bei denen für das Vorjahresquartal mindestens eine RLV-relevante Leistung zur Abrechnung eingereicht wurde (nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung i. S. d. Honorarfestsetzungsbescheides (HFB)); ausgenommen sind Notfälle im organisierten Notfalldienst und Fälle, in denen ausschließlich nicht-RLV-relevante Leistungen und Kostenerstattungen abgerechnet wurden sowie Überweisungsfälle zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen oder zur Befundung von dokumentierten Untersuchungsergebnissen.

Zur Umsetzung des Arztbezuges gemäß Absatz 1 ist die Bemessung des RLV mit den RLV-Fällen wie folgt vorgegeben:

1. In Einzelpraxen entspricht die Zahl der RLV-Fälle der Zahl der Behandlungsfälle gemäß Satz 1.
2. In Berufsausübungsgemeinschaften, MVZ 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) Zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Praxistätigkeit wird eine Fallzahlzuwachsbeschränkung je Praxis von 2 % gegenüber der für das jeweilige Vorjahresquartal zugewiesenen RLV-Fallzahl der Praxis festgelegt. Überschreitet die nach Absatz 2 für das RLV im Abrechnungsquartal ermittelte RLV-Fallzahl der Praxis die für das jeweilige Vorjahresquartal zugewiesene RLV-Fallzahl der Praxis um mehr als 2 %, wird für die Ermittlung des RLV maximal die Fallzahlzuwachsbeschränkung verwendet. Ein Fallzahlzuwachs bis zur durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe bleibt davon unberührt. Auf Antrag kann der Vorstand aus Sicherstellungsgründen Ausnahmen von der Fallzahlzuwachsbeschränkungsregelung festlegen. Darüber hinaus kann der Vorstand für die in der ANLAGE 2 Nr. 1 HVM benannten Arztgruppen Ausnahmen von der Fallzahlzuwachsbeschränkungsregelung festlegen, wenn für die bedarfsplanungsrelevante Arztgruppe im Zulassungsbezirk Berlin ein Versorgungsgrad von weniger als 110 % festgestellt wird; der Vorstand überprüft in diesem Fall quartalsweise die Auswirkungen der Ausnahmeentscheidung und entscheidet nach pflichtgemäßem Ermessen über eine etwaige Verlängerung der Maßnahme.
- (4) Unterschreitet die nach Absatz 2 für das RLV im Abrechnungsquartal ermittelte RLV-Fallzahl der Praxis die für das jeweilige Vorjahresquartal zugewiesene RLV-Fallzahl der Praxis um bis zu 10 %, wird für die Ermittlung des RLV im Abrechnungsquartal weiterhin die zugewiesene Fallzahl des Vorjahresquartals verwendet. Bei Unterschreitungen um mehr als 10 % wird für die Ermittlung des RLV im Abrechnungsquartal die nach Absatz 2 für das RLV im Abrechnungsquartal ermittelte RLV-Fallzahl der Praxis um 10 % der zugewiesenen Fallzahl des Vorjahresquartals erhöht. Satz 1 und 2 findet keine Anwendung
 - für Praxen, deren RLV-Fallzahl im Vorjahresquartal bereits nach Satz 1 oder Satz 2 angehoben wurde,
 - für Praxen, die an Selektivverträgen nach § 73b oder § 140a SGB V mit Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung teilnehmen oder

- soweit die Unterschreitung der ermittelten RLV-Fallzahl auf der Veränderung der Gebührenordnung bzw. der Ausgliederung von bisher RLV-relevanten Leistungen beruht.
- (5) 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.

$$\frac{RLV - \text{Behandlungsfälle des Vorjahresquartals je Arztgruppe}}{\text{Tätigkeitsumfang* je Arztgruppe}}$$

*Der Tätigkeitsumfang, welcher im entsprechenden Quartal für die RLV-Berechnung verwendet wurde, wird hier zu Grunde gelegt.

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

- (6) Zur Berücksichtigung der Morbidität in der Arztpraxis ist das RLV gemäß Absatz 1 unter der Berücksichtigung der Versicherten nach Altersklassen gemäß ANLAGE 5 Nr. 3 HVM zu ermitteln.
- (7) Zur angemessenen Berücksichtigung der kooperativen Behandlung von Patienten in dafür gebildeten Versorgungsformen wird das zu erwartende praxisbezogene RLV je Versorgungsbereich
1. bei nicht standortübergreifenden fach- und schwerpunktgleichen Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten der gleichen Arztgruppe um 10 Prozent erhöht,
 2. bei standortübergreifenden fach- und schwerpunktgleichen Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten der gleichen Arztgruppe um 10 Prozent erhöht, soweit ein Kooperationsgrad von mindestens 10 % erreicht wird und
 3. in fach- und schwerpunktübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten, in denen mehrere Ärzte unterschiedlicher Arztgruppen tätig sind, unter Berücksichtigung des Kooperationsgrades der Einrichtung oder Praxis um die in nachstehender Tabelle in Prozent ausgewiesenen Anpassungsfaktoren erhöht.

Ab 01.10.2019	
Tabelle: Anpassungsfaktoren in Prozent	
Kooperationsgrad in Prozent	Anpassungsfaktor in Prozent
0 bis unter 10	0
10 bis unter 15	10
15 bis unter 20	15
20 bis unter 25	20
25 bis unter 30	25
größer gleich 30	30

Der Kooperationsgrad (KG) im Abrechnungsquartal (in %) wird wie folgt berechnet:

$$KG = \left(\frac{\text{relevante Arztfallzahl der Arztpraxis im VJQ}}{\text{relevante Behandlungsfallzahl der Arztpraxis im VJQ}} - 1 \right) * 100$$

VJQ = Vorjahresquartal

Soweit in Berufsausübungsgemeinschaften, Praxen mit angestellten Ärzten oder MVZ Ärzte der AG 33 tätig sind, erfolgt für diese Ärzte die prozentuale Steigerung über das praxisbezogene RLV je Versorgungsbereich hinaus, auch für die Zuweisungen bzgl. der 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 Berufsausübungsgemeinschaften.

Bei der Ermittlung des Kooperationsgrades werden im Rahmen des Job-Sharing tätige Ärzte nicht berücksichtigt.

- (8) Für Ärzte, die Leistungen bei Neupatienten i. S. d. § 87a Abs. 3 Punkt 5 SGB V extrabudgetär vergütet bekämen, die jedoch in einer Praxis tätig sind, die von dieser Regelung ausgenommen ist, wird der RLV-Fallwert um zwei Euro erhöht.

§ 10 Ermittlung der QZV

- (1) Ein Arzt erhält für die in ANLAGE 6 HVM aufgeführten Leistungsbereiche ein arztgruppenspezifisches QZV, wenn er
- in den für das Vorjahresquartal zur Abrechnung eingereichten Fällen gemäß § 21 Abs. 1 und Abs. 2 BMV-Ä (nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung i. S. d. HFB) mindestens eine Leistung des entsprechenden Leistungsbereichs gemäß ANLAGE 6 HVM erbracht und abgerechnet hat und
 - er die zutreffende Gebiets- bzw. Schwerpunktbezeichnung führt.
- (2) Die Berechnung der QZV erfolgt
- je RLV-Fall im Sinne des § 9 Abs. 2 HVM unter Berücksichtigung der Fallzahlzuwachsbeschränkung gemäß § 9 Abs. 3 HVM und der Fallzahlunterschreitung gemäß § 9 Abs. 4 HVM oder
 - je Leistungsfall.

Ein Leistungsfall definiert sich dadurch, dass der Arzt in dem im jeweiligen Vorjahresquartal abgerechneten Behandlungsfall (nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung i. S. d. HFB) mindestens eine Leistung des entsprechenden Leistungskatalogs gemäß ANLAGE 6 HVM erbracht und abgerechnet hat. Erbringen mehrere Ärzte derselben Arztgruppe gemäß ANLAGE 2 Nr. 1 HVM bei einem Versicherten Leistungen, die einem arztgruppenspezifischen QZV zuordnungsfähig sind, so wird der Leistungsfall für das jeweilige QZV zu gleichen Teilen auf diese Ärzte aufgeteilt. Für jeden in ANLAGE 6 HVM aufgeführten Leistungsbereich ist dargestellt, ob sich das QZV je RLV-Fall oder je Leistungsfall berechnet. Aus der Multiplikation des arztgruppenspezifischen Fallwertes für das entsprechende QZV gemäß ANLAGE 5 Nr. 5 HVM und der arztindividuellen Fallzahl gemäß Satz 1 berechnet sich das QZV eines Arztes gemäß ANLAGE 5 Nr. 6 HVM.

§ 11 Antrag auf Erhöhung der RLV/QZV-Fallzahl

Auf Antrag des Arztes kann durch die KV Berlin das arzt-/praxisbezogene RLV/QZV je Versorgungsbereich durch eine Anhebung der RLV/QZV-Fallzahl erhöht werden. Ein Arzt kann einen Antrag stellen, wenn aufgrund

1. Urlaubs- und krankheitsbedingter Vertretung eines Arztes der eigenen Berufsausübungsgemeinschaft,

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

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

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

Das Kriterium nach Nr. 4 kann ebenfalls angewendet werden, wenn sich die Praxis des Arztes in einem Verwaltungsbezirk befindet, der isoliert betrachtet für die bedarfsplanungsrelevante Arztgruppe einen Versorgungsgrad von weniger als 100 % aufweist. Dies gilt auch, wenn ein Arzt seine Praxis in einen solchen Verwaltungsbezirk verlegt.

§ 12 Ermittlung des RLV/QZV bei Neuzulassung

- (1) Ein Arzt, der die vertragsärztliche Tätigkeit erstmals aufnimmt (Neuarzt), erhält ein RLV und die QZV auf der Basis der Fallzahl desjenigen Arztes, dessen Arztsitz übernommen wurde (Vorgängerarzt). Soweit diese Fallzahl aufgrund von sachlich-rechnerischen Richtigstellungen geändert wird, ist diese geänderte Fallzahl ggf. auch rückwirkend für das RLV des neu tätigen Arztes maßgeblich. Für QZV, die als Voraussetzung eine Qualifikation nach § 135 Abs. 2 SGB V, § 137 SGB V oder das Führen einer Zusatzbezeichnung erfordern, müssen diese für den Neuarzt vorliegen.
- (2) Ein Neuarzt, der den Arztsitz nicht von einem Vorgängerarzt übernommen hat, erhält ein RLV auf der Basis der Hälfte der durchschnittlichen RLV-Fallzahl der jeweiligen Arztgruppe. Darüber hinaus kann auf Antrag ein QZV zugewiesen werden, soweit die hierfür erforderliche Qualifikation nach § 135 Abs. 2 SGB V, § 137 SGB V oder die Zusatzbezeichnung vorliegen. In diesen Fällen erfolgt die Berechnung der QZV ebenfalls auf der Basis der Hälfte der durchschnittlichen, für das jeweilige QZV relevanten Fallzahl der jeweiligen Arztgruppe.
- (3) Ein Neuarzt, der in Einzelpraxis tätig ist, kann ab der Neuaufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit innerhalb einer Aufbauphase von 12 Quartalen bzgl. der RLV- bzw. QZV-Fallzahl auf den Fachgruppenschnitt wachsen. Soweit die gemäß Abs. 1 bzw. Abs. 2 zugewiesene RLV- bzw. QZV-Fallzahl unterhalb des Fachgruppenschnitts liegt, im aktuellen Abrechnungsquartal durch den Arzt aber eine höhere Fallzahl abgerechnet und nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung anerkannt wurde, wird diese RLV- bzw. QZV-Fallzahl begrenzt bis zur durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe im Rahmen der Honorarfestsetzung zugrunde gelegt; dies gilt für QZV nur, wenn im Abrechnungsquartal tatsächlich eine Leistung des betreffenden QZV nach ANLAGE 6 HVM abgerechnet und nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung anerkannt wurde.
- (4) Auf einen Neuarzt, der in der Kooperationsform einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) oder einem MVZ tätig ist, findet die Regelung des Abs. 3 nur dann Anwendung, wenn sowohl der konkrete, einzelne Neuarzt noch nicht länger als 12 Quartale an der vertragsärztlichen Tätigkeit teilnimmt, als auch die Kooperationsform als solche sich noch in der Aufbauphase von 12 Quartalen befindet. Für den Beginn der Aufbauphase ist bei Kooperationen auf deren Bestand abzustellen; bei der BAG ist der Zeitpunkt der erstmaligen Gründung maßgeblich, bei einem MVZ der Zeitpunkt der erstmaligen Zulassung.

Ein Wachstum erfolgt in diesen Fällen maximal bis zu der Summe der Fachgruppenschnitte aller in der BAG bzw. dem MVZ tätigen Ärzte einer Arztgruppe unter Berücksichtigung der Tätigkeitszeiträume und -umfänge; für die Berechnung werden die zugelassenen und angestellten Ärzte innerhalb der BAG bzw. des MVZ herangezogen.

Insbesondere die Einbringung einer Zulassung in eine bestehende Praxis, die Neuanstellung eines Arztes in einer bestehenden Praxis, der Austausch von angestellten Ärzten innerhalb der bestehenden Praxis, die Verlegung des Standortes der Praxis im selben Planungsbereich oder der Wechsel der Organisationsform am selben Leistungsort begründen nicht einen Neubeginn der Aufbauphase.

- (5) Überschreitet ein Neuarzt im Sinne dieser Vorschrift innerhalb der ersten 12 Quartale nach der erstmaligen Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit in einem Quartal die durchschnittliche RLV- bzw. QZV-Fallzahl der Arztgruppe, gelten die vorgenannten Ausnahmeregelungen für das jeweils entsprechende Quartal der Folgejahre nicht mehr. Nach dem Ablauf von 12 Quartalen nach der erstmaligen Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit berechnet sich das RLV/QZV stets auf der Basis der Fallzahl des Vorjahresquartals.

§ 12a Neuzulassung MVZ und Berufsausübungsgemeinschaft

- (1) § 12 HVM gilt entsprechend für MVZ als Wachstumsgrenze im Sinne des § 12 HVM wird auf den gewichteten Mittelwert der durchschnittlichen RLV-Fallzahl der im MVZ jeweils vertretenen Arztgruppen abgestellt; für die Berechnung werden die zugelassenen und angestellten Ärzte innerhalb des MVZ herangezogen.
- (2) Insbesondere die Einbringung einer bereits bestehenden Zulassung in ein MVZ, die Neuanstellung eines Arztes oder der Austausch von angestellten Ärzten innerhalb eines MVZ begründen nicht die Annahme einer „neuen Zulassung“ im Sinne des § 12 Abs. 1 HVM.
- (3) Die Berufsausübungsgemeinschaft als solche ist vom Wachstum ausgeschlossen.

§ 13 Wechsel der Arztgruppe

Beim Wechsel der Arztgruppe durch einen Arzt sind die RLV-Vergütungsvolumen der entsprechenden Arztgruppen wie folgt anzupassen:

1. Die Berücksichtigung des Arztgruppenwechsels findet quartalsweise statt.
2. Erfolgt der Arztgruppenwechsel, ist die Bereinigung quartalsweise auf der Basis des Honorarbescheides des Vorjahresquartals des wechselnden Vertragsarztes durchzuführen.

Bei einem Arztgruppenwechsel, der gleichzeitig einen Versorgungsbereichswechsel darstellt, sind die KBV-Vorgaben zur Honorarverteilung gemäß Teil B Nr. 5 (ANLAGE 1 HVM) zu beachten.

§ 14 Ausscheiden aus einer BAG/MVZ

Beim Ausscheiden eines zugelassenen Arztes aus einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) oder einem MVZ erhält der Ausscheidende bei anschließender Fortführung der vertragsärztlichen Tätigkeit ein RLV/QZV auf der Basis der RLV-Fallzahl des entsprechenden Vorjahresquartals. Die KV Berlin kann auf Antrag eine abweichende Festsetzung vornehmen, wenn der Arzt darlegt, dass ihm nachweislich eine höhere Fallzahl für die Berechnung des RLV/QZV zusteht. Zum Nachweis geeignet ist in der Regel eine schriftliche, von sämtlichen Vertretungsberechtigten gemeinsam unterzeichnete Erklärung über die Aufteilung des RLV/QZV; bei MVZ ist die Erklärung vom ärztlichen Leiter zu unterzeichnen. Die Erklärung nach Satz 3 ist spätestens bis zur Bekanntgabe des RLV-/QZV-Bescheides für das Antragsquartal bei der KV Berlin einzureichen.

§ 15 Praxisbesonderheiten

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

- 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 Vorjahresquartals vorliegt.

Von einer besonderen, für die Versorgung bedeutsamen fachlichen Spezialisierung, wird grundsätzlich bei folgenden Leistungen/Leistungsbereichen ausgegangen:

- Besuchstätigkeit in der ärztlichen Betreuung in beschützenden Wohnheimen bzw. Einrichtungen bzw. Alten- oder Pflegeheimen;
- Durchführung von Leistungen nach GOP 01410, 01413;
- Durchführung von Leistungen nach GOP 20330, 20331, 20335, 20336, 20351, 20352;
- Durchführung von Leistungen nach GOP 34503, 34504, 34505 bei akuter oder chronischer Schmerzsymptomatik;
- Durchführung von Leistungen nach GOP 30130 durch Allergologen oder
- Durchführung von Leistungen der EBM-Abschnitte 4.4 und 4.5 durch Kinderärzte.

§ 15a Antrag auf RLV-Fallzahl-Übertragung

Hat ein Arzt dem Arztregister eine vorübergehende Praxisschließung wegen Urlaub angezeigt, so kann er die Übertragung der zugewiesenen RLV/QZV-Fallzahl auf das entsprechende Quartal des Folgejahres beantragen. Bei Antragsstellung hat der Arzt auch die Anzahl der zu übertragenden RLV/QZV-Fälle anzugeben, wenigstens jedoch 15 % seiner RLV/QZV-Fallzahl. Die RLV/QZV-Fallzahl für das Urlaubsquartal wird entsprechend verringert. Die Frist zur Antragsstellung endet zum Ablauf des Quartals, in dem die Praxisschließung beantragt wurde. Die KV Berlin verringert nach Stattgabe des Antrags die RLV/QZV-Fallzahl 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 Honorarvolumen „Labor“ und „ärztlicher Bereitschaftsdienst und Notfall“

- (1) Der Labor-Wirtschaftlichkeitsbonus (GOP 32001 EBM) wird aus dem gemäß § 4 Nr. 1 HVM gebildeten Honorarvolumen (Grundbetrag „Labor“) unter der Berücksichtigung des Abschnitts 1 Punkt 10 der ANLAGE 7 HVM zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet. Die veranlassten laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 (ohne Gebührenordnungspositionen 32860 bis 32865, 32902, 32904, 32906, 32908, 32931, 32932, 32937, 32945 und 32946) EBM (Anforderungen über Muster 10) werden aus dem gemäß § 4 Nr. 1 HVM gebildeten und nach Abzug der Vergütung nach Satz 1 verbleibenden Honorarvolumen (Grundbetrag „Labor“) unter der Berücksichtigung des Abschnitts 1 Punkt 10 der ANLAGE 7 HVM vergütet. Die Vergütung der in Satz 2 genannten Leistungen, die von Fachärzten für Laboratoriumsmedizin erbracht werden, unterliegen – sofern die Vergütung nicht außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung erfolgt – einer Mengensteuerung mittels praxisindividueller Laborbudgets (piLab). Die Berechnung des piLab erfolgt gemäß den Vorgaben in ANLAGE 4 HVM. Gemäß den Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung werden die EURO-Anforderungen im aktuellen Abrechnungsquartal für die in Satz 2 genannten Leistungen bis zur Grenze des piLab zu 100 Prozent der EBM-Sätze vergütet. Die über das piLab hinausgehenden EURO-Anforderungen werden zu 35 Prozent der EBM-Sätze vergütet. Neupraxen wird für die ersten vier Quartale kein piLab zugewiesen. Die EURO-

Anforderungen in diesem Zeitraum werden in Höhe von 89 Prozent der EBM-Sätze vergütet. Die EURO-Anforderungen der ersten vier Quartale einer Neupraxis werden als Basiszeitraum zur Budgetermittlung für die Folgequartale zu Grunde gelegt.

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

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

Die Referenz-Fallwerte für die Ermittlung des Budgets sind:

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

Der Referenz-Fallwert einer (Teil-)Berufsausübungsgemeinschaft, eines Medizinischen Versorgungszentrums und einer Praxis mit angestellten Ärzten wird als Summe der Produkte des relativen Anteils der Fälle eines Arztes in der Arztpraxis der arztgruppenbezogenen Referenz-Fallwerte der beteiligten Ärzte errechnet. Beteiligte Ärzte, die nicht zur Abrechnung von speziellen Laboratoriumsuntersuchungen des Abschnitts 32.3 EBM berechtigt sind oder der Fallwertsteuerung nicht unterliegen, werden mit einem Referenz-Fallwert von 0 Euro berücksichtigt. „Nicht-Laborärzten“ kann auf Antrag eine Erhöhung des Laborreferenzfallwertes gewährt werden, sofern Sie die Anforderungen der Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen erfüllen. Entsprechende Anträge können bis zum Ende der Abgabe der Abrechnungsunterlagen für das jeweilige Quartal gestellt werden.

- (2) Aus dem Honorarvolumen nach § 4 Nr. 2 HVM werden Leistungen des von der KV Berlin organisierten Not(fall)dienstes - Ärztlicher Bereitschaftsdienst (ÄBD) - und für die Notfallbehandlung während der Zeiten des organisierten Notdienstes inkl. der dabei erbrachten laboratoriumsmedizinischen Leistungen des Kapitels 32 EBM durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Institute und Krankenhäuser, unter der Berücksichtigung des Abschnitts 1 Punkt 10 in Verbindung mit Abschnitt 2 der ANLAGE 7 HVM zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet.

§ 19 Vergütung von Leistungen der versorgungsbereichsspezifischen Vorwegabzüge gemäß §§ 5 und 6 HVM

- (1) Die Kostenpauschalen des EBM-Kapitels 40 werden versorgungsbereichsspezifisch aus den gemäß § 5 Nr. 2 HVM bzw. § 6 Abs. 1 Nr. 2 HVM gebildeten Vorwegabzügen zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet.
- (2) Pathologische Leistungen des EBM-Kapitels 19, die auf Überweisung zur Durchführung von Probenuntersuchungen veranlasst wurden, werden maximal bis zur Höhe des gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 3 HVM gebildeten Vorwegabzuges unter der Berücksichtigung des Abschnitts 1 Punkt 10 der ANLAGE 7 HVM zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet. Soweit die Anforderung für diese Leistungen das bereitgestellte Vergütungsvolumen überschreitet, wird die arztseitige Vergütung entsprechend quotiert.
- (3) Diejenigen belegärztlichen Leistungen, die innerhalb der MGV vergütet werden, werden maximal bis zur Höhe des gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 4 HVM gebildeten Vorwegabzuges unter der Berücksichtigung des Abschnitts 1 Punkt 10 der ANLAGE 7 HVM zu den Preisen

der Euro-Gebührenordnung honoriert. Soweit die Anforderung für diese Leistungen das bereitgestellte Vergütungsvolumen überschreitet, wird die arztseitige Vergütung entsprechend quotiert.

- (4) Leistungen von Einrichtungen nach § 75 Abs. 9 SGB V werden aus dem gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 5 HVM gebildeten Vorwegabzug unter der Berücksichtigung des Abschnitts 1 Punkt 10 der ANLAGE 7 HVM zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet.
- (5) Anästhesiologische Leistungen im Zusammenhang mit der zahnärztlichen Behandlung von Patienten mit mangelnder Kooperationsfähigkeit bei geistiger Behinderung oder schwerer Dyskinesie aus dem gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 8 HVM gebildeten Vorwegabzug unter der Berücksichtigung des Abschnitts 1 Punkt 10 der ANLAGE 7 HVM zu den vollen Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet.
- (6) Die nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen gemäß § 5 Nr. 6 HVM werden unter der Berücksichtigung von § 20 zu demselben Preis vergütet, wie die Leistungen der BVV nach § 7 Abs. 3 Nr. 7 HVM.
- (7) Die von Hausärzten eigenerbrachten laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 (ohne GOPn 32860 bis 32865, 32902, 32904, 32906, 32908, 32931, 32932, 32937, 32945 und 32946) EBM sowie die von Hausärzten veranlassten und von Laborgemeinschaften abgerechneten laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen (Anforderung über Muster 10A) des Kapitels 32 (ohne GOPn 32860 bis 32865, 32902, 32904, 32906, 32908, 32931, 32932, 32937, 32945 und 32946) EBM werden aus dem gemäß § 5 Nr. 7 HVM gebildeten Vorwegabzug unter der Berücksichtigung des Abschnitts 1 Punkt 10 der ANLAGE 7 HVM in Höhe von 89 % der Preise der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet.
- (8) Die von Fachärzten eigenerbrachten laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 (ohne GOPn 32860 bis 32865, 32902, 32904, 32906, 32908, 32931, 32932, 32937, 32945 und 32946) EBM, die von Fachärzten veranlassten und von Laborgemeinschaften abgerechneten laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen (Anforderung über Muster 10A) des Kapitels 32 (ohne GOPn 32860 bis 32865, 32902, 32904, 32906, 32908, 32931, 32932, 32937, 32945 und 32946) EBM sowie die Laborgrundpauschale GOP 12220 EBM und der Konsiliarpauschale GOP 12210 EBM werden aus dem gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 9 HVM gebildeten Vorwegabzug unter der Berücksichtigung des Abschnitts 1 Punkt 10 der ANLAGE 7 HVM in Höhe von 89 % der Preise der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet.
- (9) Leistungen von neu ermächtigten fachärztlichen Instituten werden in den ersten vier Quartalen der Leistungserbringung aus dem gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 10 HVM gebildeten Vorwegabzug zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet.
- (10) Nach Ablauf eines Jahres werden diese Leistungen maximal bis zur Höhe des gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 11 HVM gebildeten Vorwegabzug zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet. Soweit die Anforderung für diese Leistungen das bereitgestellte Honorarvolumen überschreitet, wird die arztseitige Vergütung entsprechend quotiert.
- (11) Die Leistungen der ärztlich angeordneten Hilfeleistungen nach den Gebührenordnungspositionen 03060 bis 03065 werden aus dem gemäß § 5 Nr. 8 HVM gebildeten Vorwegabzug unter der Berücksichtigung des Abschnitts 1 Punkt 10 der ANLAGE 7 HVM maximal bis zur Höhe eines ab dem Quartal 2019-1 entsprechend dem Vergütungsvolumen des hausärztlichen Grundbetrages fortentwickelten Honorarvolumens in Höhe von 1.280.947 € zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet. Soweit die Anforderung für diese Leistungen dieses Honorarvolumen überschreitet, wird die arztseitige Vergütung entsprechend quotiert.
- (12) Die abgerechneten GOPn 01412T und 01413T für Hausbesuchsleistungen durch den ÄBD zu Sprechstundenzeiten werden versorgungsbereichsspezifisch aus den gemäß § 5 Nr. 11 HVM bzw. § 6 Abs. 1 Nr. 14 HVM gebildeten Vorwegabzügen zu den Preisen

der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet. Soweit die Anforderung für diese Leistungen das bereitgestellte Vergütungsvolumen überschreitet, wird die arztseitige Vergütung entsprechend quotiert.

- (13) Die abgerechneten Leistungen des Kapitels 25 EBM werden aus dem gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 15 HVM gebildeten Vorwegabzug zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenverordnung vergütet. Soweit die Anforderung für diese Leistungen das bereitgestellte Honorarvolumen überschreitet, wird die arztseitige Vergütung entsprechend quotiert.

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

Die Leistungen der Humangenetik „genetisches Labor“ gemäß Teil B Nr. 1.3 KBV-Vorgaben zur Honorarverteilung (ANLAGE 1 HVM) werden maximal bis zur Höhe des Honorarvolumens gemäß § 4 Nr. 5 HVM unter Berücksichtigung des Abschnitts 1 Punkt 10 der ANLAGE 7 HVM zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet. Soweit die Anforderung für diese Leistungen das bereitgestellte Honorarvolumen überschreitet, wird die arztseitige Vergütung entsprechend quotiert.

§ 19b Vergütung der Leistungen der PFG

Die Leistungen der „PFG“ werden maximal bis zur Höhe des Honorarvolumens gemäß § 4 Nr. 6 HVM unter Berücksichtigung des Abschnitts 1 Punkt 10 der ANLAGE 7 HVM zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet. Soweit die Anforderung für diese Leistungen das bereitgestellte Honorarvolumen überschreitet, wird die arztseitige Vergütung entsprechend quotiert. Mit dem Restbetrag nach § 6 Abs. 1 Nr. 12 HVM wird die „PFG“ entsprechend der Leistungsanforderung mit einem Zuschlag je angeforderten Punkt gefördert.

§ 19c Vergütung der Förderleistungen

Die Leistungen gemäß § 3 Abs. 2, § 5 Nrn. 9 und 10, § 6 Abs. 1 Nrn. 12 und 13 HVM werden entsprechend der Leistungsanforderung mit einem Zuschlag je angeforderten Punkt gefördert.

§ 20 Vergütung der Leistungen der BVV

Die Leistungen der BVV nach § 7 Abs. 3 HVM werden maximal bis zur Höhe des jeweiligen BVV unter der Berücksichtigung des Abschnitts 1 Punkt 10 der ANLAGE 7 HVM zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet. Soweit die Anforderung für diese Leistungen das jeweils bereitgestellte BVV überschreitet, wird die jeweilige arztseitige Vergütung entsprechend quotiert.

§ 21 Vergütung von Leistungen des RLV und der QZV

- (1) Leistungen, die dem RLV oder dem QZV unterliegen, werden bis zur zugewiesenen RLV-/QZV-Gesamthöhe der Praxis je Versorgungsbereich unter der Berücksichtigung der Vorgaben in ANLAGE 7 HVM zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet.
- (2) Die, die zugewiesene RLV-/QZV-Gesamthöhe je Versorgungsbereich überschreitende Leistungsmenge wird aus dem Vorwegabzug gemäß § 5 Nr. 4 HVM bzw. § 6 Abs. 1 Nr. 7 HVM zu abgestaffelten Preisen vergütet. Diese Preise ergeben sich versorgungsbereichsspezifisch aus der Quotierung der überschreitenden Leistungsmenge im Verhältnis zu den vorgenannten Abzügen.

§ 22 Vergütung von Leistungen im Krankenhaus nach § 75 Abs. 1a SGB V

Leistungen, die ein Krankenhaus im Rahmen eines vermittelten Termins der Terminservice-stelle nach § 75 Abs. 1a SGB V erbringt und bei der KV Berlin abrechnet, werden zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet. Die Vergütungsbeträge aus der MGV werden im nächstmöglichen Quartal von dem jeweiligen Vergütungsvolumen nach § 3 Nr. 1, 5 und 6 bzw. den arztgruppenspezifischen RLV-Verteilungsvolumen nach § 7 Abs. 1 Nr. 1 des hausärztlichen oder fachärztlichen Versorgungsbereichs abgezogen.

§ 22a Beschäftigung eines Weiterbildungsassistenten (WBA)

In den Fällen der Beschäftigung eines WBA im Rahmen der Förderung der Weiterbildung nach § 75a SGB V wird bei der Festlegung der Honorarkürzung wegen Ausdehnung der Praxis bzw. Aufrechterhaltung einer übergroßen Praxis der von der Praxis zu zahlende Anhebungsbetrag nach § 75a Abs. 1 Satz 4 SGB V berücksichtigt.

§ 22b Härtefallregelung

- (1) Verringert sich sowohl das Gesamthonorar als auch das Honorar je Fall einer Arztpraxis um mehr als 15 % gegenüber dem Vorjahresquartal, kann der Vorstand der KV Berlin im Einzelfall auf Antrag eine Ausgleichszahlung an die Praxis gewähren. Die Ausgleichszahlung erfolgt insbesondere nicht, wenn die Verringerung auf einer Veränderung des Leistungsangebotes der Praxis, der Veränderung der Gebührenordnung oder der Nichtfortgeltung von Sonderverträgen beruht. Durch die Zahlung nach Satz 1 wird der Honorarverlust bis 85 % des Fallwertes des Vorjahresquartals, höchstens jedoch bis 85 % des Gesamthonorars des Vorjahresquartals ausgeglichen.
- (2) Verringert sich das Gesamthonorar einer Arztpraxis in den Quartalen 2020-4 bis 2021-3 um mehr als 10 % gegenüber dem Vorjahresquartal, kann der Vorstand der KV Berlin im Einzelfall auf Antrag eine Ausgleichszahlung an die Praxis auch dann gewähren, wenn die Verringerung des Gesamthonorars darauf zurückzuführen ist, dass die Anzahl der nach § 87a Abs. 3 Satz 5 Nrn. 5 SGB V abgerechneten Fälle (sog. TSVG-Neupatienten) im Vergleich zum Vorjahresquartal zurückgegangen und gleichzeitig eine entsprechende Zunahme der RLV-relevanten Behandlungsfälle im Vergleich zum Vorjahresquartal zu verzeichnen ist. Ein Anspruch auf Gewährung der Ausgleichszahlung besteht nur, soweit das der Praxis zugewiesene RLV im Antragsquartal tatsächlich überschritten wurde. Durch die Zahlung nach Satz 1 wird der Honorarverlust im Umfang des tatsächlichen RLV-Überschreitungsbeitrages, höchstens jedoch bis zu 90 % des Gesamthonorars des Vorjahresquartals ausgeglichen.
Soweit die Arztpraxis zu einem späteren Zeitpunkt für dasselbe Quartal Nachvergütungen aufgrund anderer Tatbestände nach diesem HVM erhält, werden diese Nachvergütungen mit der Zahlung nach Satz 1 verrechnet.
- (3) Der Vorstand beobachtet die Auswirkungen der Honorarverteilung auf die einzelnen Arztgruppen. Im Falle von erheblichen Verwerfungen kann der Vorstand Stützungsmaßnahmen für einzelne Arztgruppen festlegen.

§ 22c Sonderregelung im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie

- (1) Mindert sich in Folge einer Pandemie, Epidemie, Endemie, Naturkatastrophe oder eines anderen Großschadensereignisses die Behandlungsfallzahl der Praxis gegenüber dem Vorjahresquartal, leistet die KV Berlin auf der Basis des § 87b Abs. 2a SGB V in der Fassung des Covid-19-Krankenhausentlastungsgesetzes ab dem 1. Quartal 2020 von Amts wegen versorgungsbereichsspezifisch Zahlungen an die Praxis zur Sicherstellung der Versorgung nach Maßgabe der folgenden Regelungen. Bei der Ermittlung des pandemiebedingten Fallzahlrückgangs werden nur Behandlungsfälle berücksichtigt, in denen eine Versicherten-/ Grund- oder Konsiliarpauschale abgerechnet wurde. Bei Fachgruppen, die regelmäßig keine persönlichen Arzt- / Patientenkontakte haben, erfolgt die Ermittlung anhand der Anzahl der abgerechneten Behandlungsfälle. Bei ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Leistungserbringern nach § 87b Abs. 2 Satz 4 SGB V (AG 61 bis 65) wird aufgrund der besonderen Vergütung nach Behandlungseinheiten bzgl. des pandemiebedingten Fallzahlrückgangs auf die Anzahl an Behandlungseinheiten abgestellt und bei einem festgestellten geminderten GKV-Gesamthonorar von einem pandemiebedingten Fallzahlrückgang ausgegangen.
- (2) Bei der Ermittlung der Minderung der Behandlungsfallzahl im Sinne des Absatz 1 sind Änderungen des Zulassungsstatus oder der Umfänge der Versorgungsaufträge zwischen dem Vergleichsquartal und dem Abrechnungsquartal zu berücksichtigen. Bei einem Neuarzt, der den Arztsitz von einem Vorgängerarzt übernommen hat, erfolgt die

Ermittlung der Minderung der Behandlungsfallzahl im Sinne des Absatz 1 auf der Grundlage der Behandlungsfallzahl des Vorgängers aus dem Vorjahresquartal und der Behandlungsfallzahl des Neuarztes aus dem Abrechnungsquartal. Bei einem Neuarzt, der den Arztsitz nicht von einem Vorgängerarzt übernommen hat, erfolgt die Ermittlung der Minderung der Behandlungsfallzahl im Sinne des Absatz 1 auf der Grundlage einer Gegenüberstellung der durchschnittlichen arztgruppenspezifischen Behandlungsfallzahl des Vorjahresquartals und der Behandlungsfallzahl des Neuarztes aus dem Abrechnungsquartal.

- (3) Ein Anspruch auf Zahlungen im Sinne des Absatz 1 besteht nur, wenn die in der Praxis tätigen Ärzte im Abrechnungsquartal im Rahmen des jeweiligen Versorgungsauftrages für die Versorgung von Patienten zur Verfügung stehen. Das ist der Fall, wenn die Praxis versorgungsbereichsspezifisch und unter Berücksichtigung anzeigepflichtiger Krankheits- und Abwesenheitstage an mindestens 80 % der in dem Abrechnungsquartal maßgeblichen Werkzeuge (Montag bis Freitag) eine vertragsärztliche Leistung zur Abrechnung eingereicht hat (nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung i. S. d. HFB); auf die 80 % werden Leistungen an Samstagen, Sonntagen angerechnet. Hat die Praxis an weniger als 80 % der in dem Abrechnungsquartal maßgeblichen Werkzeuge (Montag bis Freitag) eine vertragsärztliche Leistung zur Abrechnung eingereicht (nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung i. S. d. HFB), werden die Zahlungen im Sinne des Absatz 1 anteilig reduziert. Auf Antrag des Arztes kann durch den Vorstand der KV Berlin im begründeten Einzelfall eine abweichende Regelung getroffen werden.
- (4) Die Zahlungen im Sinne der Absätze 1 bis 3 beziehen sich auf das MGV-relevante Honorar des Vorjahresquartals. Es wird angestrebt, die von den Krankenkassen bezahlte MGV vollständig an die Ärzte auszukehren. Unter Berücksichtigung etwaiger Ausgleichszahlungen gemäß § 87a Abs. 3b SGB V und der Anrechnung etwaiger Entschädigungen nach dem Infektionsschutzgesetz oder finanzieller Hilfen aufgrund anderer Anspruchsgrundlagen, welche die Praxis erhalten hat, soll eine Stützung der Praxis auf 90 % des Gesamthonorars des Vorjahresquartals erfolgen. Über den Erhalt und die Höhe von Entschädigungen nach dem Infektionsschutzgesetz oder finanzieller Hilfen aufgrund anderer Anspruchsgrundlagen ist ein Nachweis grundsätzlich im Rahmen der Quartalsabrechnung einzureichen.

Bei einem Neuarzt, der den Arztsitz von einem Vorgängerarzt übernommen hat, ist Bemessungsgrundlage das Gesamthonorar des Vorgängerarztes aus dem Vorjahresquartal. Bei einem Neuarzt, der den Arztsitz nicht von einem Vorgängerarzt übernommen hat, ist Bemessungsgrundlage das durchschnittliche Gesamthonorar der betreffenden Arztgruppe aus dem Vorjahresquartal.

Die Finanzierung der Zahlungen im Sinne des Absatz 1 erfolgt grundsätzlich aus den freiwerdenden Mitteln in den entsprechenden versorgungsbereichsbezogenen Verteilungsvolumen. Reichen die zur Verfügung stehenden Mittel in einem Verteilungsvolumen nicht aus, wird die Zahlung im Sinne des Absatz 1 quotiert.

- (5) Voraussetzung für die Zahlungen im Sinne des Absatz 1 ist das Weiterbestehen der von der Bundesregierung beschlossenen epidemischen Lage von nationaler Tragweite. Die Zahlungen enden mit der Quartalsabrechnung des Quartals, in dem dieser Status durch die Bundesregierung aufgehoben wird.
- (6) Der Vorstand beobachtet die Auswirkungen der vorstehenden Regelungen und kann in Ausübung pflichtgemäßen Ermessens von ihnen abweichen. Das Nähere hierzu regelt der Vorstand.

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

- (1) Die in § 5 HVM und § 6 HVM gebildeten Vorwegabzüge sind mit Ausnahme des Vorwegabzuges für abgestaffelt zu vergütende Leistungen nach § 5 Nr. 4 HVM bzw. § 6 Abs. 1 Nr. 7 HVM innerhalb der Versorgungsbereiche verrechnungsfähig.

- (2) Nach Quartalsabschluss erfolgt unter Berücksichtigung von Absatz 1 je Honorarvolumen der Grundbeträge nach § 4 Nr. 1 bis 6 HVM ein Abgleich der Ausgaben und Einnahmen. Die Ausgaben nach Satz 1 umfassen die quartalsspezifischen Ausgaben der Honorargutschriften und die im jeweiligen Quartal gebuchten nichtquartalsspezifischen Ausgaben (z. B. aus Nachvergütungen); die Einnahmen nach Satz 1 umfassen die quartalsspezifischen Einnahmen aus der Rechnungslegung gegenüber den Krankenkassen anhand der für das abgerechnete Quartal ermittelten MGV unter Berücksichtigung des für das abgerechnete Quartal von der KBV übermittelten FKZ-Saldos sowie die im jeweiligen Quartal gebuchten nichtquartalsspezifischen Einnahmen (z. B. Rückforderungen). Die sich danach je Honorarvolumen der Grundbeträge nach § 4 Nr. 1 bis 6 HVM ergebenden Unter- oder Überschüsse werden nach den KBV-Vorgaben zur Honorarverteilung Teil B Nr. 7 (ANLAGE 1 HVM) unter Berücksichtigung der Regelung in § 7 Abs. 2 HVM im Folgejahresquartal als Übertrag zu den Honorarvolumen des haus- und des fachärztlichen Grundbetrages ausgeglichen.
- (3) Zur Deckung von zukünftigen Ausgaben (z. B. aufgrund von Rechtsstreitigkeiten) kann der Vorstand der KV Berlin nach pflichtgemäßem Ermessen aus den Honorarvolumen des haus- und des fachärztlichen Grundbetrages die Bildung von zweckgebundenen Rückstellungen beschließen. Unabhängig davon kann der Vorstand nach pflichtgemäßem Ermessen beschließen, Rückstellungen auch aus einem etwaigen positiven Quartalsaldo im Sinne des Absatzes 2 zu bilden. Die Auflösung der Rückstellungen erfolgt durch Beschluss des Vorstandes; hieraus resultierende Beträge werden dem jeweiligen Honorarvolumen des haus- und des fachärztlichen Grundbetrages wieder zugeführt.

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

- (1) Abweichend von den vorstehenden Regelungen kann ein etwaiger positiver Quartalsaldo im Sinne des § 23 Absatz 2 auch versorgungsbereichsspezifisch zur Sicherung der flächendeckenden Versorgung verwendet werden. Zu diesem Zweck kann der Vorstand nach pflichtgemäßem Ermessen im jeweiligen Abrechnungsquartal über eine Stützung des rechnerischen Punktwertes für Leistungen nach den §§ 18 bis 21 entscheiden. Eine Stützung erfolgt höchstens bis zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung.
- (2) Im Falle einer von der Bundesregierung beschlossenen epidemischen Lage von nationaler Tragweite ist der Vorstand in Ausübung pflichtgemäßen Ermessens ferner berechtigt, einen etwaigen positiven Quartalsaldo im Sinne des § 23 Absatz 2 zur Sicherstellung, Aufrechterhaltung und Verbesserung der medizinischen Versorgung zu verwenden (z. B. in Form von Sonderpauschalen für MGV-relevante Leistungen).
- (3) Führt die Anwendung der ANLAGE 10 dazu, dass bei einer Arztpraxis im Rahmen der RLV-Berechnung keine repräsentative RLV/QZV-Fallzahl mehr berücksichtigt wird, kann der Vorstand der KV Berlin im Einzelfall auf Antrag das arzt-/praxisbezogene RLV/QZV je Versorgungsbereich durch eine Anhebung der RLV/QZV-Fallzahl erhöhen.
- (4) Über Maßnahmen nach den Absätzen 1 bis 3 berichtet der Vorstand quartalsweise gegenüber dem Honorarverteilungsausschuss; anlassbezogen bittet der Honorarverteilungsausschuss um Berichterstattung in der Vertreterversammlung.
- (5) Die Regelungen der Absätze 1 bis 4 gelten für alle Quartale, für die der Honorarfestsetzungsbescheid zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses HVM noch nicht bestandkräftig ist.

§ 24 Geltungszeitraum

Dieser Honorarverteilungsmaßstab tritt zum 1. Oktober 2021 in Kraft.

- ANLAGE 1: Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Honorarverteilung in der jeweils geltenden Fassung
- ANLAGE 2: Arztgruppen, die der Mengensteuerung der RLV, der QZV sowie sonstiger Vergütungsbereiche unterliegen
- ANLAGE 3: Berechnung der Vergütungsanteile RLV, QZV, BVV
- ANLAGE 4: Ermittlung der praxisindividuellen Laborbudgets (piLab)
- ANLAGE 5: Berechnung der RLV, der QZV und des Morbifaktors
- ANLAGE 6: Qualitätsgebundenes Zusatzvolumen (QZV)
- ANLAGE 7: Bereinigung des zu erwartenden Honorars
- ANLAGE 8: Berechnung der Vorwegabzüge nach § 6 Abs. 1 Nr. 3 und 4
- ANLAGE 9: Anpassungsfaktoren je Arztgruppen zur Festsetzung des Regelleistungs-/QZV-Volumens
- ANLAGE 10: RLV-Berechnung auf Basis 2020 in Zusammenhang mit der Corona-Pandemie

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

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

ANLAGE 2: Arztgruppen, die der Mengensteuerung der RLV, der QZV sowie sonstiger Vergütungsbereiche unterliegen

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, die der Mengensteuerung der RLV, der QZV sowie sonstiger Vergütungsbereiche unterliegen

2. Psychotherapeutische Fachgruppen

2.1 Hausärztlicher Versorgungsbereich:

AG-Nr.	Arztgruppe (AG)
65	Ärzte, die gemäß Beschluss des Zulassungsausschusses an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen, aber gemäß § 18 Abs. 2 Bedarfsplanungsrichtlinie zu über 90% Psychotherapie erbringen
98	ÄBD-Ärzte (nicht Vertragsärzte)

2.2 Fachärztlicher Versorgungsbereich:

AG-Nr.	Arztgruppe (AG)
61	Psychologische Psychotherapeuten
62	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
63	Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
64	Ärzte, die gemäß § 18 Abs. 2 Bedarfsplanungsrichtlinie zu über 90% Psychotherapie erbringen und gemäß Beschluss des Zulassungsausschusses an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen

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

3.1 Hausärztlicher Versorgungsbereich:

AG-Nr.	Arztgruppe (AG)
73	Pflegeheime
65	Ärzte, die gemäß Beschluss des Zulassungsausschusses an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen, aber gemäß § 18 Abs. 2 Bedarfsplanungsrichtlinie zu über 90% Psychotherapie erbringen

3.2 Fachärztlicher Versorgungsbereich:

AG-Nr.	Arztgruppe (AG)
50 / 51	Laborgemeinschaften / Laborärzte (für Leistungen, die nicht Vorwegabzug sind oder außerhalb der MGV vergütet werden)
52	Pathologen (für Leistungen, die nicht Vorwegabzug sind oder außerhalb der MGV vergütet werden)
53	Strahlentherapeuten (für Leistungen, die nicht Vorwegabzug sind oder außerhalb der MGV vergütet werden)
61	Psychologische Psychotherapeuten (für Leistungen, die nicht Kap. 35.2 sind)
62	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (für Leistungen, die nicht Kap. 35.2 sind)
63	Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (für Leistungen, die nicht Kap. 35.2 sind)
64	Ärzte, die gemäß § 18 Abs. 2 Bedarfsplanungsrichtlinie zu über 90% Psychotherapie erbringen und gemäß Beschluss des Zulassungsausschusses an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen
66	Gesundheitszentrum für Flüchtlinge
70	KfH (für Leistungen, die nicht Vorwegabzug sind oder außerhalb der MGV vergütet werden)
74	Institute (Fachärztlich) (für Leistungen, die nicht Vorwegabzug sind oder außerhalb der MGV vergütet werden)
77	Geriatrische Institutsambulanz

ANLAGE 3: Berechnung der Vergütungsanteile RLV, QZV, BVV

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

$$RLV_{AG} = \frac{((LB_{AG}^{RLV} * \text{Anpassungsfaktor}) - LB_{AG}^{Korr})}{LB_{VB}^{Korr}} * VV_{VB}^{RLV}$$

LB_{AG}^{RLV}	Zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannter Leistungsbedarf der MGV in Punkten einer Arztgruppe gemäß ANLAGE 2 Nr. 1 HVM im Vorjahresquartal ohne Leistungen gemäß § 3 Abs. 1 Nrn. 1, 2, 5 und 6 HVM sowie ohne Leistungen der Vorwegabzüge gemäß §§ 5 und 6 HVM
LB_{AG}^{Korr}	Arztgruppenspezifisches Bereinigungsvolumen gemäß ANLAGE 3 Nr. 1b HVM
LB_{VB}^{Korr}	Angepasster Leistungsbedarf des Versorgungsbereichs gemäß ANLAGE 3 Nr. 4 HVM
VV_{VB}^{RLV}	Versorgungsbereichsspezifisches RLV-Verteilungsvolumen gemäß §§ 5 bzw. 6 HVM.
Anpassungsfaktor	Anpassungsfaktor aufgrund geänderter Punktbewertungen im Rahmen der EBM-Reform 2020-2

ANLAGE 3: Berechnung der Vergütungsanteile RLV, QZV, BVV

1b. Berechnung des Bereinigungsvolumens je RLV_{AG} gemäß § 87a Absatz 3 Satz 5 Nrn. 3 bis 6 SGB V (LB_{AG}^{Korr})

$$LB_{AG}^{Korr} = (TSVG_{AG}^{RLV} - LB_{AG}^{Diff})^1$$

$$LB_{AG}^{Diff} = (LB_{AG}^{RLV VVJQ} - LB_{AG}^{RLV})$$

$TSVG_{AG}^{RLV}$	Zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannter Leistungsbedarf in Punkten im Vorjahresquartal einer Arztgruppe gemäß ANLAGE 2 Nr. 1 HVM derjenigen Leistungen, die gemäß § 87a Absatz 3 Satz 5 Nrn. 3 bis 6 SGB V abgerechnet und der Bereinigung nach den Vorgaben der ANLAGE 7 Nr. 5 unterliegen
LB_{AG}^{Diff}	Differenzwert je Arztgruppe in Punkten aus $LB_{AG}^{RLV VVJQ}$ und LB_{AG}^{RLV}
$LB_{AG}^{RLV VVJQ}$	Zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannter Leistungsbedarf der MGV in Punkten einer Arztgruppe gemäß ANLAGE 2 Nr. 1 HVM im Vorvorjahresquartal ohne Leistungen gemäß § 3 Abs. 1 Nrn. 1, 2, 5 und 6 HVM sowie ohne Leistungen der Vorwegabzüge gemäß §§ 5 und 6 HVM
LB_{AG}^{RLV}	Zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannter Leistungsbedarf der MGV in Punkten einer Arztgruppe gemäß ANLAGE 2 Nr. 1 HVM im Vorjahresquartal ohne Leistungen gemäß § 3 Abs. 1 Nrn. 1, 2, 5 und 6 HVM sowie ohne Leistungen der Vorwegabzüge gemäß §§ 5 und 6 HVM

¹Die Berechnung des LB_{AG}^{Korr} erfolgt unter Berücksichtigung der nachfolgend definierten Bedingungen:

a) ist $LB_{AG}^{Diff} < 0$, dann ist $LB_{AG}^{Korr} = TSVG_{AG}^{RLV}$

Ist der LB_{AG}^{RLV} gegenüber dem $LB_{AG}^{RLV VVJQ}$ gestiegen und hat die betreffende Arztgruppe Leistungen gemäß § 87a Absatz 3 Satz 5 Nrn. 3 bis 6 SGB V durchgeführt und abgerechnet, ist davon auszugehen, dass sich die aufgrund der Abrechnung von Leistungen gemäß § 87a Absatz 3 Satz 5 Nrn. 3 bis 6 SGB V erfolgende Bereinigung nicht in der Entwicklung des anerkannten Leistungsbedarfs der MGV in Punkten dieser Arztgruppe im Vorjahresquartal gegenüber dem Vorvorjahresquartal abbildet. Aufgrund der durch den Gesetzgeber formulierten Intention, die Bereinigung verursacherbezogen wirken zu lassen und auf Arzteebene so umzusetzen, dass von der Bereinigung ausschließlich diejenigen Ärzte betroffen sind, die die extrabudgetären Leistungen durchführen und abrechnen, besteht in diesem Fall das Erfordernis, das LB_{AG}^{RLV} in Höhe des $TSVG_{AG}^{RLV}$ abzusenkten.

b) ist $LB_{AG}^{Diff} > 0$ und $< TSVG_{AG}^{RLV}$, dann ist $LB_{AG}^{Korr} = TSVG_{AG}^{RLV} - LB_{AG}^{Diff}$

Ist der LB_{AG}^{RLV} geringer als der $LB_{AG}^{RLV VVJQ}$ und ist dieser Differenzbetrag kleiner als der $TSVG_{AG}^{RLV}$, ist davon auszugehen, dass die aufgrund der Abrechnung von Leistungen gemäß § 87a Absatz 3 Satz 5 Nrn. 3 bis 6 SGB V erfolgende Bereinigung nicht vollumfänglich von dem Rückgang des anerkannten Leistungsbedarfs der MGV in Punkten dieser Arztgruppe im Vorjahresquartal gegenüber dem Vorvorjahresquartal erfasst ist. Aufgrund der durch den Gesetzgeber formulierten Intention, die Bereinigung verursacherbezogen wirken zu lassen und auf Arzteebene so umzusetzen, dass von der Bereinigung ausschließlich diejenigen Ärzte betroffen sind, die die extrabud-

ANLAGE 3: Berechnung der Vergütungsanteile RLV, QZV, BVV

getären Leistungen durchführen und abrechnen, besteht in diesem Fall das Erfordernis, das LB_{AG}^{RLV} in Höhe des sich ergebenden Differenzbetrages weiter abzusenken.

- c) ist $TSVG_{AG}^{RLV} = 0$, dann ist $LB_{AG}^{Korr} = 0$

Hat eine Arztgruppe im Vorjahresquartal keine Leistungen gemäß § 87a Absatz 3 Satz 5 Nrn. 3 bis 6 SGB V abgerechnet und damit auch kein den Vorgaben der ANLAGE 7 Nr. 5 unterliegendes Bereinigungsvolumen generiert, besteht für diese Arztgruppe kein Erfordernis, das LB_{AG}^{RLV} unter Berücksichtigung eines Korrekturbedarfs anzupassen.

- d) ist $LB_{AG}^{Diff} > 0$ und $\geq TSVG_{AG}^{RLV}$, dann ist $LB_{AG}^{Korr} = 0$

Ist der LB_{AG}^{RLV} geringer als der $LB_{AG}^{RLV VVJQ}$ und ist dieser Differenzbetrag größer/gleich dem $TSVG_{AG}^{RLV}$, ist davon auszugehen, dass die aufgrund der Abrechnung von Leistungen gemäß § 87a Absatz 3 Satz 5 Nrn. 3 bis 6 SGB V erfolgende Bereinigung bereits in dem Rückgang des anerkannten Leistungsbedarfs der MGV in Punkten dieser Arztgruppe im Vorjahresquartal gegenüber dem Vorvorjahresquartal enthalten ist. Aufgrund der durch den Gesetzgeber formulierten Intention, die Bereinigung verursacherbezogen wirken zu lassen und auf Arzteebene so umzusetzen, dass von der Bereinigung ausschließlich diejenigen Ärzte betroffen sind, die die extrabudgetären Leistungen durchführen und abrechnen, besteht in diesem Fall kein Erfordernis, das LB_{AG}^{RLV} weitergehend anzupassen.

ANLAGE 3: Berechnung der Vergütungsanteile RLV, QZV, BVV

2a. Mengengrenzung je Leistungsfall qualifikationsgebundenem Zusatzvolumen für jede Arztgruppe gemäß ANLAGE 6 HVM (QZV iL_{AG})

Wenn $\frac{QZV_{TAETAG}^{iL}}{QZV_{VVJQ_{AG}^{TAET}}^{iL}} < 1,00$, dann wird der Leistungsbedarf des L-QZV um bis zu 2% des Vorjahresquartalswert erhöht, jedoch nicht über den Faktor 1,00.

Wenn $\frac{QZV_{TAETAG}^{iL}}{QZV_{VVJQ_{AG}^{TAET}}^{iL}} > 1,02$, dann wird der Leistungsbedarf des L-QZV gesenkt bis auf den Faktor 1,02.

$VVJQ^{iL}$	Zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannter Leistungsbedarf der MGV in Punkten einer Arztgruppe gemäß ANLAGE 2 Nr. 1 HVM im Vorvorjahresquartal derjenigen Leistungen, die innerhalb eines leistungsfallbezogenen qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen i vergütet werden.
$VVJQ_{AG}^{TAET}$	Tätigkeitsumfang einer Arztgruppe gemäß ANLAGE 2 Nr. 1 HVM im Vorjahresquartal, die Leistungen innerhalb eines leistungsfallbezogenen qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen i abgerechnet haben
iL	Zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannter Leistungsbedarf der MGV in Punkten einer Arztgruppe gemäß ANLAGE 2 Nr. 1 HVM im Vorjahresquartal derjenigen Leistungen, die innerhalb eines qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen i vergütet werden
$TAETAG$	Tätigkeitsumfang einer Arztgruppe gemäß ANLAGE 2 Nr. 1 HVM im Vorjahresquartal, die Leistungen innerhalb eines leistungsfallbezogenen qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen i abgerechnet haben
i	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen einer Arztgruppe gemäß ANLAGE 6 HVM

ANLAGE 3: Berechnung der Vergütungsanteile RLV, QZV, BVV

2b. Berechnung des Vergütungsbereichs je qualifikationsgebundenem Zusatzvolumen für jede Arztgruppe gemäß ANLAGE 6 HVM (QZVⁱ_{AG})

$$QZV_{AG}^i = \frac{\left((LB_{AG}^i * \text{Anpassungsfaktor}) - LB_{AG}^{Korr^i} \right)}{LB_{VB}^{Korr}} * VV_{VB}^{RLV}$$

LB_{AG}^i	Zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannter Leistungsbedarf der MGV in Punkten einer Arztgruppe gemäß ANLAGE 2 Nr. 1 HVM im Vorjahresquartal derjenigen Leistungen, die innerhalb eines qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen i vergütet werden. Bei den L-QZV ist der angepasste Leistungsbedarf nach ANLAGE 3 Nr. 2a HVM zu verwenden.
i	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen einer Arztgruppe gemäß ANLAGE 6 HVM
$LB_{AG}^{Korr^i}$	Arztgruppenspezifisches Bereinigungsvolumen gemäß ANLAGE 3 Nr. 2b HVM
LB_{VB}^{Korr}	Angepasster Leistungsbedarf des Versorgungsbereichs gemäß ANLAGE 3 Nr. 4 HVM
VV_{VB}^{RLV}	Versorgungsbereichsspezifisches RLV-Verteilungsvolumen gemäß §§ 5 bzw. 6 HVM
Anpassungsfaktor	Anpassungsfaktor aufgrund geänderter Punktbewertungen im Rahmen der EBM-Reform 2020-2

ANLAGE 3: Berechnung der Vergütungsanteile RLV, QZV, BVV

2c. Berechnung des Bereinigungsvolumens je QZVⁱ gemäß § 87a Absatz 3 Satz 5 Nrn. 3 bis 6 SGB V

$$LB_{AG}^{Korr} = \left(TSVG_{AG}^{QZV^i} - LB_{AG}^{QZV^i} \cdot VVJQ - LB_{AG}^{QZV^i} \right)^1$$

$$LB_{AG}^{Diff} = \left(LB_{AG}^{QZV^i} \cdot VVJQ - LB_{AG}^{QZV^i} \right)$$

$TSVG_{AG}^{QZV^i}$	Zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannter Leistungsbedarf in Punkten im Vorjahresquartal einer Arztgruppe gemäß ANLAGE 2 Nr. 1 HVM derjenigen Leistungen, die gemäß § 87a Absatz 3 Satz 5 Nrn. 3 bis 6 SGB V abgerechnet und der Bereinigung nach den Vorgaben der ANLAGE 7 Nr. 5 unterliegen
i	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen einer Arztgruppe gemäß ANLAGE 6 HVM
$LB_{AG}^{QZV^i} \cdot VVJQ$	Zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannter Leistungsbedarf der MGV in Punkten einer Arztgruppe gemäß ANLAGE 2 Nr. 1 HVM im Vorvorjahresquartal ohne Leistungen gemäß § 3 Abs. 1 Nrn. 1, 2, 5 und 6 HVM sowie ohne Leistungen der Vorwegabzüge gemäß §§ 5 und 6 HVM
$LB_{AG}^{QZV^i}$	Zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannter Leistungsbedarf der MGV in Punkten einer Arztgruppe gemäß ANLAGE 2 Nr. 1 HVM im Vorjahresquartal ohne Leistungen gemäß § 3 Abs. 1 Nrn. 1, 2, 5 und 6 HVM sowie ohne Leistungen der Vorwegabzüge gemäß §§ 5 und 6 HVM unter Berücksichtigung von ANLAGE 3 Nr. 2a

¹Die Berechnung des LB_{AG}^{Korr} erfolgt unter Berücksichtigung der nachfolgend definierten Bedingungen:

a) ist $LB_{AG}^{Diff} < 0$, dann ist $LB_{AG}^{Korr} = TSVG_{AG}^{QZV^i}$

Ist der $LB_{AG}^{QZV^i}$ gegenüber dem $LB_{AG}^{QZV^i} \cdot VVJQ$ gestiegen und hat die betreffende Arztgruppe Leistungen gemäß § 87a Absatz 3 Satz 5 Nrn. 3 bis 6 SGB V durchgeführt und abgerechnet, ist davon auszugehen, dass sich die aufgrund der Abrechnung von Leistungen gemäß § 87a Absatz 3 Satz 5 Nrn. 3 bis 6 SGB V erfolgende Bereinigung nicht in der Entwicklung des anerkannten Leistungsbedarfs der MGV in Punkten dieser Arztgruppe im Vorjahresquartal gegenüber dem Vorvorjahresquartal abbildet. Aufgrund der durch den Gesetzgeber formulierten Intention, die Bereinigung verursacherbezogen wirken zu lassen und auf Arzteebene so umzusetzen, dass von der Bereinigung ausschließlich diejenigen Ärzte betroffen sind, die die extrabudgetären Leistungen durchführen und abrechnen, besteht in diesem Fall das Erfordernis, das $LB_{AG}^{QZV^i}$ in Höhe des $TSVG_{AG}^{QZV^i}$ abzusenkten.

b) ist $LB_{AG}^{Diff} > 0$ und $< TSVG_{AG}^{QZV^i}$, dann ist $LB_{AG}^{Korr} = TSVG_{AG}^{QZV^i} - LB_{AG}^{Diff}$

Ist der $LB_{AG}^{QZV^i}$ geringer als der $LB_{AG}^{QZV^i} \cdot VVJQ$ und ist dieser Differenzbetrag kleiner als der $TSVG_{AG}^{QZV^i}$, ist davon auszugehen, dass die aufgrund der Abrechnung von Leistungen gemäß § 87a Absatz 3 Satz 5 Nrn. 3 bis 6 SGB V erfolgende Bereinigung

ANLAGE 3: Berechnung der Vergütungsanteile RLV, QZV, BVV

nicht vollumfänglich von dem Rückgang des anerkannten Leistungsbedarfs der MGV in Punkten dieser Arztgruppe im Vorjahresquartal gegenüber dem Vorvorjahresquartal erfasst ist. Aufgrund der durch den Gesetzgeber formulierten Intention, die Bereinigung verursacherbezogen wirken zu lassen und auf Arzzebene so umzusetzen, dass von der Bereinigung ausschließlich diejenigen Ärzte betroffen sind, die die extrabudgetären Leistungen durchführen und abrechnen, besteht in diesem Fall das Erfordernis, das $LB_{AG}^{QZV^i}$ in Höhe des sich ergebenden Differenzbetrages weiter abzusenken.

- c) ist $TSVG_{AG}^{QZV^i} = 0$, dann ist $LB_{AG}^{Korr} = 0$

Hat eine Arztgruppe im Vorjahresquartal keine Leistungen gemäß § 87a Absatz 3 Satz 5 Nrn. 3 bis 6 SGB V abgerechnet und damit auch kein den Vorgaben der ANLAGE 7 Nr. 5 unterliegendes Bereinigungsvolumen generiert, besteht für diese Arztgruppe kein Erfordernis, das $LB_{AG}^{QZV^i}$ unter Berücksichtigung eines Korrekturbedarfs anzupassen.

- d) ist $LB_{AG}^{Diff} > 0$ und $\geq TSVG_{AG}^{QZV^i}$, dann ist $LB_{AG}^{Korr} = 0$

Ist der $LB_{AG}^{QZV^i}$ geringer als der $LB_{AG}^{QZV^i} \text{ VVJQ}$ und ist dieser Differenzbetrag größer/gleich dem $TSVG_{AG}^{QZV^i}$, ist davon auszugehen, dass die aufgrund der Abrechnung von Leistungen gemäß § 87a Absatz 3 Satz 5 Nrn. 3 bis 6 SGB V erfolgende Bereinigung bereits in dem Rückgang des anerkannten Leistungsbedarfs der MGV in Punkten dieser Arztgruppe im Vorjahresquartal gegenüber dem Vorvorjahresquartal enthalten ist. Aufgrund der durch den Gesetzgeber formulierten Intention, die Bereinigung verursacherbezogen wirken zu lassen und auf Arzzebene so umzusetzen, dass von der Bereinigung ausschließlich diejenigen Ärzte betroffen sind, die die extrabudgetären Leistungen durchführen und abrechnen, besteht in diesem Fall kein Erfordernis, das $LB_{AG}^{QZV^i}$ weitergehend anzupassen.

ANLAGE 3: Berechnung der Vergütungsanteile RLV, QZV, BVV

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

$$BVV^0 = \frac{((LB_{BVV}^0 * \text{Anpassungsfaktor}) - LB_{AG}^{Korr^0})}{LB_{VB}^{Korr}} * VV_{VB}^{RLV}$$

LB_{BVV}^0	Zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannter Leistungsbedarf der MGV in Punkten einer Arztgruppe gemäß ANLAGE 2 HVM im Vorjahresquartal derjenigen Leistungen, die innerhalb eines besonderen Verteilungsvolumen vergütet werden.
o	Besonderes Verteilungsvolumen gemäß § 7 Abs. 3 HVM
$LB_{AG}^{Korr^0}$	Arztgruppenspezifisches Bereinigungsvolumen gemäß ANLAGE 3 Nr. 3b HVM
LB_{VB}^{Korr}	Angepasster Leistungsbedarf des Versorgungsbereichs gemäß ANLAGE 3 Nr. 4 HVM
VV_{VB}^{RLV}	Versorgungsbereichsspezifisches RLV-Verteilungsvolumen gemäß §§ 5 bzw. 6 HVM
Anpassungsfaktor	Anpassungsfaktor aufgrund geänderter Punktbewertungen im Rahmen der EBM-Reform 2020-2

ANLAGE 3: Berechnung der Vergütungsanteile RLV, QZV, BVV

3b. Berechnung des Bereinigungsvolumens je besonderen Verteilungsvolumen (BVV), gemäß § 87a Absatz 3 Satz 5 Nrn. 3 bis 6 SGB V

$$LB_{AG}^{Korr} = (TSVG_{AG}^{BVV^0} - LB_{AG}^{BVV^0} VVJQ - LB_{AG}^{BVV^0})^1$$

$$LB_{AG}^{Diff} = (LB_{AG}^{BVV^0} VVJQ - LB_{AG}^{BVV^0})$$

- $TSVG_{AG}^{BVV^0}$ Zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannter Leistungsbedarf in Punkten im Vorjahresquartal einer Arztgruppe gemäß ANLAGE 2 HVM derjenigen Leistungen, die gemäß § 87a Absatz 3 Satz 5 Nrn. 3 bis 6 SGB V abgerechnet und der Bereinigung nach den Vorgaben der ANLAGE 7 Nr. 5 unterliegen
- o Besonderes Verteilungsvolumen gemäß § 7 Abs. 3 HVM
- $LB_{AG}^{BVV^0} VVJQ$ Zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannter Leistungsbedarf der MGV in Punkten einer Arztgruppe gemäß ANLAGE 2 HVM im Vorjahresquartal ohne Leistungen gemäß § 3 Abs. 1 Nrn. 1, 2, 5 und 6 HVM sowie ohne Leistungen der Vorwegabzüge gemäß §§ 5 und 6 HVM
- $LB_{AG}^{BVV^0}$ Zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannter Leistungsbedarf der MGV in Punkten einer Arztgruppe gemäß ANLAGE 2 HVM im Vorjahresquartal ohne Leistungen gemäß § 3 Abs. 1 Nrn. 1, 2, 5 und 6 HVM sowie ohne Leistungen der Vorwegabzüge gemäß §§ 5 und 6 HVM,

¹Die Berechnung des LB_{AG}^{Korr} erfolgt unter Berücksichtigung der nachfolgend definierten Bedingungen:

- a) ist $LB_{AG}^{Diff} < 0$, dann ist $LB_{AG}^{Korr} = TSVG_{AG}^{BVV^0}$

Ist der $LB_{AG}^{BVV^0}$ gegenüber dem $LB_{AG}^{BVV^0} VVJQ$ gestiegen und hat die betreffende Arztgruppe Leistungen gemäß § 87a Absatz 3 Satz 5 Nrn. 3 bis 6 SGB V durchgeführt und abgerechnet, ist davon auszugehen, dass sich die aufgrund der Abrechnung von Leistungen gemäß § 87a Absatz 3 Satz 5 Nrn. 3 bis 6 SGB V erfolgende Bereinigung nicht in der Entwicklung des anerkannten Leistungsbedarfs der MGV in Punkten dieser Arztgruppe im Vorjahresquartal gegenüber dem Vorjahresquartal abbildet. Aufgrund der durch den Gesetzgeber formulierten Intention, die Bereinigung verursacherbezogen wirken zu lassen und auf Arzzebene so umzusetzen, dass von der Bereinigung ausschließlich diejenigen Ärzte betroffen sind, die die extrabudgetären Leistungen durchführen und abrechnen, besteht in diesem Fall das Erfordernis, das $LB_{AG}^{BVV^0}$ in Höhe des $TSVG_{AG}^{BVV^0}$ abzusenkten.

- b) ist $LB_{AG}^{Diff} > 0$ und $< TSVG_{AG}^{BVV^0}$, dann ist $LB_{AG}^{Korr} = TSVG_{AG}^{BVV^0} - LB_{AG}^{Diff}$

Ist der $LB_{AG}^{BVV^0}$ geringer als der $LB_{AG}^{BVV^0} VVJQ$ und ist dieser Differenzbetrag kleiner als der $TSVG_{AG}^{BVV^0}$, ist davon auszugehen, dass die aufgrund der Abrechnung von Leistungen gemäß § 87a Absatz 3 Satz 5 Nrn. 3 bis 6 SGB V erfolgende Bereinigung nicht vollumfänglich von dem Rückgang des anerkannten Leistungsbedarfs der MGV in Punkten dieser Arztgruppe im Vorjahresquartal gegenüber dem Vorjahresquartal erfasst ist. Aufgrund der durch den Gesetzgeber formulierten Intention, die Bereinigung verursacherbezogen wirken zu lassen und auf Arzzebene so umzusetzen,

ANLAGE 3: Berechnung der Vergütungsanteile RLV, QZV, BVV

dass von der Bereinigung ausschließlich diejenigen Ärzte betroffen sind, die die extrabudgetären Leistungen durchführen und abrechnen, besteht in diesem Fall das Erfordernis, das $LB_{AG}^{BVV^0}$ in Höhe des sich ergebenden Differenzbetrages weiter abzusenken.

- c) ist $TSVG_{AG}^{BVV^0} = 0$, dann ist $LB_{AG}^{Korr} = 0$

Hat eine Arztgruppe im Vorjahresquartal keine Leistungen gemäß § 87a Absatz 3 Satz 5 Nrn. 3 bis 6 SGB V abgerechnet und damit auch kein den Vorgaben der ANLAGE 7 Nr. 5 unterliegendes Bereinigungsvolumen generiert, besteht für diese Arztgruppe kein Erfordernis, das $LB_{AG}^{BVV^0}$ unter Berücksichtigung eines Korrekturbedarfs anzupassen.

- d) ist $LB_{AG}^{Diff} > 0$ und \geq , $TSVG_{AG}^{BVV^0}$ dann ist $LB_{AG}^{Korr} = 0$

Ist der $LB_{AG}^{BVV^0}$ geringer als der $LB_{AG}^{BVV^0}$ VVJQ und ist dieser Differenzbetrag größer/gleich dem $TSVG_{AG}^{BVV^0}$, ist davon auszugehen, dass die aufgrund der Abrechnung von Leistungen gemäß § 87a Absatz 3 Satz 5 Nrn. 3 bis 6 SGB V erfolgende Bereinigung bereits in dem Rückgang des anerkannten Leistungsbedarfs der MGV in Punkten dieser Arztgruppe im Vorjahresquartal gegenüber dem Vorvorjahresquartal enthalten ist. Aufgrund der durch den Gesetzgeber formulierten Intention, die Bereinigung verursacherbezogen wirken zu lassen und auf Arzzebene so umzusetzen, dass von der Bereinigung ausschließlich diejenigen Ärzte betroffen sind, die die extrabudgetären Leistungen durchführen und abrechnen, besteht in diesem Fall kein Erfordernis, das $LB_{AG}^{BVV^0}$ weitergehend anzupassen.

ANLAGE 3: Berechnung der Vergütungsanteile RLV, QZV, BVV

4. Berechnung des Bereinigungsvolumens gemäß § 87a Absatz 3 Satz 5 Nrn. 3 bis 6 SGB V je Versorgungsbereich (LB_{VB}^{Korr})

$$LB_{VB}^{Korr} = ((LB_{VB} * \text{Anpassungsfaktor}) - LB_{AG^i}^{Korr})$$

LB_{VB}	Zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannter Leistungsbedarf der MGV in Punkten aller Arztgruppen gemäß ANLAGE 2 HVM eines Versorgungsbereichs im Vorjahresquartal ohne Leistungen gemäß § 3 Abs. 1 Nrn. 1, 2, 5 und 6 HVM sowie ohne Leistungen der Vorwegabzüge gemäß §§ 5 und 6 HVM
$LB_{AG^i}^{Korr}$	Korrekturwert des Leistungsbedarfs aller Arztgruppen gemäß ANLAGE 2 HVM eines Versorgungsbereichs gemäß ANLAGE 3 Nr. 1b, 2c und 3b HVM
Anpassungsfaktor	Anpassungsfaktor aufgrund geänderter Punktbewertungen im Rahmen der EBM-Reform 2020-2 bezogen auf den Versorgungsbereich

ANLAGE 3: Berechnung der Vergütungsanteile RLV, QZV, BVV

5. Berechnung des TSVG-Korrekturwertes je Arzt (RLV_{LANR}^{Korr})¹

$$RLV_{LANR}^{Korr} = \left(TSVG_{LANR}^{abgerechnet} - \left(RLV_{LANR}^{zugewiesen} * \text{Änderung}_{max} \right) \right) * \frac{TSVG_{LANR}^{Bereinigung}}{TSVG_{LANR}^{abgerechnet}}$$

$$RLV_{LANR}^{Korr} \text{ wenn } RLV_{LANR}^{abgerechnet} - RLV_{LANR}^{zugewiesen} + TSVG_{LANR}^{abgerechnet} > RLV_{LANR}^{zugewiesen} * \text{Änderung}_{max}$$

$TSVG_{LANR}^{abgerechnet}$	Behandlungsfälle eines Arztes die Leistungen enthalten, die gemäß § 87a Absatz 3 Satz 5 Nrn. 3 bis 6 SGB V abgerechnet und der Bereinigung nach den Vorgaben der ANLAGE 7 Nr. 5 Punkt 2 HVM unterliegen
$RLV_{LANR}^{zugewiesen}$	Zugewiesene RLV-Behandlungsfallzahl eines Arztes gemäß § 9 Abs. 3 und 4 HVM
Änderung_{max}	0,15
$TSVG_{LANR}^{Bereinigung}$	Bereinigungsbeitrag eines Arztes gemäß ANLAGE 7 Nr. 5 Abs. 2 HVM
$RLV_{LANR}^{abgerechnet}$	Abgerechnete RLV-Behandlungsfälle gemäß § 9 Abs. 2 HVM eines Arztes

Die sich ergebene Summe aus RLV_{LANR}^{Korr} wird vom RLV/QZV-Honorarvolumen des Arztes, entsprechend der zugrundeliegenden BSNR, abgezogen. Ist der Wert aus RLV_{LANR}^{Korr} negativ, wird dieser nicht berücksichtigt.

¹Der TSVG-Korrekturwert wie der TSVG-Anpassungswert dienen dazu, ungewollte Effekte der Honorarverteilung, die sich aus den Vorgaben des Gesetzgebers (zur Entbudgetierung und Bereinigung gemäß § 87a Absatz 3 Satz 5 Nrn. 3 bis 6 SGB V) ergeben, abzufedern. Sie dienen der Sicherung der Honorarstabilität und zur Aufrechterhaltung der Honorarverteilungsgerechtigkeit.

ANLAGE 3: Berechnung der Vergütungsanteile RLV, QZV, BVV

6. Berechnung des TSVG-Ausgleichwertes (RLV_{LANR}^{Ausg})¹

$$RLV_{LANR}^{Ausg} = \frac{RLV_{LANR}^{abgerechnet}}{RLV_{AG}^{abgerechnet}} * RLV_{AG}^{Korr\ Gesamt}$$

$$RLV_{LANR}^{Ausg} \text{ wenn } RLV_{LANR}^{zugewiesen} \geq RLV_{LANR}^{abgerechnet} + TSVG_{LANR}^{abgerechnet}$$

$RLV_{LANR}^{abgerechnet}$

Abgerechnete RLV-Behandlungsfälle gemäß § 9 Abs. 2 HVM eines Arztes

$RLV_{AG}^{abgerechnet}$

Abgerechnete RLV-Behandlungsfälle einer Arztgruppe gemäß § 9 Abs. 2 HVM, wobei jede Arztgruppe in der Gliederung nach dem zweistelligen Fachgruppencode gemäß Anlage 1 der Vereinbarung gemäß § 293 Absätze 4 und 7 SGB V ermittelt wird. Hierbei werden nur die RLV-Behandlungsfälle einer Arztgruppe je Arzt berücksichtigt, die für die Berechnung des TSVG-Ausgleichwertes berücksichtigt werden.

$RLV_{AG}^{Korr\ Gesamt}$

Gesamtsumme des Korrekturwertes gemäß ANLAGE 3 Punkt 5 HVM je Arztgruppe, wobei jede Arztgruppe in der Gliederung nach dem zweistelligen Fachgruppencode gemäß Anlage 1 der Vereinbarung gemäß § 293 Absätze 4 und 7 SGB V ermittelt wird

$RLV_{LANR}^{zugewiesen}$

Zugewiesene RLV-Behandlungsfallzahl eines Arztes gemäß § 9 Abs. 3 und 4 HVM

$TSVG_{LANR}^{abgerechnet}$

Behandlungsfälle eines Arztes die Leistungen enthalten, die gemäß § 87a Absatz 3 Satz 5 Nrn. 3 bis 6 SGB V abgerechnet und der Bereinigung nach den Vorgaben der ANLAGE 7 Nr. 5 Punkt 2 HVM unterliegen

Die sich ergebende Summe aus RLV_{LANR}^{Ausg} wird auf das RLV/QZV-Honorarvolumen des Arztes, entsprechend der zugrundeliegenden BSNR, aufgerechnet.

¹Der TSVG-Korrekturwert wie der TSVG-Anpassungswert dienen dazu, ungewollte Effekte der Honorarverteilung, die sich aus den Vorgaben des Gesetzgebers (zur Entbudgetierung und Bereinigung gemäß § 87a Absatz 3 Satz 5 Nrn. 3 bis 6 SGB V) ergeben, abzufedern. Sie dienen der Sicherung der Honorarstabilität und zur Aufrechterhaltung der Honorarverteilungsgerechtigkeit.

ANLAGE 4: Ermittlung der praxisindividuellen Laborbudgets (piLab)

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

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

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

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

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

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

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

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

ANLAGE 5: Berechnung der RLV, der QZV und des Morbifaktors

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 § 9 Abs. 2 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 und Abs. 4 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. 7 HVM.

3. Morbiditätsbezogene Differenzierung des Regelleistungsvolumens nach Altersklassen gemäß § 9 Abs. 6 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 RLV, der QZV und des Morbifaktors

$n_f =$ 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.

4. gestrichen

5. Berechnung des Fallwertes für ein qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen

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

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

AG	RLV-AG	QZV-Nr.	QZV	GOP	FALLZÄHLUNG	
					Leistungsfall	RLV-Fall
01	Hausärztliche Internisten / Allgemeinmediziner / Praktiker	01	Akupunktur	30790, 30791	L	
		02	Allergologie	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123	L	
		04	Behandlung von Hämorrhoiden	30610, 30611	L	
		09	Chirotherapie	30200, 30201	L	
		14	Ergometrie	03321	L	
		20	Hyposensibilisierung	30130	L	
		24	Kardiorespiratorische Polygraphie	30900	L	
		30	Langzeit-Blutdruckmessung	03324		R
		41	Phlebologie	30500, 30501	L	
		44	Physikalische Therapie	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421	L	
		47	Proktologie	03331, 30600, 30601	L	
		48	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	L	
		50	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	L	
		52	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	30710, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760	L	
		53	Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	30700, 30702, 30704, 30708	L	
		56	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	L	
		58	Sonographie III	33060, 33061, 33062	L	
60	Spirometrie	03330		R		
82	Langzeit-EKG	03322	L			
83	Langzeit-EKG	03241	L			
108	TENS	30712	L			

ANLAGE 6: Qualitätsgebundenes Zusatzvolumen (QZV)

AG	RLV-AG	QZV-Nr.	QZV	GOP	FALLZÄHLUNG	
					Leistungsfall	RLV-Fall
04	Hausärztliche Kinderärzte / Fachärztliche Kinderärzte ohne Schwerpunkt oder mit Schwerpunkt Kinder-Nephrologie	02	Allergologie	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123		R
		14	Ergometrie	04321	L	
		20	Hyposensibilisierung	30130		R
		30	Langzeit-Blutdruckmessung	04324	L	
		31	Langzeit-EKG	04241, 04322	L	
		48	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	L	
		50	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	L	
		56	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	L	
		57	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040	L	
		58	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33076	L	
		60	Spirometrie	04330		R
		87	Leistungen Abschnitt 4.4	04410, 04411, 04413, 04414, 04415, 04416, 04417, 04419, 04420, 04430, 04431, 04433, 04434, 04435, 04436, 04437, 04439, 04441, 04442, 04443	L	
		88	Leistungen Abschnitt 4.5	04511, 04512, 04513, 04516, 04523, 04525, 04527, 04530, 04532, 04534, 04535, 04536, 04537, 04550, 04551, 04580	L	
95	Sonographie IV	33041, 33051, 33063, 33064	L			
06	Fachärztliche Kinderärzte mit Schwerpunkt Kinderkardiologie	02	Allergologie	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123		R
		14	Ergometrie	04321		R
		20	Hyposensibilisierung	30130		R
		30	Langzeit-Blutdruckmessung	04324		R
		31	Langzeit-EKG	04241, 04322	L	
		48	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	L	
		50	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	L	

ANLAGE 6: Qualitätsgebundenes Zusatzvolumen (QZV)

AG	RLV-AG	QZV-Nr.	QZV	GOP	FALLZÄHLUNG	
					Leistungsfall	RLV-Fall
06	Fachärztliche Kinderärzte mit Schwerpunkt Kinderkardiologie	56	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	L	
		57	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040	L	
		58	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33076	L	
		60	Spirometrie	04330		R
		87	Leistungen Abschnitt 4.4	04410, 04411, 04413, 04414, 04415, 04416, 04417, 04419, 04420, 04430, 04431, 04433, 04434, 04435, 04436, 04437, 04439, 04441, 04442, 04443	L	
		88	Leistungen Abschnitt 4.5	04511, 04512, 04513, 04516, 04523, 04525, 04527, 04530, 04532, 04534, 04535, 04536, 04537, 04550, 04551, 04580	L	
		95	Sonographie IV	33041, 33051, 33063, 33064	L	
07	Fachärztliche Kinderärzte mit Schwerpunkt Kinderpneumologie	02	Allergologie	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123		R
		14	Ergometrie	04321		R
		20	Hyposensibilisierung	30130		R
		30	Langzeit-Blutdruckmessung	04324	L	
		31	Langzeit-EKG	04241, 04322	L	
		48	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	L	
		50	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	L	
		56	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	L	
		57	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040	L	
		58	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33076	L	
		60	Spirometrie	04330		R
87	Leistungen Abschnitt 4.4	04410, 04411, 04413, 04414, 04415, 04416, 04417, 04419, 04420, 04430, 04431, 04433, 04434, 04435, 04436, 04437, 04439, 04441, 04442, 04443	L			

ANLAGE 6: Qualitätsgebundenes Zusatzvolumen (QZV)

AG	RLV-AG	QZV-Nr.	QZV	GOP	FALLZÄHLUNG	
					Leistungsfall	RLV-Fall
07	Fachärztliche Kinderärzte mit Schwerpunkt Kinderpneumologie	88	Leistungen Abschnitt 4.5	04511, 04512, 04513, 04516, 04523, 04525, 04527, 04530, 04532, 04534, 04535, 04536, 04537, 04550, 04551, 04580	L	
		95	Sonographie IV	33041, 33051, 33063, 33064	L	
08	Anästhesisten	01	Akupunktur	30790, 30791	L	
		12	Dringende Besuche	01411, 01412	L	
		35	Narkosen bei Geburtshilfe	05360, 05361, 05370, 05371, 05372		R
		36	Narkosen bei zahnärztlicher Behandlung	05330, 05331, 05340, 05341, 05350	L	
		46	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512	L	
		48	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	L	
		50	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	L	
		52	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	30710, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760	L	
		53	Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	30700, 30702, 30708	L	
		54	Schwangerschaftsabbruch	01903, 01910, 01913	L	
		64	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102	L	
		108	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung (TENS)	30712	L	
111	Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	30704	L			
09	Augenärzte	12	Dringende Besuche	01411, 01412	L	
		13	Elektroophthalmologie	06312	L	
		15	Fluoreszenzangiographie	06331		R

ANLAGE 6: Qualitätsgebundenes Zusatzvolumen (QZV)

AG	RLV-AG	QZV-Nr.	QZV	GOP	FALLZÄHLUNG	
					Leistungsfall	RLV-Fall
09	Augenärzte	26	Kontaktlinsenanpassung	06340, 06341, 06342, 06343		R
		48	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	L	
		56	Sonographie I	33000, 33001, 33002, 33011	L	
		64	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102		R
10	Chirurgen	01	Akupunktur	30790, 30791	L	
		03	Behandlung des diabetischen Fußes	02311	L	
		04	Behandlung von Hämorrhoiden	30610, 30611		R
		09	Chirotherapie	30200, 30201	L	
		12	Dringende Besuche	01411, 01412		R
		16	Gastroenterologie I	13400, 13401, 13402, 13410, 13411, 13412	L	
		17	Gastroenterologie II	13662, 13663, 13664, 13670	L	
		41	Phlebologie	30500, 30501	L	
		44	Physikalische Therapie	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 30431	L	
		46	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512	L	
		47	Proktologie	30600, 30601		R
		48	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	L	
		52	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	30710, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760		R
		56	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	L	
58	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	L			

ANLAGE 6: Qualitätsgebundenes Zusatzvolumen (QZV)

AG	RLV-AG	QZV-Nr.	QZV	GOP	FALLZÄHLUNG	
					Leistungsfall	RLV-Fall
10	Chirurgen	62	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503	L	
		63	Ulcus cruris, CVI	02312, 02313	L	
		64	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102		R
		108	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung (TENS)	30712		R
11	Neurochirurgen	01	Akupunktur	30790, 30791	L	
		03	Behandlung des diabetischen Fußes	02311	L	
		04	Behandlung von Hämorrhoiden	30610, 30611		R
		09	Chirotherapie	30200, 30201	L	
		12	Dringende Besuche	01411, 01412	L	
		16	Gastroenterologie I	13400, 13401, 13402, 13410, 13411, 13412		R
		17	Gastroenterologie II	13662, 13663, 13664, 13670	L	
		41	Phlebologie	30500, 30501	L	
		44	Physikalische Therapie	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 30431	L	
		46	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512	L	
	47	Proktologie	30600, 30601		R	

ANLAGE 6: Qualitätsgebundenes Zusatzvolumen (QZV)

AG	RLV-AG	QZV-Nr.	QZV	GOP	FALLZÄHLUNG	
					Leistungsfall	RLV-Fall
11	Neurochirurgen	48	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	L	
		52	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	30710, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760		R
		53	Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	30700, 30702, 30704, 30708	L	
		56	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	L	
		58	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	L	
		62	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503	L	
		63	Ulcus cruris, CVI	02312, 02313	L	
		64	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102	L	
		108	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung (TENS)	30712		R
12	Gynäkologen	12	Dringende Besuche	01411, 01412	L	
		18	Geburtshilfe	08231	L	
		21	Inkontinenzbehandlung	08310, 08311	L	
		28	Kurative Mammographie	34270, 34271, 34272, 34273	L	
		32	Mamma-Sonographie, Stanzbiopsie	08320, 33041	L	

ANLAGE 6: Qualitätsgebundenes Zusatzvolumen (QZV)

AG	RLV-AG	QZV-Nr.	QZV	GOP	FALLZÄHLUNG	
					Leistungsfall	RLV-Fall
12	Gynäkologen	44	Physikalische Therapie	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 30431	L	
		46	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512	L	
		47	Proktologie	08333, 08334, 30600, 30601	L	
		48	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	L	
		49	Reproduktionsmedizin	08230		R
		50	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	L	
		58	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	L	
		64	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102		R
		66	Zytologie	01826, 19310, 19318, 19319, 19312	L	
		80	Sonographie mit Kontrastmittel	08341	L	
		81	Zuschläge zur Sonographie	33091, 33092		R
13	Reproduktionsmediziner	12	Dringende Besuche	01411, 01412		R
		18	Geburtshilfe	08231		R
		21	Inkontinenzbehandlung	08310, 08311	L	
		28	Kurative Mammographie	34270, 34271, 34272, 34273	L	
		32	Mamma-Sonographie, Stanzbiopsie	08320, 33041	L	
		44	Physikalische Therapie	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 30431	L	
		46	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512		R
		47	Proktologie	08333, 08334, 30600, 30601		R

ANLAGE 6: Qualitätsgebundenes Zusatzvolumen (QZV)

AG	RLV-AG	QZV-Nr.	QZV	GOP	FALLZÄHLUNG	
					Leistungsfall	RLV-Fall
13	Reproduktionsmediziner	48	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	L	
		49	Reproduktionsmedizin	08230		R
		50	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	L	
		58	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	L	
		64	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102		R
		66	Zytologie	01826, 19310, 19318, 19319, 19312	L	
14	HNO-Ärzte	08	Bronchoskopie	09315, 09316	L	
		12	Dringende Besuche	01411, 01412	L	
		45	Polysomnographie	30901	L	
		52	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	30710, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760		R
		62	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503	L	
		64	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102		R
		108	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung (TENS)	30712	L	

ANLAGE 6: Qualitätsgebundenes Zusatzvolumen (QZV)

AG	RLV-AG	QZV-Nr.	QZV	GOP	FALLZÄHLUNG	
					Leistungsfall	RLV-Fall
15	Hautärzte	02	Allergologie	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123		R
		03	Behandlung des diabetischen Fußes	02311	L	
		04	Behandlung von Hämorrhoiden	30610, 30611		R
		11	Dermatologische Lasertherapie	10320, 10322, 10324		R
		12	Dringende Besuche	01411, 01412		R
		19	Histologie	19310, 19318, 19319, 19312, 19315, 19320	L	
		20	Hyposensibilisierungsbehandlung	30130		R
		41	Phlebologie	30500, 30501		R
		44	Physikalische Therapie	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 30431	L	
		46	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512	L	
		47	Proktologie	30600, 30601		R
		48	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	L	
		50	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	L	
		55	Sonographie Haut	33080, 33081	L	
		58	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	L	
		63	Ulcus cruris, CVI	02312, 02313		R
64	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102		R		

ANLAGE 6: Qualitätsgebundenes Zusatzvolumen (QZV)

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

ANLAGE 6: Qualitätsgebundenes Zusatzvolumen (QZV)

AG	RLV-AG	QZV-Nr.	QZV	GOP	FALLZÄHLUNG	
					Leistungsfall	RLV-Fall
17	Fachärztliche Internisten ohne Schwerpunkt	58	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	L	
		62	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503	L	
		63	Ulcus cruris, CVI	02312, 02313	L	
		64	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102		R
		108	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung (TENS)	30712		R
18	Fachärztliche Internisten mit Schwerpunkt Endokrinologie	98	Oberbauch-Sonographie	33042	L	
19	Fachärztliche Internisten mit Schwerpunkt Gastroenterologie	04	Behandlung von Hämorrhoiden	30610, 30611		R
		12	Dringende Besuche	01411, 01412	L	
		20	Hyposensibilisierungsbehandlung	30130	L	
		24	Kardiorespiratorische Polygraphie	30900	L	
		27	Kontrolle Herzschrittmacher	13571, 13573, 13574, 13575, 13576, 13577	L	
		31	Langzeit-EKG	13252, 13253	L	
		41	Phlebologie	30500, 30501		R
		46	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512	L	

ANLAGE 6: Qualitätsgebundenes Zusatzvolumen (QZV)

AG	RLV-AG	QZV-Nr.	QZV	GOP	FALLZÄHLUNG	
					Leistungsfall	RLV-Fall
19	Fachärztliche Internisten mit Schwerpunkt Gastroenterologie	47	Proktologie	13257, 30600, 30601		R
		48	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	L	
		57	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040	L	
		58	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	L	
		62	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503	L	
		63	Ulcus cruris, CVI	02312, 02313		R
		64	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102		R
		89	Ösophagogastroduodenoskopie	13400		R
20	Fachärztliche Internisten mit Schwerpunkt Hämatologie/Onkologie	12	Dringende Besuche	01411, 01412		R
		16	Gastroenterologie I	13400, 13401, 13402, 13410, 13411, 13412	L	
		48	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	L	
		52	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	30710, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760	L	
		57	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040	L	
		58	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	L	

ANLAGE 6: Qualitätsgebundenes Zusatzvolumen (QZV)

AG	RLV-AG	QZV-Nr.	QZV	GOP	FALLZÄHLUNG	
					Leistungsfall	RLV-Fall
20	Fachärztliche Internisten mit Schwerpunkt Hämatologie/Onkologie	62	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503	L	
		63	Ulcus cruris, CVI	02312, 02313	L	
		64	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102		R
		94	Praxisklinische Tagesbetreuung	01510, 01511, 01512		R
		96	Bluttransfusion	02110, 02111		R
		108	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung (TENS)	30712		R
21	Fachärztliche Internisten mit Schwerpunkt Kardiologie (konvent.)	12	Dringende Besuche	01411, 01412	L	
		24	Kardiorespiratorische Polygraphie	30900	L	
		48	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	L	
		56	Sonographie I	33000, 33001, 33002, 33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	L	
		58	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	L	

ANLAGE 6: Qualitätsgebundenes Zusatzvolumen (QZV)

AG	RLV-AG	QZV-Nr.	QZV	GOP	FALLZÄHLUNG	
					Leistungsfall	RLV-Fall
21	Fachärztliche Internisten mit Schwerpunkt Kardiologie (konvent.)	62	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503	L	
		63	Ulcus cruris, CVI	02312, 02313	L	
		64	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102		
22	Fachärztliche Internisten mit Schwerpunkt Kardiologie (invasiv)	12	Dringende Besuche	01411, 01412		R
		23	Invasive Kardiologie	01520, 01521, 34291, 34292	L	
		24	Kardiorespiratorische Polygraphie	30900	L	
		48	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	L	
		56	Sonographie I	33000, 33001, 33002, 33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	L	
		58	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	L	
		62	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503	L	
63	Ulcus cruris, CVI	02312, 02313			R	

ANLAGE 6: Qualitätsgebundenes Zusatzvolumen (QZV)

AG	RLV-AG	QZV-Nr.	QZV	GOP	FALLZÄHLUNG	
					Leistungsfall	RLV-Fall
22	Fachärztliche Internisten mit Schwerpunkt Kardiologie (invasiv)	64	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102	L	
23	Fachärztliche Internisten mit Schwerpunkt Pneumologie, Fachärzte für Lungen- u. Bronchialheilkunde	02	Allergologie	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123		R
		08	Bronchoskopie	13662, 13663, 13664, 13670	L	
		20	Hyposensibilisierungsbehandlung	30130		R
		45	Polysomnographie	30901	L	
		62	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503	L	
24	Fachärztliche Internisten mit Schwerpunkt Rheumatologie	01	Akupunktur	30790, 30791	L	
		09	Chirotherapie	30200, 30201	L	
		12	Dringende Besuche	01411, 01412	L	
		39	Osteodensitometrie	34600	L	
		48	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	L	
		52	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	30710, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760		R
		57	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040	L	
		58	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	L	

ANLAGE 6: Qualitätsgebundenes Zusatzvolumen (QZV)

AG	RLV-AG	QZV-Nr.	QZV	GOP	FALLZÄHLUNG	
					Leistungsfall	RLV-Fall
24	Fachärztliche Internisten mit Schwerpunkt Rheumatologie	62	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503	L	
		64	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102		R
		94	Praxisklinische Tagesbetreuung	01510, 01511, 01512		R
		108	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung (TENS)	30712		R
25	Fachärztliche Internisten mit Schwerpunkt Nephrologie	03	Behandlung des diabetischen Fußes	02311	L	
		12	Dringende Besuche	01411, 01412	L	
		57	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040	L	
		58	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	L	
		64	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102		R
26	Kinder- u. Jugendpsychiater	38	Neurophysiologische Übungsbehandlung	30300, 30301	L	
		90	Funktionelle Entwicklungstherapie	14310, 14311		R
28	Nervenärzte, Fachärzte für Nervenheilkunde/ Neurologie-Psychiatrie	01	Akupunktur	30790, 30791	L	
		05	Betreuung neurologisch bzw. psychisch Kranker im sozialen Umfeld	16230, 16231, 21230, 21231		R

ANLAGE 6: Qualitätsgebundenes Zusatzvolumen (QZV)

AG	RLV-AG	QZV-Nr.	QZV	GOP	FALLZÄHLUNG	
					Leistungsfall	RLV-Fall
28	Nervenärzte, Fachärzte für Nervenheilkunde/ Neurologie-Psychiatrie	09	Chirotherapie	30200, 30201	L	
		12	Dringende Besuche	01411, 01412	L	
		24	Kardiorespiratorische Polygraphie	30900	L	
		38	Neurophysiologische Übungsbehandlung	30300, 30301	L	
		44	Physikalische Therapie	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421	L	
		46	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512		R
		48	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	L	
		50	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142	L	
		52	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	30710, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760	L	
		53	Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	30700, 30702, 30704, 30708	L	
		58	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	L	
		64	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102		R
		91	Messung Blinkreflex, Neurophysiologische Untersuchung, Zuschlag für elektrophysiologische Leistungen	16320, 16321, 16322	L	
		92	Lumbalpunktion	02342	L	
108	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung (TENS)	30712	L			

ANLAGE 6: Qualitätsgebundenes Zusatzvolumen (QZV)

AG	RLV-AG	QZV-Nr.	QZV	GOP	FALLZÄHLUNG	
					Leistungsfall	RLV-Fall
29	Psychiatrie / Psychiatrie und Psychotherapie	06	Betreuung psychisch Kranker im sozialen Umfeld	21230, 21231		R
		12	Dringende Besuche	01411, 01412	L	
		24	Kardiorespiratorische Polygraphie	30900	L	
		48	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	L	
		50	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142	L	
		58	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33076	L	
		64	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102	L	
30	Nuklearmediziner	33	MRT	34410, 34411, 34420, 34421, 34422, 34430, 34431, 34440, 34441, 34442, 34450, 34451, 34452, 34460	L	
		34	MRT-Angiographie	34470, 34475, 34480, 34485, 34486, 34489, 34490, 34492	L	
		56	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	L	
		57	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040	L	
		58	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	L	
		62	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503	L	

ANLAGE 6: Qualitätsgebundenes Zusatzvolumen (QZV)

AG	RLV-AG	QZV-Nr.	QZV	GOP	FALLZÄHLUNG	
					Leistungsfall	RLV-Fall
30	Nuklearmediziner	64	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01102		R
		100	Myokardszintigraphie	17330, 17331, 17332, 17333	L	
		102	SPECT-Zuschlag bei Einkopfkamera u. Doppel-Mehrkopf-kamera	17362, 17363	L	
31	Orthopäden	01	Akupunktur	30790, 30791	L	
		03	Behandlung des diabetischen Fußes	02311	L	
		09	Chirotherapie	30200, 30201	L	
		12	Dringende Besuche	01411, 01412		R
		38	Neurophysiologische Übungsbehandlung	30300, 30301	L	
		39	Osteodensitometrie	34600	L	
		44	Physikalische Therapie	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421	L	
		46	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512	L	
		48	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	L	
		50	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	L	
		52	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	30710, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760		R
		53	Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	30700, 30702, 30704, 30708	L	
56	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	L			

ANLAGE 6: Qualitätsgebundenes Zusatzvolumen (QZV)

AG	RLV-AG	QZV-Nr.	QZV	GOP	FALLZÄHLUNG	
					Leistungsfall	RLV-Fall
31	Orthopäden	62	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503	L	
		63	Ulcus cruris, CVI	02312, 02313	L	
		64	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102		R
		108	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung (TENS)	30712		R
32	Phoniatrie u. Pädaudiologie	02	Allergologie	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123	L	
		12	Dringende Besuche	01411, 01412	L	
		20	Hyposensibilisierungsbehandlung	30130	L	
		38	Neurophysiologische Übungsbehandlung	30300, 30301	L	
		40	Otoakustische Emissionen	20324	L	
		42	Phoniatrie	20330, 20331, 20332, 20333	L	
		48	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	L	
		50	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	L	
		56	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	L	
64	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102	L			

ANLAGE 6: Qualitätsgebundenes Zusatzvolumen (QZV)

AG	RLV-AG	QZV-Nr.	QZV	GOP	FALLZÄHLUNG	
					Leistungsfall	RLV-Fall
32	Phoniatrie u. Pädaudiologie	93	Auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörung	20370, 35600, 35601	L	
		101	Objektive Stimmanalyse	20351, 20352	L	
		112	Elektrische Reaktionsaudiometrie	20327, 20340	L	
		113	Pädaudiologie	20335, 20336	L	
33	Radiologen	10	CT	34310, 34311, 34312, 34320, 34321, 34322, 34330, 34340, 34341, 34342, 34343, 34344, 34345, 34350, 34351, 34360, 34504, 34505	L	
		22	Interventionelle Radiologie	01530, 01531, 34283, 34284, 34285, 34286, 34287	L	
		28	Kurative Mammographie	34270, 34271, 34272, 34273	L	
		33	MRT	34410, 34411, 34420, 34421, 34422, 34430, 34431, 34440, 34441, 34442, 34450, 34451, 34452, 34460	L	
		34	MRT-Angiographie	34470, 34475, 34480, 34485, 34486, 34489, 34490, 34492	L	
		39	Osteodensitometrie	34600	L	
		56	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	L	
		57	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040	L	
		58	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	L	
		62	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503	L	

ANLAGE 6: Qualitätsgebundenes Zusatzvolumen (QZV)

AG	RLV-AG	QZV-Nr.	QZV	GOP	FALLZÄHLUNG	
					Leistungsfall	RLV-Fall
33	Radiologen	105	Leistungen der Nuklearmedizin (Kap. 17 EBM)	17210, 17214, 17310, 17311, 17312, 17320, 17321, 17330, 17331, 17332, 17333, 17340, 17341, 17350, 17351, 17360, 17361, 17362, 17363, 17371, 17372, 17373	L	
		107	Mamma-Sonographie	33041	L	
36	Urologen	46	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512	L	
		48	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	L	
		50	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	L	
		62	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503	L	
		64	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102		R
		66	Zytologie	01826, 19310, 19318, 19319, 19312	L	
37	Ärzte für Physiotherapie / Ärzte für Physikalische u. Rehabilitative Medizin	01	Akupunktur	30790, 30791	L	
		48	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	L	
		52	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	30710, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760		R
		53	Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	30700, 30702, 30704, 30708	L	
		108	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung (TENS)	30712		R

ANLAGE 6: Qualitätsgebundenes Zusatzvolumen (QZV)

AG	RLV-AG	QZV-Nr.	QZV	GOP	FALLZÄHLUNG	
					Leistungsfall	RLV-Fall
39	Fachärztliche Internisten mit dem Schwerpunkt Angiologie	01	Akupunktur	30790, 30791	L	
		03	Behandlung des diabetischen Fußes	02311	L	
		12	Dringende Besuche	01411, 01412	L	
		22	Interventionelle Radiologie	01530, 01531, 34283, 34284, 34285, 34286, 34287	L	
		23	Invasive Kardiologie	01520, 01521, 34291, 34292	L	
		24	Polygraphie	30900	L	
		25	Kleinchirurgie	02300, 02301, 02302, 02310		R
		27	Kontrolle Herzschrittmacher	13571, 13573, 13574, 13575, 13576, 13577	L	
		31	Langzeit-EKG	13252, 13253	L	
		41	Phlebologie	30500, 30501		R
		44	Physikalische Therapie	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421	L	
		46	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512		R
		48	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	L	
		50	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	L	
		52	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	30710, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760		R
		53	Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	30700, 30702, 30704, 30708	L	
56	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	L			
57	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040	L			
58	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	L			

ANLAGE 6: Qualitätsgebundenes Zusatzvolumen (QZV)

AG	RLV-AG	QZV-Nr.	QZV	GOP	FALLZÄHLUNG	
					Leistungsfall	RLV-Fall
39	Fachärztliche Internisten mit dem Schwerpunkt Angiologie	62	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503	L	
		63	Ulcus cruris, CVI	02312, 02313		R
		64	Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102		R
		108	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung (TENS)	30712		R

ANLAGE 7: Bereinigung des zu erwartenden Honorars

Die KV Berlin bereinigt das zu erwartende Honorar gemäß § 87b Abs. 4 SGB V:

1. Allgemeine Grundsätze:

- (1) Maßgeblich für die Bereinigung des zu erwartenden Honorars sind die Bereinigungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.
- (2) Die Bereinigung des zu erwartenden Honorars erfolgt für die gleichen Quartale und in Verbindung mit Abs. 10 in der Höhe, in denen die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung bereinigt wird.
- (3) Für die Ermittlung der Höhe der Bereinigung des zu erwartenden Honorars sind ausschließlich die kollektivvertraglichen Honorarregelungen nach den §§ 83, 85 und 87a SGB V der Partner der Gesamtverträge heranzuziehen.
- (4) Nimmt ein Versicherter einer Krankenkasse mit Wohnsitz im Bezirk der KV Berlin (Wohnort-KV) an einem Selektivvertrag in einem anderen KV-Bereich (Vertrags-KV) teil, wird die MGV-Bereinigung in der Wohnort-KV vorgenommen.
- (5) Der Grundsatz der kassenartenübergreifenden Festlegung der Regelleistungsvolumina und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina wird beibehalten.
- (6) Die Bereinigung erfolgt ausschließlich für Leistungen, die den Leistungen der vertragsärztlichen Versorgung innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung entsprechen.
- (7) Die Bereinigung des zu erwartenden Honorars erfolgt grundsätzlich bei den Ärzten, die den im aktuellen Quartal neu am Selektivvertrag teilnehmenden Versicherten (Neueinschreiber) im Vorjahresquartal versorgt haben. Hierfür werden die mit den Krankenkassen abgestimmten vertrags-, versicherten- und arztbezogenen Bereinigungsdaten (Krankenkassenbereinigungsdaten) herangezogen.
- (8) Die Bereinigung der Regelleistungsvolumina und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina betrifft nur diejenigen Ärzte, Arztgruppen, Leistungen, Kostenerstattungen und Fälle, die der Mengensteuerung über Regelleistungsvolumina und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina unterliegen.
- (9) nicht besetzt
- (10) Auswirkungen der MGV-Bereinigungen auf die Höhe der Vergütungsvolumina gemäß § 3 Abs. 1 Nrn. 1, 2, 5 und 6 HVM sowie der Vorwegabzüge gemäß § 5 Nr. 2, 5, 7 und 8, § 6 Abs. 1 Nr. 2 bis 5, 8 und 9 HVM sowie der besonderen Verteilungsvolumina gemäß § 7 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 HVM werden entsprechend ihrer Anteile am Bereinigungsbetrag berücksichtigt.

2. Bereinigung des zu erwartenden Honorars bei MGV-Bereinigung aufgrund von Selektivverträgen:

- (1) Der MGV-Bereinigungsbetrag je Selektivvertrag für die Neueinschreiber mit einem bereinigten Behandlungsbedarf aus dem Vorjahresquartal wird auf die von der Bereinigung betroffenen Vergütungsvolumina gemäß § 3 Abs. 1 Nrn. 1, 2, 5 und 6, § 5 Nr. 2, 7 und 8, § 6 Abs. 1 Nr. 2 bis 5, 8 und 9 HVM und § 7 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 HVM entsprechend dem Anteil am bereinigten Behandlungsbedarf aus dem Vorjahresquartal nach den

ANLAGE 7: Bereinigung des zu erwartenden Honorars

Krankenkassenbereinigungsdaten verteilt und die betroffenen Vergütungsvolumina gemäß § 3 Abs. 1 Nrn. 1, 2, 5 und 6, § 5 Nr. 2, 7 und 8, § 6 Abs. 1 Nr. 2 bis 5, 8 und 9 HVM; § 7 Abs. 1 Nr. 3 HVM entsprechend verringert.

- (2) Der nach Absatz 1 auf die Teilvergütungsvolumina gemäß § 7 Abs. 1 Nr. 1 und 2 HVM entfallende Restbereinigungsbetrag je bereinigungsrelevanter Arztgruppe wird je Selektivvertrag gemäß den Krankenkassenbereinigungsdaten anhand der Arztfälle des Vorjahresquartals für die Neueinschreiber auf die Ärzte der am Selektivvertrag teilnehmenden Arztgruppen aufgeteilt. Der sich danach je Arzt ergebende Bereinigungsbetrag wird vom RLV/QZV-Honorarvolumen des Arztes abgezogen.
- (3) Rückbereinigungsbeträge für Rückkehrer (im Vorjahresquartal in den Selektivvertrag eingeschriebene Versicherte, die im Abrechnungsquartal nicht mehr teilnehmen) und Restbereinigungsbeträge werden entsprechend der Anteile der Bereinigung nach Absatz 1 und 2 bei der Ermittlung der grundbetragspezifischen Vergütungsvolumen nach § 3 Abs. 1 Nr. 1 bis 6 HVM für den Übertrag ins nächstmögliche Quartal berücksichtigt.
- (4) Der auf die Teilvergütungsvolumina gemäß § 7 Abs. 1 Nr. 1 und 2 HVM entfallenden Bereinigungsbeträge je Selektivvertrag, Krankenkasse und Arztgruppe aus Selektivverträgen mit situativer Einschreibung bzw. aufgrund von MGVBereinigungen zur Versorgung von bestimmten Versicherten außerhalb des Kollektivvertrages werden gemäß den Krankenkassenbereinigungsdaten auf die je Vertrag gemeldeten Selektivvertragsversicherten aufgeteilt. Der sich danach je Selektivvertrag ergebende Bereinigungsbetrag je Selektivvertragsversicherten wird entsprechend der je Arzt gemeldeten Selektivvertragsversicherten vom unbereinigten RLV-QZV-Volumen des jeweiligen Arztes abgezogen.

3. Bereinigung des zu erwartenden Honorars bei MGVBereinigung aufgrund der ASV nach § 116b SGB V

Die Bereinigung aufgrund der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V erfolgt grundsätzlich entsprechend Nr. 2. Der auf die Teilvergütungsvolumina gemäß § 7 Abs. 1 Nr. 1 und 2 HVM entfallende Restbereinigungsbetrag aufgrund der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V wird gemäß der arztgruppenspezifischen Anteile für die jeweiligen ASV-Indikationen im nächstmöglichen Quartal von den arztgruppenspezifischen RLV-Verteilungsvolumen nach § 7 Abs. 1 Nr. 1 abgezogen.

4. Beendigung eines bereinigten Selektivvertrages

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

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

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

$$VWA^o = \frac{LB_{VWA}}{LB_{VB}^{Korr} + LB_{VWA0}} * VV_{FACH}^{VWA}$$

LB _{VWA0}	Zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannter Leistungsbedarf der MGV in Punkten im Vorjahresquartal derjenigen Leistungen, die innerhalb des Vorwegabzuges gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 3 und 4 vergütet werden.
LB _{VWA}	Zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannter Leistungsbedarf der MGV in Punkten im Vorjahresquartal derjenigen Leistungen, die innerhalb des Vorwegabzuges gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 3 oder 4 vergütet werden.
LB _{VB} ^{Korr}	Angepasster Leistungsbedarf des Versorgungsbereichs gemäß ANLAGE 3 Nr. 1 HVM
VV _{FACH} ^{VWA}	Fachärztliches Verteilungsvolumen gemäß § 6 HVM ohne Abzüge gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 3 und 4

ANLAGE 9: Anpassungsfaktoren je Arztgruppen zur Festsetzung des Regelleistungs-/QZV-Volumens

Gültigkeitszeitraum Anlage 9: Quartale 2020-2 bis 2021-1

Berechnung Anpassungsfaktor

Je Arztgruppe werden die Leistungsbedarfe der einzelnen RLV, QZV und BVV sowie das versorgungsbereichsspezifische Gesamtpunktzahlvolumen auf Grundlage der Abrechnungsdaten des Vorvorjahresquartals (VVJQ) 2018-2 für 2020-2, 2018-3 für 2020-3, 2018-4 für 2020-4 und 2019-1 für 2021-1) mit den GOP-Punktbewertungen der im jeweiligen Quartal gültigen EBM-Fassung und mit den GOP-Punktbewertungen des zum Quartal 2020-2 gültigen EBM* ermittelt. Anschließend wird durch Division der neuen Leistungsbedarfe durch die alten Leistungsbedarfe der Anpassungsfaktor ermittelt und zu 50% gewichtet.

* GOP mit Suffixen wurden nicht angepasst

Formel zur Berechnung des Anpassungsfaktors:

$$\text{Anpassungsfaktor} = \left(\left(\frac{\text{Punkte je RLV, QZV, BVV VVJQ nach neuem EBM}}{\text{Punkte je RLV, QZV, BVV VVJQ nach altem EBM}} \right) - 1 \right) * 0,5 + 1$$

Gültigkeitszeitraum Anlage 9: Quartale ab 2021-2

Berechnung Anpassungsfaktor

Je Arztgruppe werden die Leistungsbedarfe der einzelnen RLV, QZV und BVV sowie das versorgungsbereichsspezifische Gesamtpunktzahlvolumen auf Grundlage der Abrechnungsdaten des Quartals 2018-2 für das Quartal 2021-2, des Quartals 2018-3 für das Quartal 2021-3, des Quartals 2018-4 für das Quartal 2021-4 und des Quartals 2019-1 für das Quartal 2022-1 mit den GOP-Punktbewertungen der im jeweiligen Quartal gültigen EBM-Fassung und mit den GOP-Punktbewertungen des zum Quartal 2020-2 gültigen EBM* ermittelt. Anschließend wird durch Division der neuen Leistungsbedarfe durch die alten Leistungsbedarfe der Anpassungsfaktor ermittelt und zu 100% gewichtet.

* GOP mit Suffixen wurden nicht angepasst

Formel zur Berechnung des Anpassungsfaktors:

$$\text{Anpassungsfaktor} = \left(\left(\frac{\text{Punkte je RLV, QZV, BVV VVVJQ nach neuem EBM}}{\text{Punkte je RLV, QZV, BVV VVVJQ nach altem EBM}} \right) - 1 \right) * 1 + 1$$

VVVJQ = Vorvorvorjahresquartal

ANLAGE 10: RLV-Berechnung auf Basis 2020 in Zusammenhang mit der Corona-Pandemie

Gültig im Zeitraum der Pandemie für die RLV-Berechnung auf Basis 2020

1. Die Höhe des RLV/QZV eines Arztes wird abweichend von den Regelungen der §§ 9 Absatz 2 Satz 1 und 10 Absatz 2 Satz 1 HVM berechnet, wenn die Bundesregierung für das der RLV-/QZV-Zuweisung als Basiszeitraum zugrundeliegende Vorjahresquartal eine epidemische Lage von nationaler Tragweite beschlossen hat. Der RLV-/QZV-Berechnung im Zuweisungsquartal wird die für das jeweilige Vorjahresquartal zugewiesene RLV-/QZV-Fallzahl abzüglich der im jeweiligen Vorjahresquartal abgerechneten bereinigungsrelevante TSVG-Fälle gemäß § 87a Abs. 3 Satz 7 SGB V zugrunde gelegt. Die gemäß Satz 2 ermittelte Fallzahl der Praxis wird um 2 % erhöht.
 - 1a. Für Praxen, deren zugewiesene RLV/QZV-Fallzahl im Vorjahresquartal unterhalb des Fachgruppendurchschnitts liegt, wird abweichend von Nummer 1 Anlage 10 HVM für die Ermittlung des Fallzahlzuwachses bis zur durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppen die ggf. höhere abgerechnete RLV/QZV-Fallzahl des Vorjahresquartals, maximal die durchschnittliche Fallzahl der Arztgruppen, herangezogen. Bei der Berechnung des RLV/QZV werden die zugewiesenen RLV/QZV-Fälle des Vorjahresquartals unter Abzug der abgerechneten bereinigungsrelevante TSVG-Fälle gemäß § 87a Abs. 3 Satz 7 SGB V des Vorjahresquartals um den so ermittelten Fallzahlzuwachs erhöht. Ist dieser Fallzahlzuwachs kleiner 2 % oder liegt die abgerechnete RLV/QZV-Fallzahl des Vorjahresquartals unterhalb der zugewiesenen Fallzahl des Vorjahresquartals erfolgt die Berechnung des RLV/QZV gemäß Punkt 1 Satz 2 und 3 Anlage 10 HVM.
 - 1b. Der QZV-Berechnung je Leistungsfall im Zuweisungsquartal wird die für das jeweilige Vorjahresquartal zugewiesene Fallzahl abzüglich der im jeweiligen Vorjahresquartal abgerechneten TSVG-Fälle zugrunde gelegt. Die gemäß Satz 1 ermittelte Fallzahl wird um 2 % erhöht. Liegt die zugewiesene Fallzahl des Vorjahresquartals unterhalb der im Vorjahresquartal abgerechneten Fallzahl, wird die im Vorjahresquartal höhere abgerechnete Fallzahl abzüglich der in diesem Quartal abgerechneten bereinigungsrelevante TSVG-Fälle gemäß § 87a Abs. 3 Satz 7 SGB V im Rahmen der RLV/QZV-Berechnung im Zuweisungsquartal zugrunde gelegt und um 2 % erhöht.
 - 1c. In Berufsausübungsgemeinschaften, MVZ und Praxen mit angestellten Ärzten entspricht die Zahl der RLV-Fälle eines Arztes dem Anteil der dem Arzt im Vorjahresquartal zugewiesenen RLV-Fallzahl an der Gesamtbehandlungsfallzahl der Praxis aus dem Vorjahresquartal.
2. Im Rahmen der Ermittlung der RLV der jeweiligen Arztgruppen wird entgegen der Regelungen des § 9 Absatz 5 HVM für die Durchschnittsfallzahl der jeweiligen Arztgruppe die Durchschnittsfallzahl des Vorjahresquartals herangezogen.
3. Im Rahmen der Ermittlung der RLV werden zur Berücksichtigung der Morbidität der Arztpraxis entgegen den Regelungen des § 9 Absatz 6 i. V. m. ANLAGE 5 Nummer 3 HVM die jeweiligen Leistungsbedarfe und RLV-Fälle des Vorjahresquartals herangezogen.
4. Im Rahmen der Ermittlung der RLV werden zur angemessenen Berücksichtigung der kooperativen Behandlung von Patienten in dafür vorgesehenen Versorgungsformen entgegen den Regelungen des § 9 Absatz 7 HVM die Arzt- und Behandlungsfallzahlen des Vorjahresquartals herangezogen.

$$KG = \left(\frac{\text{relevante Arztfallzahl der Arztpraxis im VVJQ}}{\text{relevante Behandlungsfallzahl der Arztpraxis im VVJQ}} - 1 \right) * 100$$

VVJQ = Vorjahresquartal

ANLAGE 10: RLV-Berechnung auf Basis 2020 in Zusammenhang mit der Corona-Pandemie

5. Für die Berechnung der arztgruppenspezifischen Regelleistungsvolumen, der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen sowie der besonderen Verteilungsvolumen werden abweichend von den Regelungen der ANLAGE 3 Nr. 1a, 2b und 3a HVM jeweils die zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannten Leistungsbedarfe der MGV in Punkten einer Arztgruppe gemäß ANLAGE 2 HVM des Vorvorjahresquartals berücksichtigt (LB_{AG}^{RLV} , LB_{AG}^i , LB_{BVV}^o).
6. Anpassung Anlage 3 1b, 2c, 3b: Die Anlagen werden wie folgt neu gefasst:

1b Berechnung des Bereinigungsvolumens je RLV_{AG} gemäß § 87a Absatz 3 Satz 5 Nrn. 3 bis 6 SGB V (LB_{AG}^{Korr})

$$LB_{AG}^{Korr} = TSVG_{AG}^{RLV}$$

$TSVG_{AG}^{RLV}$ Zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannter Leistungsbedarf in Punkten im Vorjahresquartal einer Arztgruppe gemäß ANLAGE 2 Nr. 1 HVM derjenigen Leistungen, die gemäß § 87a Absatz 3 Satz 5 Nrn. 3 bis 6 SGB V abgerechnet und der Bereinigung nach den Vorgaben der ANLAGE 7 Nr. 5 unterliegen

2c Berechnung des Bereinigungsvolumens je QZV^i gemäß § 87a Absatz 3 Satz 5 Nrn. 3 bis 6 SGB V

$$LB_{AG}^{Korr} = TSVG_{AG}^{QZV^i}$$

$TSVG_{AG}^{QZV^i}$ Zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannter Leistungsbedarf in Punkten im Vorjahresquartal einer Arztgruppe gemäß ANLAGE 2 Nr. 1 HVM derjenigen Leistungen, die gemäß § 87a Absatz 3 Satz 5 Nrn. 3 bis 6 SGB V abgerechnet und der Bereinigung nach den Vorgaben der ANLAGE 7 Nr. 5 unterliegen

i Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen einer Arztgruppe gemäß ANLAGE 6 HVM

3b Berechnung des Bereinigungsvolumens je besonderen Verteilungsvolumen (BVV), gemäß § 87a Absatz 3 Satz 5 Nrn. 3 bis 6 SGB V

$$LB_{AG}^{Korr} = TSVG_{AG}^{BVV^o}$$

$TSVG_{AG}^{BVV^o}$ Zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannter Leistungsbedarf in Punkten im Vorjahresquartal einer Arztgruppe gemäß ANLAGE 2 HVM derjenigen Leistungen, die gemäß § 87a Absatz 3 Satz 5 Nrn. 3 bis 6 SGB V abgerechnet und der Bereinigung nach den Vorgaben der ANLAGE 7 Nr. 5 unterliegen

o Besonderes Verteilungsvolumen gemäß § 7 Abs. 3 HVM

7. Die Mengenbegrenzung je Leistungsfall für qualifikationsgebundene Zusatzvolumen für jede Arztgruppe gemäß ANLAGE 3 Nummer 2a i. V. m. ANLAGE 6 HVM wird ab dem Quartal 2021-1 ausgesetzt.

ANLAGE 10: RLV-Berechnung auf Basis 2020 in Zusammenhang mit der Corona-Pandemie

8. Für die Berechnung des Bereinigungsvolumens gemäß § 87a Absatz 3 Satz 5 Nrn. 3 bis 6 SGB V je Versorgungsbereich wird entgegen der Regelungen der ANLAGE 3 Nummer 4 HVM der zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannte Leistungsbedarf der MGV des Vorjahresquartals berücksichtigt (LB_{VB}).
9. Zur Berechnung des Vorwegabzugs nach § 6 Absatz 1 Nummer 3 und 4 HVM wird entgegen der Regelungen der ANLAGE 8 HVM der zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannte Leistungsbedarf der MGV des Vorjahresquartals berücksichtigt (LB_{VWA0} und LB_{VWA}).
10. Für Neupraxen gilt: Liegt ein Abrechnungsquartal innerhalb der bestehenden Aufbauphase von 4 Quartalen (§ 18 Absatz 1 Satz 7 HVM) bzw. 12 Quartalen (§ 12 Nummer 3 und 4 HVM) im Zeitraum der Corona - Pandemie, verlängert sich der Zeitraum der Aufbauphase um das Parallelquartal des Folgejahres.
11. Für die Ermittlung des hausärztlichen RLV-Verteilungsvolumens werden für die Vorwegabzüge nach § 5 Nummer 1 bis 8 und 11 HVM jeweils die Werte des Vorjahresquartals berücksichtigt.
12. Für die Ermittlung des fachärztlichen RLV-Verteilungsvolumens werden für die Vorwegabzüge nach § 6 Absatz 1 Nummer 1 bis 11 und 14 HVM jeweils die Werte des Vorjahresquartals berücksichtigt.
13. Der Korrekturwert und Anpassungswert gemäß Anlage 3 Nummer 5 und 6 wird ab dem 1. Quartal 2021 ausgesetzt.
14. Anlage 5 Nummer 1 wird wie folgt angepasst:

FZ_{AG} = Anzahl der RLV-Fälle gemäß Anlage 10 Nummer 1

15. Anlage 5 Nummer 5 wird wie folgt angepasst:

FZ_{AG}^i = Anzahl der RLV-Fälle gemäß Anlage 10 Nummer 1 oder der Leistungsfälle gemäß Anlage 10 Nummer 1b