



Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein

**Beschlussfassung der Vertreterversammlung am 27.03.2020
zum Honorarverteilungsmaßstab (HVM)
– Änderung des HVM mit Wirkung zum 01.04.2020 –**

Änderung des Honorarverteilungsmaßstabes (HVM) der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein hat in ihrer Sitzung am 27.03.2020 folgende Änderungen des HVM beschlossen:

Der HVM in der Beschlussfassung der Vertreterversammlung vom 29.11.2019 wird in den nachfolgend benannten Regelungen wie folgt modifiziert:

I. **§ 1** Abs. 6c) (1) erhält folgende neue Fassung:

„(1) Eine Abrechnung ambulanter Notfalleleistungen erfolgt durch das Krankenhaus; die Abrechnung derartiger Leistungen durch den ermächtigten Krankenhausarzt ist nicht zulässig. Dabei sind sämtliche Leistungen eines Krankenhauses bei ambulanter Notfallbehandlung bei einem Patienten auf demselben Behandlungsschein abzurechnen; Datum und Uhrzeit der Behandlung sind als Abrechnungsvoraussetzung anzugeben. Während der üblichen Praxiszeiten können grundsätzlich keine ambulanten Notfalleleistungen abgerechnet werden. Nicht abrechnungsfähig sind ambulante Notfalleleistungen eines Krankenhauses, wenn sich die Notwendigkeit einer stationären Aufnahme ergibt und diese an demselben Tage in demselben Krankenhaus erfolgt. Einer Aufnahme in demselben Krankenhaus steht die Aufnahme in einem anderen Krankenhaus gleich, wenn für die Aufnahme dort kein zwingender medizinischer Grund besteht. Ein solcher Grund besteht insbesondere dann nicht, wenn beide Krankenhäuser die für den Einzelfall relevanten gleichen medizinischen Fachabteilungen vorhalten.“

II. **§ 3** wird folgender neuer Absatz 5) angefügt:

„5) Anpassungsfaktoren

Insbesondere zur Berücksichtigung von Beschlüssen des Bewertungsausschusses (z. B. Beschluss in seiner 218. Sitzung am 26.03.2010), gesetzlichen Änderungen oder Änderungen des EBM ist eine Anpassung der Leistungsmengen aus den Basisquartalen vorzunehmen. Die Änderungen werden regelmäßig mittels Anwendung von Anpassungsfaktoren berücksichtigt. Historische Daten werden dabei fortgeschrieben; eine Berücksichtigung erfolgt in der Regel für vier Quartale, sofern das gewünschte Ziel erreicht ist.“

III. **§ 7** Abs. 2e) wird ersatzlos gestrichen:

Die bisherigen Absätze 2f) bis 2j) werden zu den Absätzen 2e) bis 2i).

IV. **§ 12** erhält folgende neue Fassung:

„§ 12 Inkrafttreten

Dieser HVM tritt zum 01.04.2020 in Kraft; die Streichung der Spiegelpunkte Sozialpsychiatrie-Vereinbarung, Leistungen nach den GOP 30920, 30922 und 30924 EBM, Onkologie-Vereinbarung sowie Vereinbarung über die

Durchführung und Abrechnung ambulant durchgeführter netzhaut- und glaskörperchirurgischer Eingriffe (vitreoretinale Chirurgie) in Anlage 2 Schritt 2, Abs. 1f) bzw. 2h) treten zum 01.01.2020 in Kraft.“

V. In **Anlage 2** wird **Schritt 2** wie folgt neu gefasst:

„Schritt 2 Berechnung des RLV-/QZV-Verteilungsvolumens je Versorgungsbereich

Im Anschluss daran wird das Vergütungsvolumen

1) des hausärztlichen Grundbetrages gemindert um

- a) 2 % für die abgestaffelt zu vergütenden Leistungen,
- b) Rückstellungen
 - zur Berücksichtigung einer Zunahme von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten, für Sicherstellungsaufgaben (z. B. Gewährung von Ausnahmen, nachträglich erfolgende Honorarkorrekturen aus Vorquartalen), zum Ausgleich für die Gewährung von Ausnahmeregelungen nach den §§ 6 bis 6b HVM, zum Ausgleich von Fehlschätzungen sowie für Entschädigungen in der Höhe des Verkehrswertes einer Arztpraxis im Sinn des § 103 Abs. 3a Satz 13 SGB V,
 - für die zu erwartenden Zahlungen für die Kooperationszuschläge bei BAG, MVZ und Arztpraxen mit angestellten Ärzten,
 - für die zu erwartenden bereichsspezifischen Zahlungen im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 75 Abs. 7 und 7a SGB V,
 - für den, nach Anwendung des Trennungsfaktors gemäß der bis zum 30. September 2013 gültigen Vorgaben KBV, auf den hausärztlichen Versorgungsbereich entfallenden Anteil an dem zur Bildung eines Strukturfonds gemäß § 105 Abs. 1a SGB V zur Verfügung gestellten Betrag in Höhe von mindestens 0,1 % bis höchstens 0,2 %, wobei die Vertreterversammlung die Höhe innerhalb dieser Spanne als Obergrenze festlegt,
- c) die Vergütungsvolumina sog. freier Leistungen, d. h. für
 - Besuche nach den GOP 01410 bis 01413 und 01415 EBM,
 - die unvorhergesehene Inanspruchnahme nach den GOP 01100, 01101, 01102 EBM
 - Leistungen der schmerztherapeutischen speziellen Versorgung nach den GOP 30700 bis 30708 EBM,
 - ärztlich angeordnete Hilfeleistungen von Praxismitarbeitern nach den GOP 38100 und 38105 EBM,
 - EBM-Leistungen bei im Rahmen des Pilotprojektes „komplementäre Notfallversorgung in Köln“ vermittelten Patienten am Vermittlungstag,
- d) die Vergütungsvolumina für jeweils eigenständige Kontingente, gebildet aus dem jeweiligen Leistungsbedarf des Vorjahresquartals, insbesondere zur Berücksichtigung der Veränderungen der Bewertung ärztlicher Leistungen des EBM mit dem nachfolgend benannten jeweiligen Anpassungsfaktor (APF) im Sinn von § 3 Abs. 5 multipliziert, multipliziert mit dem im Abrechnungsquartal geltenden regional vereinbarten Punktwert, abgesenkt um 10 %, für

- schmerztherapeutische spezielle Behandlungen nach den GOP 30710 bis 30760 EBM (APF 1,1545),
 - Leistungen der ermächtigten Krankenhausärzte, ermächtigten Krankenhäuser, Einrichtungen und Institutionen, die wegen einer begrenzten Ermächtigung auf wenige Einzelleistungen kein RLV erhalten,
 - Leistungen auf Überweisungsfällen zur Befundung von dokumentierten Untersuchungsergebnissen (z. B. computergestützte Auswertung eines kontinuierlich aufgezeichneten Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden) sowie von Auftragsleistungen nach den GOP 01826, 01827, 01829, 01840, 01915 EBM,
- e) das Vergütungsvolumen für das eigenständige Kontingent, gebildet aus dem jeweiligen Leistungsbedarf des Vorjahresquartals, insbesondere zur Berücksichtigung der Veränderungen der Bewertung ärztlicher Leistungen des EBM mit dem nachfolgend benannten APF im Sinn von § 3 Abs. 5 multipliziert, multipliziert mit dem im Abrechnungsquartal geltenden regional vereinbarten Punktwert, für nicht antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen der Psychotherapie der nicht in § 87b Abs. 2 Satz 4 SGB V genannten Arztgruppen, soweit die Leistungen nicht außerhalb der MGV vergütet werden und nicht in Anlage 3 aufgeführt sind (APF 1,2697),
- f) die Vergütungen für Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM mit Ausnahme der außerhalb der MGV vergüteten Kostenpauschalen,
- g) die zu erwartenden Zahlungen für u. a. folgende Vereinbarungen:
- belegärztliche Leistungen innerhalb der MGV (§ 8 HVM)
 - Pauschalerstattung für suprapubische Katheter,
- h) das Vergütungsvolumen für die gemäß Anlage zu den KBV-Vorgaben Teil B zur Umsetzung der Anpassung des Grundbetrages „Labor“ in den hausärztlichen Grundbetrag überführten Finanzmittel für eigenerbrachte laboratoriumsmedizinische Untersuchungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM und für von Laborgemeinschaften abgerechnete laboratoriumsmedizinische Untersuchungen (Anforderung über Muster 10A), fortentwickelt entsprechend dem Verfahren zur Fortschreibung der Grundbeträge gemäß Teil B, Ziffer 3 der Vorgaben KBV.

2) des fachärztlichen Grundbetrages gemindert um

- a) 2 % für die abgestaffelt zu vergütenden Leistungen,
- b) Rückstellungen
- zur Berücksichtigung einer Zunahme von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten, für Sicherstellungsaufgaben (z. B. Gewährung von Ausnahmen, nachträglich erfolgende Honorarkorrekturen aus Vorquartalen), zum Ausgleich für die Gewährung von Ausnahmeregelungen nach den §§ 6 bis 6b HVM, zum Ausgleich von Fehlschätzungen sowie für Entschädigungen in der Höhe des Verkehrswertes einer Arztpraxis im Sinn des § 103 Abs. 3a Satz 13 SGB V,
 - für die zu erwartenden Zahlungen für die Kooperationszuschläge bei BAG, MVZ und Arztpraxen mit angestellten Ärzten,

- für die zu erwartenden bereichsspezifischen Zahlungen im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 75 Abs. 7 und 7a SGB V,
 - für die zu erwartenden Zahlungen für Leistungen, die im Rahmen einer Inanspruchnahme nach § 76 Abs. 1a SGB V erbracht werden,
 - für den, nach Anwendung des Trennungsfaktors gemäß der bis zum 30. September 2013 gültigen Vorgaben KBV, auf den fachärztlichen Versorgungsbereich entfallenden Anteil an dem zur Bildung eines Strukturfonds gemäß § 105 Abs. 1a SGB V zur Verfügung gestellten Betrag in Höhe von mindestens 0,1 % bis höchstens 0,2 %, wobei die Vertreterversammlung die Höhe innerhalb dieser Spanne als Obergrenze festlegt,
- c) die Vergütungsvolumina sog. freier Leistungen, d. h. für
- Besuche nach den GOP 01410 bis 01413 und 01415 EBM,
 - die unvorhergesehene Inanspruchnahme nach den GOP 01100, 01101, 01102 EBM,
 - Leistungen der schmerztherapeutischen speziellen Versorgung nach den GOP 30700 bis 30708 EBM,
 - die GOP 01320 EBM für ermächtigte Ärzte, Krankenhäuser und Institute,
 - Leistungen der Anästhesie bei zahnärztlicher Behandlung nach den GOP 05330, 05331, 05340, 05341 und 05350 EBM, soweit sie nicht im Zusammenhang mit einer Leistung nach dem Katalog zu § 115b SGB V erbracht wurden,
 - ärztlich angeordnete Hilfeleistungen von Praxismitarbeitern nach den GOP 38100 und 38105 EBM,
 - die Laborgrundpauschalen nach den GOP 12210 und 12220 EBM,
 - EBM-Leistungen bei im Rahmen des Pilotprojektes „komplementäre Notfallversorgung in Köln“ vermittelten Patienten am Vermittlungstag,
- d) die Vergütungsvolumina für jeweils eigenständige Kontingente, gebildet aus dem jeweiligen Leistungsbedarf des Vorjahresquartals, insbesondere zur Berücksichtigung der Veränderungen der Bewertung ärztlicher Leistungen des EBM mit dem nachfolgend benannten jeweiligen APF im Sinn von § 3 Abs. 5 multipliziert, multipliziert mit dem im Abrechnungsquartal geltenden regional vereinbarten Punktwert, abgesenkt um 10 %, für
- Leistungen der Fachärzte für Strahlentherapie,
 - Leistungen der Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie sowie der Fachärzte für Transfusionsmedizin, die nicht bereits im nach Schritt 1 gebildeten Vergütungsvolumen des Grundbetrags „Labor“ enthalten sind,
 - Leistungen der Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Nephrologie, soweit die Leistungen nicht außerhalb der MGV vergütet werden,
 - schmerztherapeutische spezielle Behandlungen nach den GOP 30710 bis 30760 EBM (APF 1,1365),
 - Leistungen auf Überweisungsfällen zur Befundung von dokumentierten Untersuchungsergebnissen (z. B. computergestützte Auswertung eines kontinuierlich aufgezeichneten Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden) sowie von Auftragsleistungen nach den GOP 01826, 01827, 01829, 01840, 01915 EBM,

- Leistungen des Kapitels 19 EBM, die nicht bereits im nach Schritt 1 gebildeten Vergütungsvolumen des Grundbetrages „genetisches Labor“ enthalten sind und die nicht außerhalb der MGV vergütet werden,
 - Leistungen der ermächtigten Krankenhausärzte, ermächtigten Krankenhäuser, Einrichtungen und Institutionen, die wegen einer begrenzten Ermächtigung auf wenige Einzelleistungen kein RLV erhalten,
 - Leistungen von Vertragsärzten, die gemäß § 73 SGB V dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören und eine Ausnahmeregelung zur Durchführung und Abrechnung von Leistungen, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich zugeordnet sind, erhalten haben (sog. KO-Leistungen),
- e) die Vergütungsvolumina für jeweils eigenständige Kontingente, gebildet aus dem jeweiligen Leistungsbedarf des Vorjahresquartals, insbesondere zur Berücksichtigung der Veränderungen der Bewertung ärztlicher Leistungen des EBM mit dem nachfolgend benannten jeweiligen APF im Sinn von § 3 Abs. 5 multipliziert, multipliziert mit dem im Abrechnungsquartal geltenden regional vereinbarten Punktwert, für
- Leistungen der Fachärzte für Humangenetik, die nicht bereits im nach Schritt 1 gebildeten Vergütungsvolumen des Grundbetrages „genetisches Labor“ enthalten sind und die nicht außerhalb der MGV vergütet werden,
 - nicht antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen der Psychotherapie aller Fachärzte, soweit die Leistungen nicht außerhalb der MGV vergütet werden und nicht in Anlage 3 aufgeführt sind (APF 1,2263),
- f) die Vergütungsvolumina für jeweils eigenständige Kontingente, gebildet aus dem jeweiligen Leistungsbedarf des Vorjahresquartals, multipliziert mit dem sich rechnerisch ergebenden Durchschnittspunktwert (rDPW), der sich durch Division des RLV/QZV-Vergütungsvolumens durch den RLV/QZV-Leistungsbedarf des Vorjahresquartals – insbesondere zur Berücksichtigung der Veränderungen der Bewertung ärztlicher Leistungen des EBM mit den arztgruppenspezifischen APF im Sinn von § 3 Abs. 5 multipliziert – errechnet, für
- die GOP 13300 und 13301 EBM für die Fachärzte für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Angiologie, die in gefäßchirurgischen Praxen tätig sind, zuzüglich der Vergütungsvolumina für die Leistungen der Sonographie nach den GOP 33060, 33061, 33070, 33072, 33073, 33075, 33076 und 30500 EBM durch die Fachärzte für Gefäßchirurgie,
 - die Excision nach den GOP 10343 und 10344 EBM im Rahmen des Hautkrebs-Screenings,
 - Leistungen der Sonographie mittels Duplex-Verfahren nach den GOP 33070, 33071 und 33075 EBM für Fachärzte für Neurologie, Fachärzte für Psychiatrie und Neurologie sowie für Fachärzte, die sowohl als Facharzt für Neurologie, als auch als Facharzt für Psychiatrie zugelassen sind, und Nervenärzte mit Ausnahme der Fachärzte für Psychiatrie und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie,

- g) die Vergütungen für Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM mit Ausnahme der außerhalb der MGV vergüteten Kostenpauschalen,
- h) die zu erwartenden Zahlungen für u. a. folgende Vereinbarungen:
 - belegärztliche Leistungen innerhalb der MGV (§ 8 HVM)
 - Pauschalerstattung für suprapubische Katheter,
- i) das Vergütungsvolumen für die gemäß Anlage zu den KBV-Vorgaben Teil B zur Umsetzung der Anpassung des Grundbetrages „Labor“ in den fachärztlichen Grundbetrag überführten Finanzmittel für eigenerbrachte laboratoriumsmedizinische Untersuchungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM und für von Laborgemeinschaften abgerechnete laboratoriumsmedizinische Untersuchungen (Anforderung über Muster 10A), fortentwickelt entsprechend dem Verfahren zur Fortschreibung der Grundbeträge gemäß Teil B, Ziffer 3 der Vorgaben KBV.

3) Versorgungsbereichswechsel

Bei einem Wechsel des Versorgungsbereichs durch einen Vertragsarzt sind die Regelungen in Teil B, Ziffer 5 der Vorgaben KBV zu beachten.“

VI. In **Anlage 2** wird **Schritt 3** wie folgt neu gefasst:

„Schritt 3 Berechnung der arztgruppenspezifischen Anteile am RLV- bzw. QZV-Verteilungsvolumen

1) Arztgruppenspezifisches Verteilungsvolumen

Das nach Schritt 2 je Versorgungsbereich ermittelte RLV-/QZV-Verteilungsvolumen wird – im hausärztlichen Versorgungsbereich zunächst gemindert um den im Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 402. Sitzung festgelegten Betrag für die Überführung der Leistungen der ärztlich angeordneten Hilfeleistungen nach den GOP 03060 bis 03065 EBM in die MGV, fortentwickelt entsprechend dem Verfahren zur Fortschreibung der Grundbeträge gemäß Teil B, Ziffer 3 der Vorgaben KBV – versorgungsbereichsspezifisch jeweils auf die Arztgruppen gemäß Anlage 1 verteilt. Dazu wird der RLV-/QZV-relevante Leistungsbedarf des jeweiligen Vorjahresquartals der jeweiligen Arztgruppe durch den gesamten RLV-/QZV-relevanten Leistungsbedarf des jeweiligen Vorjahresquartals des Versorgungsbereichs dividiert – wobei der Leistungsbedarf insbesondere zur Berücksichtigung der Veränderungen der Bewertung ärztlicher Leistungen des EBM mit den jeweiligen arztgruppenspezifischen APF im Sinn von § 3 Abs. 5 und gemäß Anhang 1 zu dieser Anlage, der in seiner jeweils geltenden Fassung Bestandteil dieses HVM ist, multipliziert wird, und im hausärztlichen Versorgungsbereich der Leistungsbedarf der GOP 03060 bis 03065 EBM jeweils unberücksichtigt bleibt – und mit dem RLV-/QZV-Verteilungsvolumen des jeweiligen Versorgungsbereichs multipliziert.“

2) Arztgruppenspezifische Vergütungsbereiche

Für diese arztgruppenspezifischen Vergütungsvolumina gilt im Weiteren Folgendes.

a) Bildung von Vergütungsvolumina für förderungswürdige Leistungen und in sonstigen Fällen

Das Verteilungsvolumen der Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktischen Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die

dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören, wird erhöht um den in Abs. 1 Satz 1 genannten Betrag für Leistungen der ärztlich angeordneten Hilfeleistungen nach den GOP 03060 bis 03065 EBM. Hiernach wird innerhalb des vorgenannten hausärztlichen arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumens ein eigenständiges Kontingent für diese Leistungen in Höhe des Erhöhungsbetrages gebildet.

Innerhalb der fachärztlichen arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumina werden bei den

- Fachärzten für Innere Medizin mit der Schwerpunktbezeichnung Hämatologie/Onkologie die praxisklinische Betreuung und Beobachtung nach den GOP 01510 bis 01512 EBM (APF 0,9021),
- Fachärzten für Augenheilkunde die Strukturpauschale nach der GOP 06225 EBM (APF 1,1389),
- Fachärzten für Nervenheilkunde sowie für Neurologie die MRT-Leistungen nach den GOP 34410 bis 34492 EBM (APF 0,8677)

in eigenständigen Anteilen geführt, welche auf Basis des Leistungsbedarfs des jeweiligen Vorjahresquartals, insbesondere zur Berücksichtigung der Veränderungen der Bewertung ärztlicher Leistungen des EBM mit dem vorstehend benannten jeweiligen APF im Sinn von § 3 Abs. 5 multipliziert, gebildet und mit dem rDPW bewertet werden.

Für die Verteilungsvolumina der Fachärzte für Diagnostische Radiologie und Fachärzte für Nuklearmedizin wird jeweils festgestellt, dass ein überwiegender Teil der Fachärzte für Diagnostische Radiologie und Fachärzte für Nuklearmedizin in der Regel einen überwiegenden Teil der Leistungen in den QZV abrechnet und die Regelung, wonach Kooperationszuschläge nicht auf die QZV angewendet werden (Schritt 6, Abs. 2), zu überproportional nachteiligen Auswirkungen führt. Deshalb werden diese arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumina aus dem Volumen nach Schritt 2, Abs. 2b) 2. Spiegelstrich erhöht. Das Erhöhungsvolumen bemisst sich nach den Zahlungen, die im entsprechenden Quartal des Bezugszeitraumes III/2009 bis II/2010 als Aufschläge bei BAG, MVZ und Arztpraxen mit angestellten Ärzten gewährt worden sind, abzüglich des Volumens, welches im jeweiligen Abrechnungsquartal für die entsprechenden Aufschläge zu zahlen ist.

b) Vergütungsbereiche für RLV und QZV

Die arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumina werden sodann für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der RLV sowie für die Vergütung innerhalb der QZV aufgeteilt, wobei der Leistungsbedarf des Vorjahresquartals, insbesondere zur Berücksichtigung der Veränderungen der Bewertung ärztlicher Leistungen des EBM mit den jeweiligen arztgruppenspezifischen APF im Sinn von § 3 Abs. 5 und gemäß Anhang 1 zu dieser Anlage multipliziert wird, zu Grunde gelegt wird.

Zu Lasten des RLV-Vergütungsvolumens aller Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin wird das auf den 60 %-igen Aufschlag auf die Versichertenpauschalen nach Abschnitt 4.1 Nr. 4 EBM entfallende

Vergütungsvolumen, soweit dieser durch Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie bzw. Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie abgerechnet worden ist, in das QZV-Vergütungsvolumen neuropädiatrische Leistungen bzw. pädiatrisch-pneumologische Leistungen einbezogen.“

VII. In **Anlage 2** wird **Schritt 4** wie folgt neu gefasst:

„Schritt 4 Ermittlung RLV-relevanter Fälle und QZV-Leistungsfälle

RLV-relevante Fälle einer Arztpraxis sind deren kurativ-ambulante Behandlungsfälle. Ein Behandlungsfall ist gemäß § 21 Abs. 1 BMV-Ä die Behandlung desselben Versicherten durch dieselbe Arztpraxis in einem Kalendervierteljahr zulasten derselben Krankenkasse, während der Arztfall gemäß § 21 Abs. 1b BMV-Ä die Behandlung desselben Versicherten durch denselben an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt in einem Kalendervierteljahr zulasten derselben Krankenkasse unabhängig von der Betriebs- oder Nebenbetriebsstätte umfasst. Von den RLV-relevanten Fällen sind allerdings ausgenommen die Notfälle im organisierten Notfalldienst (Muster 19a der Vordruckvereinbarung), es sei denn, es handelt sich um eigene Patienten und Überweisungsfälle zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen oder zur Befundung von dokumentierten Untersuchungsergebnissen und Fälle, in denen ausschließlich Leistungen und Kostenerstattungen, die nicht dem RLV unterliegen, abgerechnet werden.

Zur Umsetzung des Arztbezuges ist die Bemessung des RLV mit den RLV-Fällen vorgegeben.

- In Einzelpraxen entspricht die Zahl der RLV-Fälle der Zahl der Behandlungsfälle gemäß Satz 2.
- In fachgleichen BAG, MVZ und Praxen mit angestellten Ärzten entspricht die Zahl der RLV-Fälle eines Arztes der Zahl der Behandlungsfälle gemäß Satz 2 der Arztpraxis multipliziert mit seinem Anteil an der RLV-relevanten Arztfallzahl der Praxis. Die Summe der RLV-Fälle einer Arztpraxis entspricht damit immer der Anzahl der RLV-relevanten Behandlungsfälle der Arztpraxis.
- In fachungleichen BAG, MVZ und Praxen mit angestellten Ärzten werden die RLV-Fälle eines Arztes wie folgt berechnet:

$$\begin{aligned} & (FZ_{\text{Praxis}} + FZ_{\text{PraxisTSVG}}) \times \frac{(AF_{\text{Arzt}} + AF_{\text{ArztTSVG}})}{(AF_{\text{Praxis}} + AF_{\text{PraxisTSVG}})} - AF_{\text{ArztTSVG}} \\ & \times \frac{(FZ_{\text{Praxis}} + FZ_{\text{PraxisTSVG}})}{(AF_{\text{Praxis}} + AF_{\text{PraxisTSVG}})} \end{aligned}$$

- FZ_{Praxis}: Anzahl der RLV-relevanten Behandlungsfälle der Praxis gemäß Sätze 1 bis 3
- FZ_{PraxisTSVG}: Anzahl der TSVG-relevanten Behandlungsfälle der Praxis gemäß Satz 2, die nicht in FZ_{Praxis} berücksichtigt sind
- AF_{Arzt}: Anzahl der RLV-relevanten Arztfälle eines Arztes
- AF_{ArztTSVG}: Anzahl der TSVG-relevanten Arztfälle eines Arztes
- AF_{Praxis}: Summe der RLV-relevanten Arztfälle der Praxis
- AF_{PraxisTSVG}: Summe der TSVG-relevanten Arztfälle der Praxis

Die Umsetzung des Arztbezuges erfolgt bei den QZV entsprechend den Regelungen bei den RLV, es sei denn, dass die QZV je Leistungsfall berechnet und mitgeteilt werden. Ein Leistungsfall liegt vor, sofern im Behandlungsfall des aktuellen Abrechnungsquartals nach Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit mindestens eine Leistung des Leistungskatalogs des entsprechenden QZV anerkannt wird.“

VIII. In **Anlage 2** wird **Schritt 5** wie folgt neu gefasst:

„Schritt 5 Berechnung der arztgruppenspezifischen kalkulatorischen Fallwerte

1) RLV-Fallwert

Zur Berechnung des arztgruppenspezifischen kalkulatorischen Fallwertes wird das gemäß Schritt 3, Abs. 2b) ermittelte arztgruppenspezifische Verteilungsvolumen für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der RLV durch die Anzahl der RLV-Fälle der Arztgruppe des Vorjahresquartals dividiert und ergibt den arztgruppenspezifischen kalkulatorischen RLV-Fallwert.

2) QZV-Fallwert

Für die Vergütung ärztlicher Leistungen aller QZV einer Arztgruppe wird das gemäß Schritt 3, Abs. 2b) ermittelte arztgruppenspezifische QZV-Verteilungsvolumen aufgeteilt, indem der Leistungsbedarf des jeweiligen QZV einer Arztgruppe ins Verhältnis gesetzt wird zum Leistungsbedarf aller QZV insgesamt einer Arztgruppe, wobei der Leistungsbedarf insbesondere zur Berücksichtigung der Veränderungen der Bewertung ärztlicher Leistungen des EBM mit den jeweiligen arztgruppen- und QZV-spezifischen APF im Sinn von § 3 Abs. 5 und gemäß Anhang 1 zu dieser Anlage multipliziert wird. Das hieraus resultierende arztgruppenspezifische Vergütungsvolumen je QZV wird durch die Anzahl der RLV-Fälle bzw. der QZV-Leistungsfälle der Arztgruppe des Vorjahresquartals dividiert und ergibt die arztgruppenspezifischen kalkulatorischen QZV-Fallwerte.“

IX. Der HVM wird um folgenden **Anhang 1 zur Anlage 2** ergänzt:

„ANHANG 1

zur ANLAGE 2

des HVM mit Wirkung ab dem 01.04.2020

Anpassungsfaktoren (APF) insbesondere zur Berücksichtigung der Veränderungen der Bewertung ärztlicher Leistungen des EBM

Arztgruppe	Leistungsbedarf	APF
Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere	RLV/QZV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 1)	1,0290
	RLV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2b)	1,0284
	QZV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2b)	1,0369
	QZV-Leistungsbedarf je Leistungsbereich (Anlage 2 Schritt 5 Abs. 2):	

Arztgruppe	Leistungsbedarf	APF
Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören	Akupunktur	0,8445
	Allergologie	0,8966
	Chirotherapie	0,9926
	Ergometrie	0,9903
	Hyposensibilisierung	1,0887
	Kleinchirurgie	1,0870
	Langzeit-Blutdruckmessung	0,7310
	Langzeit-EKG	0,8223
	Phlebologie	0,9600
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	1,2728
	Prokto-/Rektoskopie	1,1060
	Sonographie I	0,9111
	Sonographie III	0,8912
	Spirometrie	0,8837
Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	RLV/QZV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 1)	1,0072
	RLV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2b)	1,0004
	QZV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2b)	1,1002
	QZV-Leistungsbedarf je Leistungsbereich (Anlage 2 Schritt 5, Abs. 2):	
	Akupunktur	0,8435
	Allergologie	0,8914
	Hyposensibilisierung	1,0934
	Kinderendokrinologische Leistung	0,8373
	Neuropädiatrische Leistungen (Abschnitt 4.4.2 EBM)	1,1525
	Pädiatrisch-pneumologische Leistungen (Abschnitt 4.5.2 EBM)	0,8832
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	1,2761
	Sonographie I (inkl. Hüftsonographie)	0,9122
Sozialpädiatrie	1,2718	
Fachärzte für Anästhesiologie	RLV/QZV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 1)	0,9280
	RLV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2b)	0,9157
	QZV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2b)	1,0325
	QZV-Leistungsbedarf je Leistungsbereich (Anlage 2 Schritt 5, Abs. 2):	
	Akupunktur	0,8376
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	1,2764
Fachärzte für Augenheilkunde	RLV/QZV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 1)	0,9783
	RLV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2b)	0,9782
	QZV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2b)	0,9847
	QZV-Leistungsbedarf je Leistungsbereich (Anlage 2 Schritt 5, Abs. 2):	
	Fluoreszenzangiographie	1,0086
	Sonographie I	0,9042
Fachärzte für Chirurgie, Kinderchirurgie,	RLV/QZV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 1)	1,0222
	RLV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2b)	1,0398
	QZV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2b)	0,9384

Arztgruppe	Leistungsbedarf	APF
Plastische Chirurgie, Neurochirurgie und Gefäßchirurgie	QZV-Leistungsbedarf je Leistungsbereich (Anlage 2 Schritt 5, Abs. 2):	
	Akupunktur	0,8724
	Behandlung von Hämorrhoiden	0,9107
	Phlebologie (30500 nicht für FÄ für Gefäßchirurgie)	0,9957
	Prokto-/Rektoskopie	1,1059
	Sonographie I	0,8744
	Sonographie III (nicht für FÄ für Gefäßchirurgie)	0,8160
	Teilradiologie	0,9461
Fachärzte für Frauenheilkunde	RLV/QZV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 1)	1,0127
	RLV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2b)	1,0078
	QZV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2b)	1,0917
	QZV-Leistungsbedarf je Leistungsbereich (Anlage 2 Schritt 5, Abs. 2):	
	kurative Mammographie	1,0346
	Mamma-Sonographie, Stanzbiopsie	0,9162
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	0,9278
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	1,2713
	Sonographie III	0,8558
Fachärzte für Frauenheilkunde mit fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	RLV/QZV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 1)	1,0142
	RLV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2b)	0,9920
	QZV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2b)	1,1570
	QZV-Leistungsbedarf je Leistungsbereich (Anlage 2 Schritt 5, Abs. 2):	
	kurative Mammographie	1,0340
	Mamma-Sonographie, Stanzbiopsie	0,9147
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	1,2711
	Reproduktionsmedizin	1,0246
	Sonographie III	0,8427
Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren- Heilkunde	RLV/QZV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 1)	1,0091
	RLV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2b)	1,0108
	QZV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2b)	0,9256
	QZV-Leistungsbedarf je Leistungsbereich (Anlage 2 Schritt 5, Abs. 2):	
	Phoniatrie, Pädaudiologie	1,0116
	Sonographie I	0,8923
	Teilradiologie	0,9504
Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten	RLV/QZV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 1)	1,0082
	RLV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2b)	1,0086
	QZV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2b)	0,9960
	QZV-Leistungsbedarf je Leistungsbereich (Anlage 2 Schritt 5, Abs. 2):	
	Behandlung von Hämorrhoiden	0,8616
	Dopplersonographie der Extremitäten	0,8333
	Duplex-Sonographie	0,8211

Arztgruppe	Leistungsbedarf	APF
	Hautsonographie mittels B-Mode-Verfahren	0,8654
	Phlebologie	0,9730
	Prokto-/Rektoskopie	1,1057
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	1,2707
	Selektive Phototherapie	0,9559
	RLV/QZV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 1)	0,9528
	RLV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2b)	0,9619
	QZV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2b)	0,9090
	QZV-Leistungsbedarf je Leistungsbereich (Anlage 2 Schritt 5, Abs. 2):	
Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	Akupunktur	0,8785
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	0,9090
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	1,2752
	Sonographie I	0,9102
	Sonographie II	0,9103
	Sonographie III	0,8597
	Teilradiologie	0,9529
	RLV/QZV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 1)	0,9140
	RLV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2b)	0,9133
	QZV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2b)	0,9558
	QZV-Leistungsbedarf je Leistungsbereich (Anlage 2 Schritt 5, Abs. 2):	
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie	Phlebologie	0,9451
	Sonographie I	0,9266
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Endokrinologie	RLV/QZV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 1)	0,9283
	RLV/QZV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 1)	0,9775
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie	RLV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2b)	0,9816
	QZV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2b)	0,8305
	QZV-Leistungsbedarf je Leistungsbereich (Anlage 2 Schritt 5, Abs. 2):	
	Sonographie III	0,8304
	RLV/QZV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 1)	1,0137
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/Onkologie	RLV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2b)	1,0135
	QZV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2b)	1,1950
	QZV-Leistungsbedarf je Leistungsbereich (Anlage 2 Schritt 5, Abs. 2):	
	Gastroenterologie I	1,0778
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	1,2717
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-)	RLV/QZV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 1)	0,9476
	RLV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2b)	0,9658
	QZV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2b)	0,9012

Arztgruppe	Leistungsbedarf	APF
Schwerpunkt Kardiologie	QZV-Leistungsbedarf je Leistungsbereich (Anlage 2 Schritt 5, Abs. 2):	
	Duplex-Sonographie	0,8987
	Sonographie I	0,9130
	Teilradiologie	0,9672
	Zusatzpauschale für Beobachtung nach diagnostischer Koronarangiographie	0,9153
	Zusatzpauschale für Beobachtung nach therapeutischer Koronarangiographie	0,9144
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie	RLV/QZV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 1)	0,8936
	RLV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2b)	0,8913
	QZV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2b)	0,9547
	QZV-Leistungsbedarf je Leistungsbereich (Anlage 2 Schritt 5, Abs. 2):	
	Bronchoskopie	0,9032
	Ergospirometrische Untersuchung	0,9681
	Sonographie I	0,9105
	Teilradiologie	0,9608
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie	RLV/QZV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 1)	1,0260
	RLV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2b)	1,0277
	QZV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2b)	0,9651
	QZV-Leistungsbedarf je Leistungsbereich (Anlage 2 Schritt 5, Abs. 2):	
	Akupunktur	0,8485
	Teilradiologie	0,9666
Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie	RLV/QZV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 1)	1,0876
	RLV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2b)	1,0888
Fachärzte für Mund- Kiefer- und Gesichts- chirurgie	RLV/QZV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 1)	1,1078
Fachärzte für Nervenheilkunde	RLV/QZV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 1)	1,0583
	RLV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2b)	1,0690
	QZV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2b)	1,0022
	QZV-Leistungsbedarf je Leistungsbereich (Anlage 2 Schritt 5, Abs. 2):	
	Akupunktur	0,8296
	Betreuung neurologisch bzw. psychisch Kranker im sozialen Umfeld	1,0096
	Sonographie III	0,9315
Fachärzte für Neurologie	RLV/QZV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 1)	1,0213
	RLV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2b)	1,0208
	QZV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2b)	1,0339
	QZV-Leistungsbedarf je Leistungsbereich (Anlage 2 Schritt 5, Abs. 2):	
	Akupunktur	0,8526

Arztgruppe	Leistungsbedarf	APF
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	0,8933
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	1,2699
	Sonographie III	0,9292
Fachärzte für Nuklearmedizin	RLV/QZV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 1)	0,8938
	RLV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2b)	0,9714
	QZV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2b)	0,8854
	QZV-Leistungsbedarf je Leistungsbereich (Anlage 2 Schritt 5, Abs. 2):	
	GOP 17310, 17311, 17312, 17360	0,8870
	GOP 17320	0,8667
	GOP 17330, 17332	0,8459
	GOP 17331, 17333	0,8744
	GOP 17362	0,8006
	GOP 17363	0,9196
	GOP 17371, 17372, 17373	0,9686
	GOP 33011, 33012	0,9063
	GOP 34410 bis 34452, 34492	0,8675
Fachärzte für Orthopädie	RLV/QZV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 1)	0,9955
	RLV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2b)	1,0461
	QZV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2b)	0,8939
	QZV-Leistungsbedarf je Leistungsbereich (Anlage 2 Schritt 5, Abs. 2):	
	Akupunktur	0,8585
	Chirotherapie	0,9773
	Sonographie I (inkl. Hüftsonographie)	0,8521
	Teilradiologie	0,9440
Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie	RLV/QZV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 1)	0,9922
	RLV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2b)	0,9993
	QZV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2b)	0,8803
	QZV-Leistungsbedarf je Leistungsbereich (Anlage 2 Schritt 5, Abs. 2):	
	Otoakustische Emissionen	0,8768
	Sonographie I	0,8921
Fachärzte für Physikalisch- rehabilitative Medizin	RLV/QZV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 1)	0,9884
	RLV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2b)	0,9959
	QZV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2b)	0,9324
	QZV-Leistungsbedarf je Leistungsbereich (Anlage 2 Schritt 5, Abs. 2):	
	Akupunktur	0,8621
	Chirotherapie	0,9816
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	1,2707
Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie	RLV/QZV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 1)	1,0670
	RLV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2b)	1,0768
	QZV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2b)	1,0071
	QZV-Leistungsbedarf je Leistungsbereich	

Arztgruppe	Leistungsbedarf	APF
	(Anlage 2 Schritt 5, Abs. 2):	
	Betreuung psychisch Kranker im sozialen Umfeld	1,0071
	RLV/QZV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 1)	0,9126
	RLV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2b)	1,2217
	QZV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2b)	0,8886
	QZV-Leistungsbedarf je Leistungsbereich (Anlage 2 Schritt 5, Abs. 2):	
	GOP 17310, 17311, 17312, 17360	0,8907
	GOP 17320	0,8693
	GOP 17330, 17332	0,8466
	GOP 17331, 17333	0,8712
	GOP 17362	0,8006
	GOP 17363	0,9207
	GOP 17371, 17372, 17373	0,9631
	GOP 33011	0,9083
	GOP 33012	0,9071
	GOP 33041	0,9147
	GOP 33042	0,9117
	GOP 33070	0,9379
	GOP 34220	0,9597
	GOP 34221	0,9222
	GOP 34223, 34235, 34236, 34284, 34293, 34297	0,9370
	GOP 34230	0,9491
	GOP 34231	0,9726
	GOP 34232	0,9350
	GOP 34233	0,9346
	GOP 34234	0,9603
	GOP 34237	1,0944
	GOP 34241	0,9622
	GOP 34242	0,9017
	GOP 34246	0,9570
	GOP 34247	0,9451
	GOP 34251	0,9888
	GOP 34255	1,0328
	GOP 34270	1,0343
	GOP 34271	1,0432
	GOP 34272	1,0944
	GOP 34275	1,0758
	GOP 34282	0,9300
	GOP 34285	0,9958
	GOP 34286	1,0018
	GOP 34294	0,8759
	GOP 34310	0,8710
	GOP 34311	0,8922
	GOP 34320	0,8755
	GOP 34322	0,8809

Fachärzte für
Diagnostische
Radiologie

Arztgruppe	Leistungsbedarf	APF
	GOP 34330	0,8889
	GOP 34340	0,8770
	GOP 34341	0,8851
	GOP 34343	0,8772
	GOP 34344	0,9174
	GOP 34350	0,8798
	GOP 34351	0,8803
	GOP 34410	0,8698
	GOP 34411	0,8701
	GOP 34422	0,8695
	GOP 34431	0,9162
	GOP 34440	0,8691
	GOP 34441	0,8708
	GOP 34442	0,8693
	GOP 34450	0,8697
	GOP 34451	0,8698
	GOP 34452	0,8536
	GOP 34470, 34475, 34480, 34485, 34486, 34489, 34490	0,8700
	GOP 34492	0,8533
	GOP 34504	0,9835
	GOP 34505	0,9807
	RLV/QZV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 1)	1,0421
	RLV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2b)	1,0609
	QZV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2b)	0,9674
	QZV-Leistungsbedarf je Leistungsbereich (Anlage 2 Schritt 5, Abs. 2):	
Fachärzte für Urologie	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	1,2731
	Sonographie I	0,9416
	Stoßwellenlithotripsie	1,1416
	Teilradiologie	1,0049

Ausgefertigt:

Düsseldorf, den 27.03.2020

gez.
Bernd Zimmer
Vorsitzender
der Vertreterversammlung

gez.
Dr. med. Frank Bergmann
Vorstandsvorsitzender